



## Bariatrische chirurgie

**Het Intermutualistisch Agentschap (IMA) heeft met het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) samengewerkt aan meerdere publicaties rond bariatrische chirurgie.**

Metabole en bariatrische chirurgieën worden sinds 2007 in België vergoed voor personen met morbide obesitas (BMI  $\geq 40$ ) of ernstige obesitas (BMI  $\geq 35$ ) in combinatie met obesitas-gerelateerde aandoeningen. Het gaat daarbij om ernstig, moeilijk te behandelen hypertensie, diabetes type 2 of obstructief slaapapneu-syndroom. Vergoeding is voorbehouden voor volwassenen ( $\geq 18$  jaar oud), na multidisciplinair overleg, als een dieet voor ten minste één jaar geen blijvend succes heeft gehad.

Het rapport “HSR329 Bariatric Surgery in Belgium : Organisation and payment of care before and after surgery” gaat over zowel de voor- als de nazorg van patiënten die een bariatrische chirurgie ondergaan. De onderzoekers combineerden zorgconsumptie gegevens van het IMA met interviews met patiënten, artsen en zorgmedewerkers om een beeld te geven van de huidige (2020) situatie in België. Dit vormde de basis voor een aantal aanbevelingen ter verbetering van de opvolging van patiënten.

### [Lees meer](#)

Tussen 2007 en 2017 ondergingen in België 106 679 patiënten een bariatrische ingreep. Tussen 2010 en 2017 nam het aantal ingrepen met 80% toe. Er zijn grote verschillen tussen de verschillende bariatrische centra in termen van het aantal ingrepen uitgevoerd per centrum, maar ook in de geboden voor- en nazorg.

### **Belangrijkste aanbevelingen :**

Het KCE stelt voor om de huidige wettelijke **criteria voor de terugbetaling** van een bariatrische operatie te behouden, maar om er ook **bijkomende voorwaarden** aan toe te voegen :

- Een face-to-face multidisciplinair overleg voor elke patiënt
- Een **geïnformeerde toestemming door de patiënt** vóór de ingreep

Om **ongewenste variaties te beperken tussen Belgische centra voor bariatrische chirurgie** in de wijze waarop deze hun patiënten voorbereiden op de ingreep en hoe ze na de ingreep zorg aanbieden, stelt het KCE voor dat er :

- Een nationaal consensusdocument wordt opgesteld van de belangrijkste interventies voor de multidisciplinaire pre- en postoperatieve zorg.
- Nazorg wordt geleverd die minstens 2 jaar zou moeten duren.
- Enkel ingrepen worden uitgevoerd in centra die de minimale volumedrempels bereiken.
- In elk centrum een coördinator zou moeten worden aangesteld.
- Wordt ingezet op initiatieven om de betrokkenheid van de patiënt bij de nazorg te stimuleren.

Om bovenstaande punten te verwezenlijken stelt het KCE voor om de zorg rond bariatrische chirurgie te financieren met **conventies**.

Om onderzoek mogelijk te maken, en beleid omtrent bariatrische chirurgie beter te sturen, maakt het KCE zich sterk dat het verplicht zou moeten zijn voor elk bariatrisch centrum om deel te nemen aan een **nationaal, uniform register voor bariatrische chirurgie** (met publieke financiering).

[Synthese in het Nederlands](#)

[Volledige rapport in het Engels](#)

Het rapport "Bariatric Surgery : An HTA Report On The Efficacy, Safety And Cost-Effectiveness" (KCE rapport 316) dateert van juni 2019. Het rapport heeft tot doel de werkzaamheid, risico's en complicaties, en kosteneffectiviteit te beoordelen van bariatrische ingrepen. Het KCE ging ook na of het opportuun is om de huidige terugbetaling uit te breiden naar jongeren of naar volwassenen met type 2 diabetes en een BMI tussen 30 en 35.

[Lees meer](#)

De belangrijkste resultaten :

- De meest voorkomende ingrepen in België zijn de "bypass" (RYGB- Roux-en-Y Gastric Bypass) en de "maagverkleining" (sleeve gastrectomie). Nog zelden uitgevoerd is de maagband operatie (LAGB- Laparoscopisch verstelbare maagband) vanwege minder gewichtsverlies en meer lange termijn complicaties.
- Op basis van gerandomiseerde studies blijkt dat ingrepen tot een significant en duurzaam gewichtsverlies leiden bij de meerderheid van de patiënten. Dit gaat samen met een betere fysieke conditie. Bovendien kunnen patiënten vaker herstellen van hun diabetes dan bij niet-chirurgische behandeling. Helaas is dit herstel van diabetes vaak slechts tijdelijk.
- Onderzoek wijst uit ingrepen wegens het duurzaam gewichtsverlies ook het aantal vroegtijdige overlijdens door overgewicht-gerelateerde aandoeningen doet dalen.
- Het is echter belangrijk een beslissing om een ingreep te ondergaan goed af te wegen. De bariatrische ingreep lost namelijk niet alle problemen op (bijv. psychische problemen). En er kunnen ook bijwerkingen optreden zoals een tekort aan vitamine en micronutriënten. Bovendien blijken een groot aantal patiënten na verloop van tijd weer een ingreep te ondergaan, doordat ze de noodzakelijk aanpassingen aan de voedingsgewoonten en levensstijl (meer bewegen) niet volhouden, en opnieuw aankomen.
- Hoewel de lijst met mogelijke bijwerkingen lang is, is de baten-risicoverhouding op populatieniveau gunstig. Toch moet men kandidaten voor een ingreep voldoende informeren over deze risico's en over de noodzaak van een levenslange aanpassing in levensstijl.
- Uit economische evaluaties van bariatrische chirurgie blijkt dat de huidige indicaties voor terugbetaling van de ingreep kunnen behouden blijven.

Voor een uitbreiding van de terugbetaling naar adolescenten en personen met type 2 diabetes en een BMI van 30 <35, wijst het onderzoek eveneens op mogelijk gelijkaardige gunstige resultaten. Het KCE beveelt de terugbetaling van de ingreep ook voor deze groepen aan, maar vindt dat bariatrische chirurgie voor hen een zeer grote uitzondering moet blijven. De ingrepen worden best enkel uitgevoerd bij hoge medische nood, door een multidisciplinair team in een gespecialiseerd centrum, in afwachting van verder betrouwbaar wetenschappelijk bewijs.

**Voor meer informatie**

[Synthese in het NL \(40p\)](#)

[Short report in English \(44p.\)](#)

[Scientific report in English \(357 p.\) \(7.39 MB\)](#)

**Contact KCE**

Gudrun Briat - [press@kce.fgov.be](mailto:press@kce.fgov.be)