



# Selectief inkoopbeleid Bariatric

*Verantwoordingsdocument  
2018*



## Inhoud

<b>1</b>	<b>Toelichting selectief inkoopbeleid .....</b>	<b>1</b>
1.1	<i>Selectieve inkoop blijft in ontwikkeling .....</i>	1
1.2	<i>Selectieve inkoop en regiovisie.....</i>	2
1.3	<i>Selectieve inkoop in startende centra en Belgische ziekenhuizen.....</i>	2
1.4	<i>Algemeen kader selectief inkoopbeleid.....</i>	3
1.5	<i>Categorie-indeling selectief inkoopbeleid.....</i>	3
1.6	<i>CZ sluit aan bij landelijke kwaliteitsgegevens .....</i>	3
<b>2</b>	<b>Bariatrische chirurgie .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Basisvoorwaarden voor selectief inkoopbeleid bariatrische chirurgie .....</b>	<b>6</b>
3.1	<i>Dataregistratie en transparantie .....</i>	6
3.2	<i>Aantal bariatrisch chirurgen.....</i>	6
3.3	<i>Type bariatrische ingreep.....</i>	6
3.4	<i>Niet landelijk geregistreerde basisvoorwaarden .....</i>	7
3.4.1	<i>Multidisciplinair team.....</i>	7
3.4.2	<i>Multidisciplinair voortraject.....</i>	7
3.4.3	<i>Multidisciplinair natraject/follow-up .....</i>	7
3.4.4	<i>Serieuze afvalpoging als onderdeel van indicatiestelling.....</i>	8
<b>4</b>	<b>Indicatoren en selectie.....</b>	<b>8</b>
4.1	<i>Volume per behandellocatie en volume per chirurg.....</i>	9
4.2	<i>Uitkomstindicatoren.....</i>	12
4.2.1	<i>Mortaliteit.....</i>	12
4.2.2	<i>Ernstige complicaties.....</i>	12
4.2.3	<i>Heroperaties binnen 30 dagen.....</i>	12
4.2.4	<i>Indicatiestelling.....</i>	13
4.2.5	<i>EWL.....</i>	14
4.2.6	<i>Percentage uitval primair geopereerde patiënten na één jaar postoperatief met het behandeling- /begeleidingstraject.....</i>	14
4.3	<i>Samenvatting indicatoren en weging.....</i>	15
<b>5</b>	<b>Dynamisch model.....</b>	<b>17</b>
5.1	<i>Volume.....</i>	17
5.2	<i>Ontwikkelingen voorkeursmodel 2019 .....</i>	17
<b>6</b>	<b>Bronnen.....</b>	<b>19</b>



## 1 Toelichting selectief inkoopbeleid

CZ doet alles voor betere zorg. Het goed, betaalbaar en beschikbaar houden van de Nederlandse zorg zien wij als onze maatschappelijke verantwoordelijkheid. Waarbij we in het bijzonder het verschil willen maken voor onze verzekerden. We geloven met heel ons hart dat het beter kan en zetten ons daarom in voor het realiseren van de best mogelijke zorg voor onze verzekerden. CZ heeft voor haar inkoopbeleid in 2018 de prestaties van vijf aandoeningen getoetst: bariatrische chirurgie, borstkanker, infectieprothesiologie, schisis en Mohs chirurgie bij huidkanker. In dit document vertelt CZ alles over haar selectieve inkoopmodel 2018 voor bariatrische chirurgie.

Alleen ziekenhuizen<sup>1</sup> die voldoen aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ krijgen een contract voor de desbetreffende behandeling. Door selectief in te kopen probeert CZ in geval van (complexe) medisch specialistische zorg te sturen op een optimale concentratie en spreiding zodat niet ieder ziekenhuis alle complexe gespecialiseerde zorg aanbiedt. Hierdoor kunnen ziekenhuizen zich toeleggen op waar ze goed in zijn en behandelingen afstoten waar andere ziekenhuizen beter in zijn. Door te sturen op kwaliteit wordt de zorg beter en houden we die betaalbaar.

In dit inleidende hoofdstuk 1 leest u over de algemene ontwikkelingen in ons selectieve inkoopbeleid. Hoofdstuk 2 gaat in op het onderwerp bariatrische chirurgie. In hoofdstuk 3 worden de basisvoorwaarden van het model toegelicht. In hoofdstuk 4 vindt u een toelichting op het model en de gebruikte indicatoren. In hoofdstuk 5 is uitgewerkt hoe CZ omgaat met nieuwe prestaties en gegevens gedurende het jaar. Ook wordt een vooruitblik gegeven op de doorontwikkeling.

### 1.1 Selectieve inkoop blijft in ontwikkeling

Sinds het eerste initiatief van CZ in 2010 om borstkankerzorg op basis van kwaliteitsnormen selectief in te kopen, is er veel gebeurd. De ontwikkeling van normen door de wetenschappelijke verenigingen is bijna gemeengoed, landelijke indicatorensets worden overeengekomen en de inkoop op minimumnormen is landelijk vormgegeven op het niveau van Zorgverzekeraars Nederland. De zorgverzekeraars hebben onderling afgesproken dat er geen zorg wordt ingekocht die niet voldoet aan de minimumnormen (zie: <https://www.minimumkwaliteitsnormen.nl/>).

Deze positieve ontwikkelingen hebben bijgedragen aan het verder verbeteren van de kwaliteit van zorg in Nederland. Waar nodig wil CZ, bij voorkeur samen met de wetenschappelijke verenigingen, patiëntenorganisaties en andere zorgverzekeraars, blijven bouwen aan transparantie in de zorg en zorginkoop op basis van kwaliteitsinformatie. CZ kiest er bij een aantal aandoeningen voor om de lat hoger te leggen. CZ vindt dan dat er kwaliteitsverbetering mogelijk en nodig is.

Dit betekent dat CZ jaarlijks zal evalueren en beoordelen voor welke aandoeningen/behandelingen aanvullend selectief inkoopbeleid wenselijk is en op welke manier. Als de landelijke afspraken over de minimum kwaliteitsnormen de kwaliteitsverbeteringen voldoende stimuleren, zal CZ geen aanvullend selectief inkoopbeleid voeren. Wij blijven wel de kwaliteitsindicatoren tonen op onze website zodat deze informatie voor onze verzekerden transparant blijft. CZ ontwikkelt wel aanvullend selectief inkoopbeleid als wij concluderen dat, er bovenop de minimum kwaliteitsnormen, inhoudelijke kwaliteitsverbetering mogelijk is.

