

29 jun 2020 -00:05

Zorg voor en na obesitaschirurgie cruciaal, maar niet overal gelijk

Ongeveer 1% van de Belgen heeft zich al laten opereren om gewicht te verliezen. Deze zogenaamde bariatrische ingrepen zijn doeltreffend en hebben een langdurig effect, tenminste als de patiënten nadien hun voedingsgewoonten en gedrag levenslang aanpassen. De kans op succes wordt nog groter als ze zich medisch, nutritioneel en psychologisch laten opvolgen, zowel vóór als tot minstens twee jaar na de ingreep. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en het Intermutualistisch Agentschap (IMA) stelden vast dat deze nazorg in ons land erg verschilt tussen de ziekenhuizen, net als de manier waarop patiënten op de operatie worden voorbereid. Het pleit voor een meer uniforme, multidisciplinaire aanpak, met een betrokkenheid en engagement van de patiënten. Verder beveelt het aan om de ingreep enkel te laten gebeuren in ziekenhuizen en door chirurgen die aan bepaalde voorwaarden voldoen, zoals een minimaal jaarlijks aantal van zulke ingrepen, zodat de expertise van de teams opgebouwd wordt en behouden blijft.

Ongeveer 1% van de Belgen onderging obesitaschirurgie

Vandaag kampt meer dan 1 op 3 volwassenen in België met overgewicht (BMI van 25 tot 29,9) en is 16% zwaarlijvig (BMI ≥ 30). Dit aandeel neemt elk jaar toe, net zoals bijna overal ter wereld. De klassieke manier om gewicht te verliezen is het aanpassen van de eetgewoonten en meer lichaamsbeweging. Als dit geen of onvoldoende resultaat oplevert, kan een operatie voor gewichtsverlies, bariatrische chirurgie genoemd, overwogen worden bij mensen met een BMI van minstens 40 OF met een BMI van minstens 35 met bijkomende aandoeningen zoals diabetes of hoge bloeddruk. Tussen 2007 en 2017 ondergingen in ons land meer dan 105.000 mensen, of ongeveer 1% van de Belgische bevolking zulke ingreep. In België worden vooral de Roux-en-Y gastric bypass (63%) en de sleeve gastrectomy (maagverkleining) (35%) uitgevoerd. Het regelbare maagbandje (LAGB) wordt zo goed als niet meer gebruikt.

Goede voorbereiding en opvolging zijn cruciaal

Uit het eerste deel van ons onderzoek over bariatrische chirurgie uit 2019 (KCE-rapport 316) blijkt dat deze chirurgie effectiever is dan de klassieke aanpak. Voor een succesvol, langdurig effect moet de patiënt echter nadien zijn voedingsgewoonten en gedrag levenslang aanpassen, en moet hij zich langdurig medisch, nutritioneel en psychologisch laten opvolgen. In het huidige tweede deel onderzocht het KCE, samen met het Intermutualistisch Agentschap (IMA), de manier waarop dit in ons land gebeurt, en hoe deze zorg beter kan worden georganiseerd en gefinancierd.

Intensieve voorbereiding niet overal gelijk

De onderzoekers stelden vast dat de manier waarop een patiënt wordt voorbereid op bariatrische chirurgie heel erg verschilt tussen de ziekenhuizen. Zo moet er vóór elke operatie in principe een overleg plaatsvinden waaraan naast de chirurg, minstens één internist en een klinisch psycholoog/psychiater deelnemen, opdat de ingreep wordt terugbetaald. De samenstelling en werking van dit multidisciplinaire team verschilt echter sterk tussen de ziekenhuizen. Zo ondertekenen soms de leden van het team het verslag, zonder dat er echt overleg heeft plaatsgevonden. Het KCE beveelt daarom aan dat er voor elke patiënt een face-to-face multidisciplinair overleg plaatsvindt, waaraan ook een diëtist deelneemt, en waarbij ook het advies van de vaste huisarts van de patiënt, eventueel schriftelijk, wordt gevraagd.

