

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

18 avril 2023

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**relative à l'élaboration
d'un trajet de soins en matière de bariatrie**

(déposée par Mme Mieke Claes et consorts)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

18 april 2023

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende de ontwikkeling
van een zorgtraject bariatrie**

(ingediend door mevrouw Mieke Claes c.s.)

N-VA	: Nieuw-Vlaamse Alliantie
Ecolo-Groen	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen
PS	: Parti Socialiste
VB	: Vlaams Belang
MR	: Mouvement Réformateur
cd&v	: Christen-Democratisch en Vlaams
PVDA-PTB	: Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
Vooruit	: Vooruit
Les Engagés	: Les Engagés
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
INDEP-ONAFH	: Indépendant - Onafhankelijk

Abréviations dans la numérotation des publications:		Afkorting bij de nummering van de publicaties:	
DOC 55 0000/000	Document de la 55 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi	DOC 55 0000/000	Parlementair document van de 55 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
QRVA	Questions et Réponses écrites	QRVA	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
CRIV	Version provisoire du Compte Rendu Intégral	CRIV	Voorlopige versie van het Integraal Verslag
CRABV	Compte Rendu Analytique	CRABV	Beknopt Verslag
CRIV	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)	CRIV	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)
PLEN	Séance plénière	PLEN	Plenum
COM	Réunion de commission	COM	Commissievergadering
MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	MOT	Moties tot besluit van interpellaties (beigegekleurig papier)

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS.

Au fil des ans, la prévalence du surpoids et de l'obésité a progressivement augmenté dans notre pays, comme dans la plupart des autres pays du monde. Le KCE¹ estime qu'aujourd'hui, près de la moitié de la population belge est en surpoids. Un adulte sur sept dépasse en outre le seuil de l'obésité, et il en va de même pour près de 6 % des enfants et adolescents. Au total, près d'un Belge sur cinq est obèse.²

Le surpoids et l'obésité sont mesurés à l'aide de l'indice de masse corporelle (IMC). Cet indice est calculé en divisant le poids par la surface corporelle (la taille du patient exprimée en cm au carré). On considérera que le patient est en surpoids si le résultat est supérieur à 25 kg/cm², qu'il est obèse si le résultat supérieur est à 30 kg/cm² et qu'il est en obésité morbide au-delà de 35 kg/cm².

Les chiffres de la dernière Enquête de Santé de Sciensano (2018) apportent des précisions supplémentaires à ce propos:

1° IMC moyen de la population adulte (18 ans et plus): 25,5;

2° pourcentage de la population adulte en surpoids (IMC ≥ 25): 49,3 %;

3° pourcentage de la population adulte obèse (IMC ≥ 30): 15,9 %;

4° pourcentage des jeunes (2-17 ans) en surpoids:
19,0 %;

5° pourcentage des jeunes (2-17 ans) obèses: 5,8 %.

À titre de comparaison, les chiffres de l'Organisation mondiale de la Santé (ci-après: OMS) de 2014 indiquent que près de 40 % de la population adulte mondiale sont

1 Le KCE est le Centre fédéral d'expertise des soins de santé.
2 <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/determinants-de-sante/statut-ponderal>; [https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/obesite/chiffres-erpen/obesitas/cijfers#:~:text=Uit%20de%20Gezondheidsenquête%202018%20\(externe,%E2%89%A5%203030\)%3A%2015%20C9%25;Van%20de%20Heede%20K,%20Ten%20Geuzendam%20B,%20Dossche%20D,%20Sabine%20Janssens%20S,%20Louwagie%20P,%20Vanderplanken%20K,%20Jonckheer%20P.](https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/obesite/chiffres-erpen/obesitas/cijfers#:~:text=Uit%20de%20Gezondheidsenquête%202018%20(externe,%E2%89%A5%203030)%3A%2015%20C9%25;Van%20de%20Heede%20K,%20Ten%20Geuzendam%20B,%20Dossche%20D,%20Sabine%20Janssens%20S,%20Louwagie%20P,%20Vanderplanken%20K,%20Jonckheer%20P.) Chirurgie de l'obésité: organisation et financement des soins pré- et postopératoires – Synthèse. *Health Services Research* (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2020. KCE Reports 329As. D/2020/10.273/04. (Ci-après: KCE Reports 329As).

TOELICHTING

DAMES EN HEREN.