---

<sup>1</sup> Waar we in dit document spreken over ziekenhuis kan ook ZBC of zorginstelling worden gelezen.



## **1.2 Selectieve inkoop en regiovisie**

Door de opeenstapeling van normen voor verschillende aandoeningen ontstaat de noodzaak de consequenties daarvan te plaatsen in het groter geheel. CZ heeft daarom regiovisies ontwikkeld waarbinnen deze huidige ontwikkelingen een plek kregen. Deze regiovisies vormden de basis om met alle betrokken partijen in gesprek te gaan en gezamenlijk stappen te zetten in een verdere optimalisatie van de (medisch specialistische) zorg. CZ vindt het belangrijk dit per regio te doen met een blik op de korte of middellange termijn (we streven naar een operationalisering uiterlijk in 2018 - 2019).

## **1.3 Selectieve inkoop in startende centra en Belgische ziekenhuizen**

### **Startende centra**

Nieuwe startende centra kunnen bij CZ vragen om een contract. Na het verstrekken van de informatie die wij nodig hebben, beoordelen wij de aanvraag. Als eerste toetst CZ of het contracteren van een nieuw centrum wenselijk of noodzakelijk is uit oogpunt van toegankelijkheid voor de doelgroep. Als wij deze meerwaarde zien, doen wij daarna de kwaliteitstoets op basis van het verantwoordingsdocument. Wij hebben hiervoor o.a. antwoorden op onze vragenlijst selectieve inkoop nodig en mogelijk nog wat aanvullende informatie.

Vaak kan een startend centrum (nog) niet direct voldoen aan alle gestelde criteria. In dat geval maken we individuele afspraken met het startend centrum om (gefaseerd) te gaan voldoen aan de kwaliteitscriteria. Ook maken we afspraken over het tijdpad en mogelijk over aanvullende criteria. Uiteraard zal het centrum wel al meteen aan een aantal minimale kwaliteitscriteria moeten voldoen. Dit zijn met name een aantal proces- en structuurcriteria. Hierbij gaat het dan om een "voorlopige toelating" waarbij onder voorwaarden binnen een bepaalde tijd aan de kwaliteitseisen dient te worden voldaan.

### **Niet gecontracteerde centra in 2017**

CZ toetst voor de selectieve inkoop 2018 alleen ziekenhuizen die in 2017 een contract met ons hebben voor de behandeling van deze aandoening. Mocht u van mening zijn dat uw ziekenhuis om gegronde redenen toch in aanmerking komt voor een contract in 2018, dan kunt u contact met ons opnemen. Wij hebben dan informatie van u nodig om uw aanvraag goed te kunnen beoordelen. Een eerste toets is of CZ het wenselijk en noodzakelijk vindt om te contracteren uit oogpunt van toegankelijkheid voor de doelgroep. Als CZ die meerwaarde ziet, doen we de kwaliteitstoets op basis van het verantwoordingsdocument. Wij hebben dan onder meer antwoorden van u nodig op onze vragenlijst selectieve inkoop en wellicht nog wat aanvullende informatie.

### **Belgische ziekenhuizen**

De minimale kwaliteitscriteria zijn tevens uitgevraagd bij door CZ gecontracteerde Belgische ziekenhuizen die vorig jaar ook voldeden aan de minimale kwaliteitseisen. Op basis van dezelfde normen worden deze ziekenhuizen al dan niet gecontracteerd voor bariatrische chirurgie. Het CZ Zorgteam kan hierdoor verzekerd worden eventueel doorverwijzen naar het buitenland op grond van dezelfde minimum criteria.

## 1.4 Algemeen kader selectief inkoopbeleid

Het selectief inkoopbeleid van CZ betreft een generiek model, in principe bedoeld voor alle zorg die zich voor selectieve inkoop leent.

Voor iedere aandoening volgt een waardering van de prestaties op basis van:

1. kwaliteitsinformatie (waaronder volumennormen en andere kwaliteitsindicatoren);
2. wachttijd informatie (waar beschikbaar en toepasbaar);
3. patiëntervaringen (waar beschikbaar en toepasbaar).

Wij publiceren de resultaten van het selectieve inkoopbeleid voor onze verzekerden. Het is cruciaal dat alle informatie volledig is en klopt. Als CZ op enig moment constateert dat de aangeleverde gegevens niet juist zijn, kan dit gevolgen hebben voor het contracteren van het ziekenhuis.

## 1.5 Categorie-indeling selectief inkoopbeleid

Het bovenstaande proces leidt uiteindelijk tot een categorie-indeling. Per aandoening wordt steeds specifiek beoordeeld op welke wijze de categorie-indeling bijdraagt aan de gewenste kwaliteitsimpuls.

Voor de bariatrische chirurgie wordt een driedeling gehanteerd:

### *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: Goede zorg*

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

### *Categorie 3: Voldoet niet aan minimale kwaliteitsnormen van CZ*

Ziekenhuizen die volgens de kwaliteitskaders van CZ te ver achterblijven bij de CZ normen voor goede zorg. Deze ziekenhuizen worden door CZ niet meer voor deze zorg gecontracteerd.

Ziekenhuizen die bariatrische chirurgie niet (meer) uitvoeren worden niet getoond op onze website ([www.cz.nl/zorgvinden](http://www.cz.nl/zorgvinden)).

De landelijke kwaliteitsinformatie van ziekenhuizen die de behandeling nog wel uitvoeren, maar niet door CZ worden gecontracteerd voor de bariatrische chirurgie wordt wel getoond op de website van CZ. Op deze manier kan CZ ook bij deze ziekenhuizen de kwaliteit van zorg transparant maken door deze te tonen op [www.cz.nl/zorgvinden](http://www.cz.nl/zorgvinden).

## 1.6 CZ sluit aan bij landelijke kwaliteitsgegevens

Halverwege 2014 zijn de bariatrisch chirurgen de kwaliteit van hun behandelingen gaan registreren in een landelijke database: DATO. In april 2015 hebben we voor het eerst een volledig jaar met data via DATO ontvangen. Ook in 2017 maakt CZ gebruik van de DATO set.

## 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.<sup>1,2,3</sup> 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.