De patiënten moeten goed worden geïnformeerd over de ingreep, de mogelijke gevolgen ervan, en de noodzakelijke aanpassingen aan hun levensstijl. Dit kan op verschillende manieren gebeuren, met bv. brochures, informatiesessies, groepsbijeenkomsten met reeds geopereerde patiënten, enz. In een diepgaand gesprek met de patiënt moet het team dan nagaan of de patiënt deze informatie heeft begrepen, en of hij na de operatie in staat zal zijn om zijn levensgewoonten aan te passen, zich langdurig te laten opvolgen en zich wil engageren om gedurende lange tijd naar de follow-up raadplegingen te komen.

Dit alles neemt de nodige tijd in beslag. Het KCE raadt daarom ook aan om minstens 3 maanden te laten tussen het eerste contact en de ingreep zelf, zodat de patiënt voldoende informatie en de nodige bedenktijd kan krijgen. Het beveelt ook aan om in elk ziekenhuis een coördinator aan te stellen, als contactpersoon voor de patiënten en om het goede verloop van de pre- en postoperatieve zorg op te volgen.

Nazorg met grote betrokkenheid van de patiënt

Vele patiënten zien de ingreep te vaak als een snelle oplossing. Ze beseffen onvoldoende dat na de operatie het echte werk begint, en komen vaak niet meer opdagen op de follow-up afspraken. Nochtans zijn deze belangrijk om tijdig eventuele medische complicaties te herkennen, maar vooral ook om de patiënt te helpen bij het aanpassen van zijn levensstijl. De raadplegingen bij de arts, de diëtist, psycholoog en eventuele andere teamleden kunnen hen o.a. ondersteuning bieden bij het aanpassen van hun voedingsgewoonten, waaronder het innemen van vitamine supplementen om voedingstekorten te voorkomen, en bij het meer bewegen. Het bariatrische team kan hun motivatie o.a. op de volgende manieren verhogen: contact met lotgenoten, coaching in groep of individueel, gratis vitaminesupplementen, praktische hulpmiddelen, zoals een dagboek over de dagelijkse voedselinname, of digitale communicatiemiddelen (bv. video of telefonisch contact, ...) als aanvulling op de follow-up raadplegingen. Alleszins moet deze multidisciplinaire nazorg aangepast zijn aan de manier waarop de gezondheidstoestand van de patiënten evolueert, en de mate waarin ze zelf hun zorg kunnen beheren.

Deze vrij intense nazorg, waarbij ziekenhuis en huisarts nauw samenwerken, duurt in principe 2 jaar. Deze duurtijd moet echter verlengd kunnen worden voor patiënten die een meer intensieve nazorg nodig hebben.

Om de huidige variatie in de zorg vóór en na de operatie te beperken zouden de beroepsorganisaties voor bariatrische chirurgie een nationaal consensusdocument moeten opstellen, met een opsomming van de belangrijkste interventies voor de multidisciplinaire pre- en postoperatieve zorg.

Beperken tot bepaalde ziekenhuizen en chirurgen

Vandaag voeren bijna alle acute Belgische ziekenhuizen bariatrische operaties uit, maar niet allemaal even veel. Sommige hebben er jaarlijks maar 3, andere meer dan 800. Wanneer een ziekenhuis maar een beperkt aantal van deze operaties uitvoert, wordt er onvoldoende multidisciplinaire expertise opgebouwd en behouden. Daarom wordt bariatrische chirurgie best beperkt tot ziekenhuizen met jaarlijks minstens 100 bariatrische ingrepen en met minstens twee chirurgen, die jaarlijks elk minstens 25 van zulke operaties uitvoeren.

Financiering met een forfaitair bedrag (conventies)

De ziekteverzekering betaalt momenteel raadplegingen met diëtisten en psychologen in het kader van bariatrische chirurgie niet terug. Het KCE beveelt daarom aan om de zorg rond bariatrische chirurgie met een forfaitair bedrag (via RIZIV-conventie, op basis van de hierboven vermelde voorwaarden) te financieren, voor alle pre- en postoperatieve zorg, met uitsluiting van de medische interventies, dus voor het multidisciplinaire overleg, de diensten van de coördinator, enz. De ingreep zelf en de medische raadplegingen zouden dan nog steeds worden vergoed op de klassieke manier.

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
Administratief Centrum Kruidtuin, Doorbuilding (10e verdieping)
Kruidtuinlaan 55
1000 Brussel
België
+32 2 287 33 88
<http://kce.fgov.be>

Gudrun Briat
Wetenschappelijke communicatie
+32 475 274 115
press@kce.fgov.be