De prevalentie van overgewicht en obesitas is in ons land, net zoals in de meeste andere landen in de wereld, doorheen de jaren stelselmatig toegenomen. Vandaag kampt volgens het KCE¹ ongeveer de helft van de Belgische bevolking met overgewicht. Bovendien lijdt één volwassene op zeven aan obesitas, en bij kinderen en adolescenten is dit bijna 6 %; in totaal lijdt ongeveer één op vijf Belgen aan obesitas.²

Overgewicht en obesitas worden gemeten aan de hand van de BMI of *Body Mass Index*. Dat is het gewicht gedeeld door de lichaamsoppervlakte (de lengte van de patiënt in cm in het kwadraat). Als dit cijfer hoger is dan 25 kg/cm² spreekt men van overgewicht, een cijfer boven 30 kg/cm² is obesitas en boven de 35 kg/cm² spreken we van morbide obesitas.

De cijfers uit de meest recente Gezondheidsenquête van Sciensano (2018) bieden ter zake verdere verduidelijking:

1° gemiddelde BMI bij de volwassen bevolking (18 jaar en ouder): 25,5;

2° percentage van de volwassen bevolking met overgewicht (BMI ≥ 25): 49,3 %;

3° percentage van de volwassen bevolking met obesitas ($\text{BMI} \geq 30$): 15,9 %;

4° percentage van de jongeren (2-17 jaar) met overgewicht: 19,0 %;

5° percentage van de jongeren (2-17 jaar) met obesitas: 5,8 %.

Ter vergelijking: volgens cijfers van de Wereldgezondheidsorganisatie (hierna: “WHO”) uit 2014 lijdt ongeveer 40 % van de volwassenen wereldwijd aan

1 KCE is het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
2 <https://www.gezondbelgie.be/nl/gezondheidstoestand/determinanten-van-gezondheid/gewichtstoestand>; [https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/obesitas/cijfers#:~:text=Uit%20de%20Gezondheidsenqu%C3%A4te%202018%20\(externe,%E2%89%A5%2030\)%3A%2015%20C9%25](https://www.sciensano.be/nl/gezondheidsonderwerpen/obesitas/cijfers#:~:text=Uit%20de%20Gezondheidsenqu%C3%A4te%202018%20(externe,%E2%89%A5%2030)%3A%2015%20C9%25); Van den Heede K, Ten Geuzendam B, Dossche D, Sabine Janssens S, Louwagie P, Vanderplanken K, Jonckheer P. Obesitaschirurgie: Organisatie en Financiering van zorg voor en na de operatie – Synthese. *Health Services Research* (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2020. KCE Reports 329As. D/2020/10.273/04. (Hierna: KCE Reports 329As).

en surpoids et 13 % sont obèses. Chaque année, près de 2,8 millions de personnes décèdent de complications liées au surpoids, notamment le diabète et les maladies cardiovasculaires.³ L'OMS constate donc, à juste titre, que l'obésité prend les proportions d'une pandémie.⁴

Il s'agit d'une évolution très inquiétante, dès lors que l'obésité entraîne un risque important de maladies graves liées à l'alimentation et non transmissibles comme le diabète, l'arthrose, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension, l'apoplexie et certaines formes de cancer. Les conséquences pour la santé varient d'un risque élevé de décès précoce à des souffrances psychiques et des maladies chroniques graves qui diminuent la qualité de vie générale.⁵

Interventions bariatriques: chiffres, conditions et problèmes

En règle générale, le surpoids et l'obésité peuvent être évités et être traités par l'adoption d'un régime sain et/ou moins calorique, éventuellement combiné avec une activité physique. Ces mesures constituent l'approche de base (le "traitement conservateur") et elles ont l'avantage d'être (relativement) bon marché et de présenter un faible risque de complications et/ou d'effets secondaires.

L'utilisation de médicaments peut éventuellement être envisagée en complément de cette approche (en l'absence des résultats escomptés). Les médicaments pour perdre du poids ne sont toutefois pas encore remboursés en Belgique et ne jouent également qu'un rôle limité à ce jour. Ces produits peuvent souvent être obtenus en pharmacie sans prescription et le patient a le sentiment qu'il s'agit d'une solution facile ne nécessitant aucun accompagnement. Par conséquent, ils représentent actuellement une solution peu durable.