Langetermijn onderzoeken laten zien dat er na bariatrische chirurgie een substantiële afname is van mortaliteit en comorbiditeit en dat het gebruik van de gezondheidszorg en daarmee gepaard gaande directe gezondheidskosten afnemen.<sup>4,5</sup>

### 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 hoog-risico interventie. De indicatiestelling, de feitelijke ingreep en de nazorgbegeleiding zijn 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, het ziekenhuis 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 is toegenomen van ruim 222.000 in 2007 naar ongeveer 335.000 in 2012. In 2007 werden in Nederland circa 3.500 bariatrische operaties verricht. In 2016 waren dit er al 10.004.

### In zorgproducten

Zorgproducten bariatric (operaties)	Zorgproduct-code	Declaratie-code verzekerde zorg	Diagnose-code	Zorgactiviteiten
Bariatrische operatie: by-pass (endoscopisch)	049999014	15C290	0303: 11.0.342	190013/190204/034452
Bariatrische operatie: maagband (endoscopisch)	049999006	15C282	0303: 11.0.341	190013/190204/ 190350/034453
Bariatrische operatie: sleeve (endoscopisch)	049999013	15C289	0303: 11.0.342	190013/190035/034451
Bariatrische operatie: redo, by-pass na maagband (endoscopisch)	049999005	15C281	0303: 11.0.342	190013/190035/ 190350/ 034432/034453
Maagverkleining middels een open operatie bij onder- of overvoeding / vetzucht	049999011	15C287		34451
Maagverkleining middels een open operatie (met verpleegligdagen) bij onder- of overvoeding / vetzucht	049999012	15C288		34451
Dagbehandeling(en) en/of meer dan 2 polikliniekbezoeken en/of meer dan 2 onderzoeken bij vetzucht of ondervoeding	049999010	15C286	0313: 21.0.283	190013
1 of 2 polikliniekbezoeken bij vetzucht of ondervoeding	049999016	15C291	0313: 21.0.283	190013 en 190060

### **3 Basisvoorwaarden voor selectief inkoopbeleid bariatrische chirurgie**

Ieder ziekenhuis dat een contract voor bariatrische chirurgie krijgt aangeboden, moet naast de kwaliteitsindicatoren (zie hoofdstuk 4), ook aan de volgende basisvoorwaarden voldoen:

- Dataregistratie en beschikbaar stellen van data via de landelijke DATO (norm minimaal 95%) (Bron: DATO 2017)
- Minimaal 2 bariatrisch chirurgen (Bron: DATO 2017)
- Minimaal 2 type ingrepen, waaronder de gastric bypass (Bron: DATO 2017)
- Volledig multidisciplinair team (Bron: bestuursverklaring 2017)
- Multidisciplinair voortraject (Bron: bestuursverklaring 2017)
- Multidisciplinair natraject/follow up (Bron: bestuursverklaring 2017).

Als een ziekenhuis niet voldoet aan een van de basisvoorwaarden, dan komt het ziekenhuis niet in aanmerking voor een contract voor de bariatrische chirurgie.

#### **3.1 Dataregistratie en transparantie**

Het is belangrijk dat een ziekenhuis een betrouwbare registratie bijhoudt over de resultaten van de ingreep. Het aanleveren van deze data via de landelijke DATO registratie is voor CZ een belangrijke randvoorwaarde om de ziekenhuizen te kunnen beoordelen en te vergelijken met andere ziekenhuizen.

*(De data zijn afkomstig uit de landelijke DATO database van 2017)*

#### **3.2 Aantal bariatrisch chirurgen**

De 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 minimaal twee bariatrisch chirurgen per behandellocatie de bariatrische chirurgie moeten beoefenen. Daarnaast dient elke bariatrisch chirurg minimaal 2 verschillende bariatrische ingrepen zelfstandig te kunnen uitoefenen.

*(De data zijn afkomstig uit de landelijke DATO database van 2017)*

#### **3.3 Type bariatrische ingreep**

Er zijn verschillende bariatrische ingrepen mogelijk, te verdelen in een groep restrictieve operaties (Gastric Sleeve en Maagband) en malabsorptie operaties (omleiding van de dunne darm: Gastric bypass). De ingrepen worden laparoscopisch uitgevoerd. De Gastric Bypass wordt als standaard ingreep beschouwd. Meerdere procedures staan de chirurg dus ter beschikking waarbij er telkens per patiënt een individuele keuze kan worden gemaakt.

Aangezien de keuze voor een bepaald type ingreep individueel wordt bepaald, vindt CZ dat de behandellocatie meerdere soorten ingrepen moet kunnen aanbieden.

*(De data zijn afkomstig uit de landelijke DATO database van 2017)*



### **3.4 Niet landelijk geregistreeerde basisvoorwaarden**

De basisvoorwaarden van het multidisciplinair team, het multidisciplinair voortraject en multidisciplinair natraject/follow up zijn niet opgenomen in de DATO. CZ heeft deze basisvoorwaarden altijd gehanteerd en gaat ervan uit dat alle gecontracteerde ziekenhuizen nog steeds aan deze basisvoorwaarden voldoen. Deze basisvoorwaarden worden ook opgenomen in uw contract en ter bevestiging voorgelegd in een bestuursverklaring. Mochten er aanwijzingen zijn dat er belangrijke veranderingen hebben plaats gevonden in de aanwezigheid of samenstelling van het MDO en/of het multidisciplinair voortraject en multidisciplinair natraject/follow up, dan houdt CZ zich het recht voor dit na te vragen en daar indien nodig consequenties aan te verbinden zoals aangegeven wordt in uw contract.

#### **3.4.1 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. Om optimale resultaten te halen wordt een multidisciplinair team in het gehele bariatrische traject als een vereiste gezien.<sup>6</sup>

Het multidisciplinaire team bestaat minimaal uit de volgende disciplines:

- internist, met aandachtsgebied obesitas of een MDL-arts,
- diëtist,
- psychiater/psycholoog,
- nurse-practitioner (NP-obesitas), of een verpleegkundig specialist,
- chirurg die bariatrische chirurgie uitoefent,
- anesthesioloog met aandachtsgebied obesitas.

*(Data ter bevestiging voorgelegd in de bestuursverklaring 2017)*

#### **3.4.2 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.

*(Data ter bevestiging voorgelegd in de bestuursverklaring 2017)*

#### **3.4.3 Multidisciplinair natraject/follow-up**

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

Het multidisciplinaire natraject omvat:

- nacontroles door chirurg en zo nodig internist
- multidisciplinaire begeleiding voor het in stand houden van een goed eet- en beweegpatroon in het eerste jaar na de ingreep
- daarna langdurige follow-up.