Cependant, si la modification des habitudes alimentaires n'a pas permis au patient de perdre suffisamment de poids, une opération visant à perdre du poids, à savoir une chirurgie bariatrique et métabolique ("CBM" ci-après), sera envisagée dans les cas d'obésité grave (IMC entre 35 et 40) avec comorbidités ou d'obésité

overgewicht en 13 % is obees. Elk jaar sterven er zo'n 2,8 miljoen mensen aan de complicaties van overgewicht, en met name aan diabetes en hart- en vaatziekten.³ De WHO stelt dan ook terecht dat het obesitasprobleem pandemische proporties aanneemt.⁴

Dit is een zeer zorgwekkende evolutie, aangezien obesitas een groot risico vormt voor ernstige voedingsgerelateerde niet-overdraagbare ziekten, waaronder diabetes, artrose, hart- en vaatziekten, hypertensie, beroerte, en bepaalde vormen van kanker. De gevolgen voor de gezondheid variëren van een verhoogd risico op vroegtijdig overlijden tot psychisch lijden en ernstige chronische aandoeningen die de algemene levenskwaliteit verminderen.⁵

Bariatrische ingrepen: cijfers, voorwaarden en problemen

Overgewicht en obesitas kunnen in de regel worden voorkomen en worden behandeld door de overschakeling naar een gezond en/of minder calorierijk dieet, al dan niet in combinatie met lichaamsbeweging. Deze maatregelen vormen de basisaanpak ("de conservatieve behandeling") en ze hebben het voordeel van (relatief) goedkoop te zijn en een laag risico te hebben op complicaties en/of bijwerkingen.

Eventueel kan ter aanvulling van deze aanpak (met name bij gebrek aan de gewenste resultaten) nog het gebruik van geneesmiddelen worden overwogen. Geneesmiddelen voor gewichtsverlies worden in ons land echter vooralsnog niet terugbetaald, en hebben tot op heden ook slechts een beperkte rol gespeeld. Dergelijke producten zijn vaak bij de apotheek te verkrijgen zonder voorschrift en wekken de indruk een gemakkelijke oplossing te zijn zonder begeleidend kader. Ze vormen momenteel dan ook een weinig duurzame oplossing.

Indien echter door de aanpassing van de eetgewoonten en meer lichaamsbeweging geen of onvoldoende gewicht verloren kan worden, zal een operatie voor gewichtsverlies, metabole en bariatrische chirurgie (hierna: "MBS") genoemd, overwogen worden bij ernstige obesitas (BMI tussen 35 en 40) met comorbiditeiten of bij morbide

³ <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/6-facts-on-obesity>; <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>; [https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253\(21\)00143-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253(21)00143-6/fulltext)

⁴ <https://www.who.int/activities/controlling-the-global-obesity-epidemic>

⁵ <https://www.who.int/activities/controlling-the-global-obesity-epidemic>

³ <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/6-facts-on-obesity>; <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>; [https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253\(21\)00143-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langas/article/PIIS2468-1253(21)00143-6/fulltext)

⁴ <https://www.who.int/activities/controlling-the-global-obesity-epidemic>

⁵ <https://www.who.int/activities/controlling-the-global-obesity-epidemic>

morbide (IMC supérieur à 40). Une forte augmentation du nombre d'interventions a pu être observée ces dernières années.⁶ Sur la base des derniers chiffres disponibles du KCE, un Belge sur cent avait déjà subi une intervention de cette nature en 2017 et le nombre d'interventions a augmenté de 80 % en sept ans.⁷ La nature de la problématique a même exceptionnellement contraint le KCE à réaliser deux études sur le sujet sur une période de deux ans.⁸

L'augmentation du surpoids et de l'obésité et des interventions qui vont de pair représentent évidemment un coût considérable pour la sécurité sociale. Une intervention CBM coûte à l'assurance soins de santé près de 3500 euros pour un anneau gastrique, 4400 euros pour une gastrectomie longitudinale et 5000 euros pour un bypass gastrique⁹. Le patient paie en outre lui-même un ticket modérateur de 1000 à 1200 euros (sans compter les éventuels suppléments pour une chambre individuelle, qui peuvent atteindre 3500 euros et plus).¹⁰

Au total, un bypass gastrique coûte dès lors en moyenne entre 8000 et 10.000 euros en chambre individuelle.