*(Data ter bevestiging voorgelegd in de bestuursverklaring 2017)*

### 3.4.4 Serieuze afvalpoging als onderdeel van indicatiestelling

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 wordt gevraagd 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 worden gezien, maar komt alleen een combinatie van verminderde calorie-inname door verantwoord eten, met voldoende bewegen in aanmerking.

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

*(Data ter bevestiging voorgelegd in de bestuursverklaring 2017)*

## 4 Indicatoren en selectie

De ziekenhuizen worden ingedeeld in drie categorieën. Voor het bepalen van de kwaliteit van een ziekenhuis gebruiken we per aandoening een selectie van beschikbare kwaliteitsindicatoren. Voor elke indicator definiëren we een streefnorm en bepalen we of een ziekenhuis daaraan voldoet of niet. Indien toeval van invloed kan zijn op de uitkomst van de indicator gebruiken we hierbij een 95% betrouwbaarheidsinterval om voor toeval te corrigeren. Dit betrouwbaarheidsinterval is afhankelijk van het aantal patiënten waarop de indicator gebaseerd is, waarbij het betrouwbaarheidsinterval groter is bij een kleiner aantal patiënten. Wanneer de score van de indicator binnen het betrouwbaarheidsinterval ligt of aan de positieve kant erbuiten dan voldoet het ziekenhuis aan de streefwaarde. Ligt de score aan de negatieve kant buiten het interval dan voldoet het ziekenhuis niet aan de streefwaarde.

Op basis van literatuuronderzoek, de CBO richtlijnen, de richtlijn Morbide Obesitas van de NVvH en gesprekken met leden van de Nederlandse Vereniging van Heelkunde (NVvH) heeft CZ een selectie gemaakt van indicatoren. Met de DSMBS heeft overleg over de DICA-indicatoren plaatsgevonden. De basisinformatie en bronnen die geconsulteerd zijn betreffen o.a. de CBO richtlijn,<sup>3</sup> de NICE guideline "Obesity"<sup>7</sup>, die daar voor een groot deel mee samenvalt, de Interdisciplinaire European Guidelines for Surgery for Severe (Morbid) Obesity,<sup>1</sup> Richtlijn Morbide Obesitas van de Nederlandse Vereniging van Heelkunde<sup>4</sup> (NVvH 2011) en de IFSO<sup>8,9</sup> publicaties.

Voor de selectieve zorginkoop per 2018 zijn volgens CZ de volgende kwaliteitsindicatoren van doorslaggevend belang bij de indeling van ziekenhuizen voor de zorg bij een maagoperatie voor gewichtsvermindering (bariatrie):

1. Volume per behandellocatie én volume per chirurg
2. Uitkomstindicatoren:
  - a. mortaliteit
  - b. complicaties

- c. heroperaties binnen 30 dagen
- d. indicatiestelling
- e. Excess Weight Loss na het eerste jaar
- f. uitval natraject in het eerste jaar.

De nadruk bij onze keuze voor indicatoren zal steeds meer komen te liggen op uitkomstindicatoren. CZ ziet het als haar taak grote afwijkingen te signaleren. Zo worden de uitkomstindicatoren nu door ons meegenomen en beoordeeld.

De gebruikte gegevens ter toetsing van de hierboven genoemde indicatoren, zijn allen afkomstig van DATO en de aanvullende CZ-uitvraag uit het verleden die nu getoetst wordt middels een bestuursverklaring.

#### **Samenwerkende ziekenhuizen en ziekenhuizen met meerdere locaties**

*Sommige ziekenhuizen kennen meerdere locaties waar behandelingen plaatsvinden, of zij gaan samenwerkingsafspraken aan met andere ziekenhuizen voor bepaalde behandelingen. Als een ziekenhuis op alle locaties de behandelingen waarvoor CZ een selectief inkoopbeleid hanteert wil blijven uitvoeren, of op de locatie(s) van de samenwerkende ziekenhuizen wil blijven uitvoeren, stelt CZ steeds dezelfde eisen aan al deze afzonderlijke locaties of samenwerkende ziekenhuizen. Deze zullen dus steeds individueel getoetst worden aan de criteria zoals vastgelegd in het verantwoordingsdocument. Alleen als sprake is van zorg verleend door steeds hetzelfde MDT en dezelfde medisch specialisten, over de locaties heen of in de verschillende samenwerkende ziekenhuizen, kunnen de aantallen ingrepen/behandelingen getotaliseerd worden en wordt het totale ziekenhuis of de samenwerkende ziekenhuizen als één behandellocatie beoordeeld.*

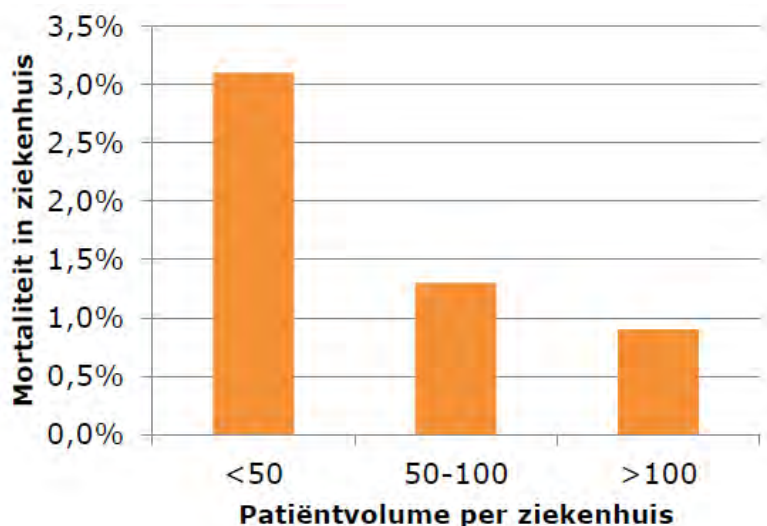
## **4.1 Volume per behandellocatie en volume per chirurg**

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.

### **4.1.1 Volume per behandellocatie**

In verschillende onderzoeken wordt een significante relatie gevonden tussen het aantal bariatrische operaties per jaar en de kans op complicaties.<sup>10,11,12,13</sup> Hoogvolume ziekenhuizen boeken betere resultaten, hebben minder complicaties, een lagere mortaliteit en lagere kosten.

Onderstaand figuur geeft het verband tussen mortaliteit en volume per locatie weer.<sup>14</sup> Volgens deze studie ligt het omslagpunt gemiddeld op minimaal 100 patiënten per ziekenhuis.