Pour pouvoir bénéficier d'un remboursement (partiel) de l'intervention bariatrique, il convient toutefois de remplir plusieurs conditions cumulatives:¹¹

1° avoir suivi pendant au moins un an un traitement par un régime documenté sans obtenir de résultat stable;

2° avoir plus de 18 ans;

3° avoir un IMC supérieur à 40, ou supérieur à 35 si le patient souffre simultanément d'un diabète de type 2, d'apnée du sommeil ou d'une hypertension artérielle sévère;

obésitas (BMI>40). De laatste jaren is er een sterke toename van het aantal ingrepen merkbaar.⁶ Volgens de laatst beschikbare cijfers had in 2017 reeds één op de 100 Belgen een dergelijke ingreep ondergaan, en werden in zeven jaar tijd 80 % meer ingrepen geregistreerd, aldus het KCE.⁷ De aard van de problematiek noopte het KCE uitzonderlijk zelfs tot twee studies aangaande het onderwerp binnen een tijdspanne van twee jaar.⁸

De toename van zwaarlijvigheid en obesitas en de bijhorende ingrepen gaan uiteraard gepaard met een aanzienlijke kostprijs voor de sociale zekerheid. Een MBS-ingreep kost de ziekteverzekering ongeveer 3500 euro voor een maagband, 4400 euro voor een maagverkleining en 5000 euro voor een *gastric* bypass.⁹ Daarnaast betaalt de patiënt ook ongeveer 1000 à 1200 euro aan remgeld uit eigen zak (exclusief eventuele supplementen voor een eenpersoonskamer, die kunnen oplopen tot 3500 euro en meer).¹⁰

Een *gastric* bypass kost bijgevolg in totaal gemiddeld tussen de 8000 en de 10.000 euro op basis van een eenpersoonskamer.

Om vandaag in aanmerking te komen voor een (gedeeltelijke) terugbetaling van de bariatrische ingreep, moeten er echter verschillende cumulatieve voorwaarden worden vervuld¹¹:

1° men moet minstens gedurende een jaar een gedocumenteerd dieet hebben gevolgd, zonder succes;

2° men moet ouder zijn dan 18 jaar;

3° de BMI moet hoger zijn dan 40, of hoger dan 35 indien men tegelijkertijd diabetes type 2, een slaapapneu of een ernstig verhoogde bloeddruk heeft;

⁶ <https://www.gezondheidwetenschap.be/richtlijnen/obesitaschirurgie>

⁷ KCE Reports 329B.

⁸ KCE Reports 329B et Louwagie Peter, Neyt Mattias, Dossche Dorian, Camberlin Cécile, Ten Geuzendam Belinda, Van den Heede Koen, Van Brabandt Hans. Efficacité, sécurité et coût-efficacité de la chirurgie de l'obésité. *Health Technology Assessment* (HTA). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2019. KCE Reports 316B. DOI: 10.57598/R316BS (KCE Reports 316B ci-après).

⁹ KCE Reports 316B.

¹⁰ KCE Reports 316B.

¹¹ Arrêté royal du 3 août 2007 modifiant l'article 14, d), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités; <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2007/08/03/2007023249/justel>; KCE Reports 316B.

⁶ <https://www.gezondheidwetenschap.be/richtlijnen/obesitaschirurgie>

⁷ KCE Reports 329As.

⁸ KCE Reports 329As en Louwagie P, Neyt M, Dossche D, Camberlin C, ten Geuzendam B, Van den Heede K, Van Brabandt H. Obesitas chirurgie: is het werkzaam, veilig en kosteneffectief? – Synthèse. *Health Technology Assessment* (HTA). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 202019. KCE Reports 316As. D/202019/10.273/41. (Hierna: KCE Reports 316As).

⁹ KCE Reports 316As.

¹⁰ KCE Report 316As.

¹¹ Koninklijk besluit van 3 augustus 2007 tot wijziging van het artikel 14, d), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen; <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/bsluit/2007/08/03/2007023249/justel>; KCE Report 316As.

4° une équipe multidisciplinaire composée au moins d'un chirurgien, d'un spécialiste en médecine interne et d'un spécialiste en psychiatrie ou psychologue clinique doit donner son approbation;

5° le patient ne peut pas avoir d'autres problèmes de santé qui empêchent l'intervention. Les contre-indications pour ce type d'intervention sont notamment les troubles graves de l'alimentation, les problèmes d'alcool, les maladies systémiques, les affections du tube digestif supérieur, les maladies psychiatriques instables, la nécessité de prendre régulièrement des anti-inflammatoires, etc.

La composition de l'équipe multidisciplinaire et la manière dont cette équipe fonctionne et prépare les patients à l'opération et à la vie après celle-ci diffèrent toutefois fortement d'un centre à l'autre, comme l'a révélé l'audit réalisé récemment par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ("INAMI" ci-après), le Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS).¹²

Pourtant, les soins préopératoires et postopératoires sont au moins aussi importants que l'opération à proprement parler et il convient dès lors de tendre vers une uniformité qualitative en la matière. Il importe notamment de bien informer le patient, car même si la perte de poids est généralement rapidement visible après une intervention, le patient doit toujours fournir de nombreux efforts.

Une intervention bariatrique ne résout en effet pas tous les problèmes, et comporte également – en plus d'un risque certes faible de décès pendant ou peu après l'intervention – un risque de complications et d'effets secondaires. Les complications à court terme importantes les plus courantes sont les infections, les hémorragies, les fuites/perforations, les obstructions, les thromboembolies veineuses et l'infarctus du myocarde. Le risque est influencé par l'état général du patient, par exemple par le nombre et la gravité des comorbidités. À l'heure actuelle, environ 5 % des patients sont ré-hospitalisés dans les 30 jours pour traiter ces complications.¹³

Les risques à plus long terme dépendent essentiellement de la mesure dans laquelle le patient suit les

4° een multidisciplinair team van een chirurg, een specialist inwendige ziekten en een klinisch psycholoog/psychiater moet zijn goedkeuring geven;

5° er mogen geen andere gezondheidsproblemen zijn die de ingreep belemmeren; de contra-indicaties voor de ingreep zijn onder meer: ernstige eetstoornissen, alcoholproblemen, systemische ziekten, aandoeningen van het bovenste spijsverteringskanaal, instabiele psychiatrische aandoening, de noodzaak om geregeld ontstekingsremmers te nemen, et cetera.

De samenstelling van het multidisciplinair team en de manier waarop dit team overlegt, functioneert en de patiënten voorbereidt op de operatie en het leven erna, verschilt echter sterk tussen de centra, zo bleek uit de audit die recent uitgevoerd werd door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (hierna: "RIZIV"), de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).¹²

Nochtans zijn voor- en nazorg minstens even belangrijk als de operatie zelf, en dient ter zake naar kwaliteitsvolle uniformiteit gestreefd te worden. Een belangrijk aandachtspunt daarbij is goede informatie voor de patiënt, want al is het gewichtsverlies na een ingreep meestal snel zichtbaar, het werk voor de patiënt is dan verre van af.

Een bariatrische ingreep lost inderdaad niet alle problemen op, en houdt bovendien – naast een weliswaar klein risico op overlijden tijdens of kort na de ingreep – een risico in op complicaties en nevenwerkingen. De meest voorkomende belangrijke vroege complicaties zijn een infectie, een bloeding, lekken/perforatie, een obstructie, een veneuze trombo-embolie en een hartinfarct. Het risico op dergelijke complicaties wordt beïnvloed door de algemene (gezondheids)toestand van de patiënt, met name het aantal en de ernst van andere aandoeningen. Volgens de laatste gegevens is bij ongeveer 5 % van de patiënten een heropname binnen de 30 dagen nodig om deze complicaties aan te pakken.¹³

De risico's op langere termijn worden in overwegende mate beïnvloed door de mate van therapietrouw van

¹² KCE Reports 329B; <https://www.healthcare-executive.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/grensverleggende-audit-obesitaschirurgie-houdt-97-ziekenhuizen-spiegel-voor.html>; https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/CHIRBAR_rapport_general_hopitaux.pdf

¹³ KCE Report 316As.

¹² KCE Reports 329As. <https://www.healthcare-executive.be/nl/nieuws/beroepsnieuws/grensverleggende-audit-obesitaschirurgie-houdt-97-ziekenhuizen-spiegel-voor.html>. https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/BARCHIR_algemeen_rapport_ziekenhuizen.pdf

¹³ KCE Report 316As.

mesures thérapeutiques après l'intervention (régime, mode de vie, prise de suppléments alimentaires, suivi médical, etc.).

Les effets somatiques indésirables et troubles métaboliques et nutritionnels possibles sont les suivants:¹⁴

- calculs biliaires ou rénaux;
- dumping précoce;
- syndrome d'hypoglycémie réactive postprandiale ou dumping tardif;
- reflux gastro-œsophagien;
- maux de ventre chroniques (récurrents) sans cause apparente;
- hernie interne aiguë;
- carences en vitamines et micronutriments;
- fatigue;
- dénutrition;
- effets sur le système osseux (ostéopénie, ostéoporose);
- effets indésirables d'ordre esthétique et dermatologique.