Figuur 1. Mortaliteit versus patiëntvolume per ziekenhuis<sup>14</sup>

Hollenbeak<sup>15</sup> laat zien dat bij een ziekenhuisvolume van meer dan 100 bariatrische ingrepen per jaar de 30-dagen mortaliteit daalt. Weller<sup>13</sup> geeft aan dat bij ziekenhuizen met minder dan 200 bariatrische ingrepen per jaar twee keer zoveel postoperatieve complicaties voorkomen. De Brauw<sup>10</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 (patienten per jaar)	volume-effect ziekenhuis	omslagpunt ziekenhuis (patienten 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.

Figuur 2. Resultaten literatuurstudie De Brauw et al <sup>10</sup>

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 het ziekenhuis worden genoemd, aangevuld

met een evidence based volumenorm. De NVvH heeft voor het ziekenhuis aangegeven dat bij bariatrische chirurgie er minimaal 100 primaire bariatrische procedures per jaar verricht moeten worden.

#### 4.1.2 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>16</sup> geeft aan dat de kans op overleven stijgt bij een chirurg die veel bariatrische ingrepen doet, zelfs in zogenaamde hoog-volume ziekenhuizen.
- De Brauw<sup>10</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>17</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>13</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.
- Melissas over de IFSO Guidelines<sup>9</sup> geeft aan dat in een bariatrisch centrum de chirurg minimaal 50 cases per jaar moet uitvoeren.
- Hollenbeak<sup>15</sup> laat zien dat het omslagpunt wat betreft 30-dagen mortaliteit ligt bij 50 cases per chirurg per jaar.

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

#### Selectief inkoopbeleid CZ

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

Voor categorie 1 (beste zorg) is een volumenorm van 200 of meer bariatrische ingrepen per behandellocatie per jaar een vereiste en 50 bariatrische ingrepen per chirurg per jaar. Maximaal één chirurg mag dat jaar in het ziekenhuis minder dan 50 ingrepen uitvoeren. Indien een chirurg is gestopt met deze behandeling wordt deze niet meegenomen

Voor categorie 2 (goede zorg) moet worden voldaan aan de minimum volumenorm van 100 bariatrische ingrepen per behandellocatie per jaar en 50 bariatrische ingrepen per chirurg per jaar. Maximaal één chirurg mag dat jaar in het ziekenhuis minder dan 50 ingrepen uitvoeren. Indien een chirurg is gestopt met deze behandeling wordt deze niet meegenomen.

Een ziekenhuis komt in categorie 3 (voldoet niet aan de minimale kwaliteitseisen van CZ) als er minder dan 100 bariatrische ingrepen per behandellocatie per jaar worden uitgevoerd. Of als de eerste of tweede chirurg minder dan 50 bariatrische ingrepen per jaar uitvoert en/of twee of meer chirurgen minder dan 50 bariatrische ingrepen per jaar doen.

Primair geldt dat de aantallen zijn gebaseerd op het jaar 2016 (DATO 2017). Middels een bestuursverklaring verklaart het ziekenhuis dat het 50 bariatrische ingrepen per chirurg per jaar uitvoert en maximaal één chirurg dat jaar minder dan 50 ingrepen uitvoerde.

*(De data zijn afkomstig uit de landelijke DATO database van 2017 en bestuursverklaring)*

## 4.2 Uitkomstindicatoren

### 4.2.1 Mortaliteit

De mortaliteit is laag bij bariatrische ingrepen maar verschilt substantieel tussen de verschillende typen ingrepen. In de richtlijn Morbide Obesitas wordt voor maagbandoperaties de mortaliteit kleiner geacht te zijn dan 0,01%; voor gastric bypasses tussen de 0,3 en 0,5%; en voor gastric sleeve resecties tussen de 0,17 en 0,24%.<sup>4</sup>

#### Selectief inkoopbeleid CZ

CZ acht het niet betrouwbaar de mortaliteitscijfers op te nemen in de categorie-indeling. De mortaliteit bij bariatrische ingrepen in Nederland is zeer laag en de onderlinge verschillen zijn erg klein en daarmee weinig onderscheidend, is gebleken uit de uitvraag van CZ in het verleden en de huidige DATO gegevens. De kans dat verschillen op toeval berusten is daarmee te groot om deze cijfers in categorieën mee te nemen. Er zijn wat betreft de mortaliteit overigens geen uitbijters gesignaleerd.

*(De data zijn afkomstig uit de landelijke DATO database van 2017)*

### 4.2.2 Ernstige complicaties

Complicaties kunnen worden onderverdeeld in vroege (binnen 30 dagen), per- en peri-operatieve complicaties en late, lange termijn complicaties.

- Vroege complicaties na een Maagbandplaatsing treden infrequent op (tot 2,5%; tot 1,44%<sup>18</sup>); hieronder vallen maagperforatie, leverlaceratie of bloeding, wondinfectie en vroege bandslip.
- Complicaties Gastric Bypass binnen 30 dagen zijn: o.a. wondinfectie, trombose, longembolie, peritonitis ten gevolge van een naadlekkage, naadstenose(vroeg), ileus (5,9%<sup>18</sup>).
- Complicaties van de Sleeve binnen 30 dagen zijn bijvoorbeeld naadlekkage, bloeding en stenose: 5,6% volgens Jackson en Hutter.<sup>18</sup>
- Complicaties bij Redo's: het complicatiecijfer bij redo's is over het algemeen hoger dan bij de primaire operatie en hangt sterk af van het soort redo dat wordt uitgevoerd.

DATO neemt het percentage primair geopereerde patiënten dat binnen 30 dagen of in het ziekenhuis overlijdt na de operatie als indicatie voor de ernstige complicaties. Onder ernstige complicaties verstaat DATO de graden 3a, 3b, 4 en 5 uit de Clavien Dindo classificatie. CZ sluit aan bij deze definitie.

#### Selectief inkoopbeleid CZ

Op basis van de gegevens uit de DATO blijkt dat alle ziekenhuizen een complicatiepercentage hebben van 6% of lager. Op basis van bovengenoemde literatuur beoordeelt CZ een percentage van 6% of lager als voldoende en daarmee als goede zorg. Er is echter wel een aantal ziekenhuizen dat zich hierin positief onderscheidt door een zeer laag complicatiepercentage. CZ beoordeelt een percentage van 2% of lager daarom als beste zorg. Bij de beoordeling van deze indicator wordt gebruik gemaakt van een 95% betrouwbaarheidsinterval.

De verwachting is dat het veld zich de komende jaren verder ontwikkelt en de complicatiepercentages nog verder kunnen afnemen. CZ zal dit monitoren en mogelijk haar norm daarop aanpassen.

*(De data zijn afkomstig uit de landelijke DATO database van 2017)*

### 4.2.3 Heroperaties binnen 30 dagen

Korte termijn complicaties die tot een heroperatie kunnen leiden zijn:

- bij Maagbandoperaties: maagperforatie, leverlaceratie of bloeding, wondinfectie en vroege bandslip;

- bij een Gastric Bypass: naadlekkage, wondinfectie, trombose, longembolie en peritonitis;
- bij een Gastric Sleeve: vooral naadlekkage.

Bij Maagbanden ligt het percentage heroperaties binnen 30 dagen rond de 1 % (0,92)<sup>18</sup>, voor de Gastric Bypass 5% (5,04) en voor de Gastric Sleeve rond de 3% (2,97). 90-95% van alle heroperaties vindt binnen 1 week na de oorspronkelijke operatie plaats.

De meeste ernstige complicaties vergen een heroperatie binnen 30 dagen. De data van de DATO bevestigen dit en laten een sterke correlatie zien tussen het aantal complicaties en heroperaties binnen een ziekenhuis.

### **Selectief inkoopbeleid CZ**

De meeste ernstige complicaties vergen een heroperatie binnen 30 dagen. CZ hanteert daarom dezelfde eisen bij heroperaties als bij de ernstige complicaties. Dit betekent dat een ziekenhuis met minder dan 6% heroperaties beoordeeld wordt als goede zorg. Er zijn echter wel een aantal ziekenhuizen die zich hierin positief onderscheiden door een zeer laag heroperatie percentage. CZ beoordeelt een percentage van 2% of lager daarom als beste zorg. Bij de beoordeling van deze indicator wordt gebruik gemaakt van een 95% betrouwbaarheidsinterval.

*(De data zijn afkomstig uit de landelijke DATO database van 2017)*

#### **4.2.4 Indicatiestelling**

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

- 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>7</sup>, IFSO<sup>8,9</sup> en Fried<sup>1</sup> zijn onderstaande aandoeningen relevante co-morbiditeit in dit kader:
  - (1) aangetoonde Diabetes Mellitus type 2;
  - (2) hypertensie ondanks adequate behandeling;
  - (3) dyslipidemie;
  - (4) GERD;
  - (5) aangetoonde OSAS;
  - (6) ernstig invaliderende gewrichtsklachten
- iii) Leeftijd.

Voor een bariatrische ingreep wordt volgens de richtlijn Morbide Obesitas Nvvh 2011 de leeftijdscategorie van 18 tot 65 jaar aangehouden. Boven de 65 jaar wordt bariatrische chirurgie alleen in uitzonderlijke gevallen overwogen.

Chirurgie bij ouderen is minder zinvol, omdat de lichamelijke effecten op morbiditeit minder aanwezig zijn. De Dutch Society of Metabolic and Bariatric Surgery (DSMBS) heeft eveneens aangeven dat er zeer terughoudend moet worden omgegaan met bariatrische ingrepen boven de 65 jaar.

Chirurgie bij kinderen is niet evidence based en daarmee feitelijk geen gebruikelijke zorg. Bij adolescenten zijn nog geen langetermijn gegevens beschikbaar, daarnaast zijn de verschillende soorten operaties nog onvoldoende vergeleken bij deze leeftijd. Derhalve dient bariatrische chirurgie bij deze leeftijdsgroep alleen in onderzoek verband plaats te vinden (PON<sup>6</sup>, CBO<sup>3</sup>).

### **Selectief inkoopbeleid CZ**

DATO meet het percentage primair geopereerde patiënten dat voldoet aan de indicatiestelling. CZ verwacht dat het ziekenhuis zich houdt aan het indicatiegebied zoals beschreven in de richtlijn Morbide Obesitas<sup>4</sup>. Uitzonderingen op casusniveau zouden zich moeten beperken tot maximaal 10% van het totaal volume. Daarom stelt CZ dat 90% van de patiënten moet voldoen aan de indicatiestelling zoals gedefinieerd in de DATO.

Indien het ziekenhuis minder dan 5% afwijkt van het indicatiegebied (score hoger dan 95%), dan valt het ziekenhuis in categorie 'beste zorg'.

Indien het ziekenhuis meer dan 10% afwijkt van het indicatiegebied (score lager dan 90%), dan valt het ziekenhuis in categorie 'voldoet niet'.

*(De data zijn afkomstig uit de landelijke DATO database van 2017)*

#### **4.2.5 EWL**

Excess Weight Loss (EWL) is een methode om de effectiviteit van de bariatrische ingreep te meten. Het EWL wordt als volgt gedefinieerd:

$$\%EWL = (\text{begingewicht} - \text{eindgewicht}) / (\text{begingewicht} - 25 * L^2) * 100$$

Het PON stelt dat een EWL van  $\geq 50\%$  een goede tot excellente uitkomst van de ingreep is.

Dit criterium komt van Reinhold waarbij een EWL  $\geq 75\%$  als uitstekend, EWL  $\geq 50\%$  als goed, EWL  $\geq 25\%$  als acceptabel en een EWL van  $< 25\%$  als slecht resultaat gedefinieerd is.<sup>19</sup>

De scores EWL betreffen het eerste jaar na de ingreep. De scores van de volgende twee jaren zijn zeker zo belangrijk om als meetmoment mee te nemen. Dit om aan te tonen dat het bereikte gewichtsverlies daadwerkelijk wordt behouden.

De gegevens met betrekking tot EWL komen uit de DATO en zijn beschikbaar over meerdere jaren.

### **Selectief inkoopbeleid CZ**

Ziekenhuizen dienen bij meer dan 70% van de patiënten een EWL van 50% te behalen om in categorie 1 (beste zorg) terecht te komen. Indien een ziekenhuis dit niet haalt, komt het in goede zorg. Bij de beoordeling van deze indicator wordt gebruik gemaakt van een 95% betrouwbaarheidsinterval.

*(De data zijn afkomstig uit de landelijke DATO database van 2017)*

#### **4.2.6 Percentage uitval primair geopereerde patiënten na één jaar postoperatief met het behandeling- /begeleidingstraject**

Het percentage patiënten dat niet meer onder controle van het ziekenhuis is tijdens het natraject (lost to follow-up) is belangrijk om te monitoren. Uit een eerdere, niet gepubliceerde cohortstudie onder geopereerde patiënten die uit de follow-up waren verdwenen, toonde circa 60% onvoldoende gewichtsverlies.<sup>20</sup> Het is van groot belang voor de effectiviteit van de ingreep dat zoveel mogelijk patiënten een multidisciplinair natraject volgen in het eerste jaar na de ingreep en daarna langdurig onder controle blijven.

Het uiteindelijke resultaat van de bariatrische ingreep, gewichtsverlies en daarmee o.a. samenhangende genezen comorbiditeit, wordt niet alleen bepaald door de ingreep zelf maar ook voor een belangrijk deel door het volgen van een adequaat natraject.<sup>20</sup>



### Selectief inkoopbeleid CZ

Om in categorie 1 (beste zorg) terecht te komen moet een ziekenhuis een uitvalscore van 10% of minder hebben voor uitval in het eerste jaar (operatie in 2015). Bij de beoordeling van deze indicator wordt gebruik gemaakt van een 95% betrouwbaarheidsinterval.

*(De data zijn afkomstig uit de landelijke DATO database van 2017)*

## 4.3 Samenvatting indicatoren en weging

Ten eerste is een set van basisvoorwaarden vastgesteld. Als een ziekenhuis niet aan deze basisvoorwaarden voldoet, komt het in categorie 3 (voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ) en wordt het ziekenhuis niet gecontracteerd voor bariatrische chirurgie. De basisvoorwaarden staan hieronder vermeld.

### De basisvoorwaarden

- Data-aanlevering op uitkomstindicatoren
- Minimaal 2 bariatrisch chirurgen
- Minimaal 2 type ingrepen, waaronder de Gastric Bypass
- Volledig multidisciplinair team
- Multidisciplinair voortraject
- Multidisciplinair natraject en follow-up periode van minimaal 3-5 jaar
- Bij de indicatiestelling wordt getoetst of de patiënt een serieuze afvalpoging heeft gedaan.

#### Categorie 1: Beste zorg

##### Volumenormen

- Volume per behandellocatie: minimaal 200 ingrepen per behandellocatie (in 2016) (*DATO data*)
- Volume per chirurg: minimaal 50 bariatrische ingrepen per chirurg per jaar (in 2016); maximaal één chirurg mag dat jaar in het ziekenhuis minder dan 50 ingrepen uitvoeren. Indien een chirurg is gestopt met deze behandeling wordt deze niet meegenomen (*DATO data en bestuursverklaring*)

##### Uitkomstindicatoren

Aan alle uitkomstindicatoren wordt voldaan:

- Het ziekenhuis wijkt minder dan 5% af van het indicatiegebied (score hoger dan 95%)
- Ernstige complicaties maximaal 2% (*DATO data*)
- Heroperaties binnen 30 dagen maximaal 2% (*DATO data*)
- Excess Weight Loss (EWL) van minstens 50% bij meer dan 70% van de patiënten in 2016
- Uitval natraject in het 1<sup>e</sup> jaar na de bariatrische ingreep is 10% of minder (*DATO data*)

#### Ziekenhuis voldoet aan alle basisvoorwaarden

#### Categorie 2: Goede zorg

##### Volumenormen

- Volume per behandellocatie: minimaal 100 ingrepen per behandellocatie (in 2016) (*DATO data*)

- Volume per chirurg: minimaal 50 bariatrische ingrepen per chirurg per jaar (in 2016); maximaal één chirurg mag dat jaar in het ziekenhuis, minder 50 ingrepen uitvoeren. Indien een chirurg is gestopt met deze behandeling wordt deze niet meegenomen (*DATO data* en bestuursverklaring)

#### **Uitkomstindicatoren**

Het ziekenhuis voldoet aan:

- Het ziekenhuis wijkt minder dan 10% af van het indicatiegebied (score hoger dan 90%)
- Ernstige complicaties maximaal 6% (*DATO data*)
- Heroperaties binnen 30 dagen maximaal 6% (*DATO data*)
- Excess Weight Loss (EWL) van minstens 50% bij minder dan 70% van de patiënten in 2016 (*DATO data*)
- Uitval natraject in het eerste jaar na de bariatrische ingreep is 10% of meer (*DATO data*)

#### **Ziekenhuis voldoet aan alle basisvoorwaarden**

### **Categorie 3: Voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ**

#### **Volumenormen**

- Volume per behandellocatie: minder dan 100 bariatrische ingrepen per jaar (in 2016) (*DATO data*), en/of
- Volume per chirurg:
  - eerste of tweede chirurg doet minder dan 50 bariatrische ingrepen per jaar (in 2016) (*DATO data en bestuursverklaring*), en/of
  - Twee of meer chirurgen doen minder dan 50 bariatrische ingrepen per jaar (in 2016) (*DATO data*), en/of (*DATO data en bestuursverklaring*)

#### **Ziekenhuis voldoet niet aan (één van) de basisvoorwaarden:**

- 95% van de primair geopereerde patiënten heeft een volledige dataregistratie (*DATO data*), en/of
- Het doorlopen van een multidisciplinair voortraject volgens norm (*CZ data*), en/of
- Het hebben van een multidisciplinair natraject ingericht volgens de norm en een follow-up periode van minder dan 3 jaar (*CZ-data*), en/of
- Minimaal twee bariatrisch chirurgen de ingrepen uitvoeren (*DATO data*), en/of
- Minimaal twee soorten bariatrische ingrepen worden uitgevoerd én de Gastric Bypass tot de aangeboden behandeltypen behoort (*DATO data*), en/of
- Altijd een volledige multidisciplinair team aanwezig (*DATO data*).

#### **Categorie-indeling: Niet van toepassing**

Ziekenhuizen die bariatrische chirurgie niet (meer) uitvoeren.

## 5 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, kunnen de scores (en daarmee de indeling van de ziekenhuizen in de categorieën) worden aangepast.

CZ zal jaarlijks beoordelen of aanvullend inkoopbeleid, bovenop de landelijke inkoop op minimumnormen, wenselijk is. Hierdoor vervalt het automatisme dat jaarlijks een update op het selectieve inkoopmodel wordt doorgevoerd. Maar wij houden de behoefte om continu de kwaliteitsindicatoren actueel te houden op onze website.

### 5.1 Volume

Voor het volume van de bariatrische ingrepen per behandellocatie, het aantal ingrepen per chirurg en het aantal bariatrische 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.

### 5.2 Ontwikkelingen voorkeursmodel 2019

De afgelopen jaren heeft CZ de verbetering van de kwaliteit van bariatrische chirurgie met succes gestimuleerd, door middel van haar selectieve inkoop. In de inkoop 2018 houdt CZ vast aan haar huidige selectieve inkoop beleid voor de bariatrische chirurgie. Hierbij maakt zij gebruik van de landelijk beschikbare DATO gegevens. De minimale criteria voor de selectieve inkoop in 2018 vindt u in voorgaande hoofdstukken van dit document. CZ start in 2017 met de doorontwikkeling van haar selectieve inkoop beleid. Hierbij onderzoekt zij de mogelijkheid om de verschillende uitkomst parameters, zoals de PROM, PREM, het medicatiegebruik na operatie en de uitkomsten en kwaliteit van het na-traject en de follow-up, een meer prominente plek te geven binnen de zorginkoop. Hierbij bekijkt CZ of en hoe deze uitkomstindicatoren gebruikt kunnen worden om de kwaliteit van de bariatrische zorg verder te verhogen.

Deze doorontwikkeling komt voort uit de bredere wens van CZ om met haar inkoop de waarde voor de patiënt te verhogen. Bij de bariatrische zorg focust CZ hierbij op de gehele zorgketen, van indicatiestelling, de bariatrische ingreep zelf tot de nazorg. De bariatrische zorg heeft gewichtsvermindering en gewichtsstabilisering bij de patiënt tot doel. CZ is van mening dat het voortraject, de ingreep zelf en het na traject naadloos op elkaar aan moeten sluiten en moeten passen bij de behoefte van de patiënt. Hierbij spelen ook patiëntervaringen een rol. Bij de doorontwikkeling komt de focus steeds meer te liggen op de uitkomsten van de zorg die voor patiënten relevant zijn en zich richten op zowel de lange als korte termijn. Daarnaast richten we ons ook meer op de totale keten waarbij we ook het na-traject in kaart brengen. CZ brengt samen met zorgaanbieders ook de kosten in kaart. CZ is daarbij voornemens om de bariatrische zorg in te kopen op basis van kwaliteit en doelmatigheid en maakt dit ook transparant voor verzekerden.

De afgelopen jaren is steeds meer kwaliteitsinformatie rondom de bariatrische chirurgie beschikbaar gekomen. Er is een landelijke registratie (DATO) waaraan alle ziekenhuizen deelnemen. Deze registratie geeft steeds meer inzicht in de uitkomsten van de bariatrische behandeling. Dit biedt mogelijkheden voor CZ om haar huidige selectieve inkoopbeleid door te ontwikkelen naar een meer uitkomst gericht inkoopbeleid. Hierbij kijkt CZ in ieder geval naar de volgende uitkomstindicatoren: (1) mortaliteit, (2) complicaties, (3) heroperaties, en (4) percentage Excess Weight Loss (EWL) over meerdere jaren. Op basis van haar eigen declaratiegegevens probeert CZ ook inzicht te verkrijgen in



de medicatiekosten voor en na de operatie. CZ brengt tevens de kosten van het gehele zorgpad in kaart. Door de kosten en kwaliteit met elkaar te verbinden ontstaat meer inzicht in de mogelijkheden om de bariatrische zorg in te kopen op basis van kosten en kwaliteit. Hierbij vormen het na-traject en de follow-up een nadrukkelijk onderdeel van de analyse. Kwaliteit blijft altijd leidend in de selectie van zorgaanbieders.

Door middel van pilots en samenwerking met het veld wil CZ ook vroegtijdig inzicht verkrijgen in de ((nog) niet landelijk beschikbare) uitkomstindicatoren zoals de PROM en PREM. CZ groep gaat in 2017 ook het gesprek aan met patiënten en zorgprofessionals om de inrichting van de bariatrische (na)zorg beter in kaart te brengen. CZ ziet momenteel namelijk grote verschillen tussen de zorgaanbieders als we kijken naar de inrichting van de voor- en natrajecten. Deze verschillen zijn onder andere te vinden in de frequentie waarmee patiënten moeten terugkomen, bij welke disciplines en tegen welke kosten. Dit heeft invloed op de invulling van het zorgpad voor én na de ingreep. CZ wil deze verschillen relateren aan de uitkomsten van zorg. Samen met het veld zullen we de uitkomsten bespreken en bepalen wat het beste voor- en natraject is voor de individuele patiënt.

In haar inkoopbeleid van 2019 en 2020 is CZ voornemens om de bariatrische zorg te gaan inkopen op basis van de landelijk beschikbare uitkomstindicatoren in combinatie met de doelmatigheid van de geleverde zorg. Afhankelijk van de uitkomsten van het onderzoek in 2017 gaat CZ daarnaast gebruik maken van de medicatiekosten na operatie en informatie uit de PROM en/of PREM en wil zij verbeteringen aanbrengen in het voor- en na-traject.

## 6 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. 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. PON Zorgstandaard Obesitas. Amsterdam, 2010: Partnerschap Overgewicht Nederland.
7. 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.
8. Melissas, J. (2007). IFSO Guidelines for Safety, Quality, and Excellence in Bariatric Surgery. *Obes Surg*.
9. Melissas J. IFSO guidelines for safety, quality, and excellence in bariatric surgery *Obes Surg* 2008; 18: 497-500.
10. Brauw, M. de, Klaassen, R., Janssen, I. (2009). Maagverkleining vergt veel ervaring. *MC 64 nr. 43*, 1752-1755.
11. 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.
12. Flum DR, Dellinger P. Impact of Gastric bypass operation on Survival: a population based analysis. *J Am Coll Surg* 2004;199:543-51.
13. 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.
14. 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.
15. 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.



16. 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
17. 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.
18. Jackson and Hutter, Morbidity and effectiveness of laparoscopic Sleeve Gastrectomie. adjustable Gastric Band and Gastric Bypass for morbid obesity. *Advances in Surgery* 46 (2012) 255-268.
19. Reinhold RB. Critical analysis of long term weight loss following gastric bypass. *Surg Gynecol Obstet.* 1982;155:385-94
20. Maagbypassoperatie effectief bij morbide obesitas; *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2010;154:A1138
21. Frigg A, Peteri R, Peters T. Reduction in co-morbidities 4 years after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obesity Surgery.* feb 2001;volume 14: Issue 2: 216-223
22. Poirier P, Cornier M, Mazzone T. Bariatric surgery and cardiovascular risk factors. *Circulation* 2011;123:1683-1701
23. Dixon JB. et al. Surgical approaches to the treatment of obesity. *Nat. Rev. Gastroenterol. hepatol.* 2011;volume 8:429-437



## 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, juni 2017

---