Par ailleurs, la chirurgie bariatrique et métabolique entraîne aussi un risque plus élevé de problèmes psychosociaux (suicide, automutilation et abus d'alcool et de substances)¹⁵, ainsi qu'un risque de modification de la pharmacocinétique des médicaments (la manière dont une substance (en l'occurrence les médicaments) est absorbée, distribuée, métabolisée, éventuellement stockée puis excrétée par l'organisme).¹⁶

L'impact de la chirurgie bariatrique et métabolique sur le bien-être mental des patients ne peut pas non plus être ignoré ni sous-estimé. Ainsi, il existe un risque accru de suicide et de troubles mentaux, et un risque de survenue ou de réapparition de comportements alimentaires problématiques ou de troubles alimentaires après ce type d'intervention.¹⁷

de patiënt na de ingreep (dieet, levensstijl, inname van voedingssupplementen, medische opvolging, et cetera).

De mogelijke ongewenste lichamelijke effecten en metabole en nutritionele problemen zijn de volgende¹⁴:

- gal- of nierstenen;
- late dumping;
- postprandiaal hypoglycemisch reactief syndroom;
- gastro-oesofagale reflux ("zuurbranden");
- chronische (terugkerende) buikpijn zonder duidelijke verklaring;
- acute inwendige hernia (IH);
- vitamine- en micronutritionele tekorten;
- vermoeidheid;
- ondervoeding;
- effecten op het beendergestel (osteoporose/osteopenie);
- esthetische en dermatologische ongewenste effecten.

Daarnaast brengt een MBS-ingreep ook een hoger risico op psychosociale problemen (zelfdoding, zelfverminking en alcohol- en middelenmisbruik) met zich mee¹⁵, alsook een risico op een gewijzigde farmacokinetiek (PK) van geneesmiddelen (i.e. de manier waarop een stof (*in casu* geneesmiddelen) door het lichaam van een mens wordt verwerkt).¹⁶

Ook de impact van MBS-ingrepen op het mentale welbevinden van patiënten mag echter niet worden vergeten noch worden onderschat. Zo bestaat er een verhoogde kans op zelfmoord en mentale aandoeningen en is er een risico op het ontstaan of heroptreden van problematisch eetgedrag of eetstoornissen na een MBS-ingreep.¹⁷

¹⁴ KCE Report 316As.

¹⁵ Van den Eynde et al. 2021: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34611828/>

¹⁶ KCE Report 316As.

¹⁷ KCE Report 316As.

¹⁴ KCE Report 316As.

¹⁵ Van den Eynde et al. 2021: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34611828/>

¹⁶ KCE Report 316As.

¹⁷ KCE Report 316As.

L'obésité et les problèmes de santé mentale s'influencent donc mutuellement. D'une part, les problèmes de santé mentale peuvent accroître le risque de troubles alimentaires ou de consommation alimentaire problématique. D'autre part, certains médicaments psychotropes (antidépresseurs, anxiolytiques...) peuvent aussi déboucher sur une augmentation du poids corporel.

En outre, la fréquence des problèmes psychologiques est plus élevée chez les personnes obèses que dans la population générale. Leur estime de soi et leur confiance en soi est souvent très basse, et c'est encore plus vrai chez les enfants et adolescents gravement obèses. Chez ces jeunes patients, le contexte psychosocial et psychofamilial jouera souvent un rôle déterminant. De ce fait, le maintien de l'adaptation du mode de vie et du suivi médical après une chirurgie bariatrique et métabolique représentent pour ces patients un défi permanent.¹⁸

Enfin, une étude de la KU Leuven met en évidence l'intérêt de disposer d'un trajet de soins bien développé et de grande qualité en matière de bariatrie.¹⁹

Dans le cadre d'une analyse rétrospective de tous les patients belges ayant subi une chirurgie bariatrique entre 2014 et 2015 (16.276 patients au total), leur situation professionnelle a été examinée année après année (quatre ans avant et trois ans après l'opération).

Il est ressorti de cette analyse que le nombre de personnes actives sur le marché du travail est passé de 49,7 % avant l'intervention bariatrique à 61,5 % trois ans plus tard, c'est-à-dire une hausse de 11,5 % entre les périodes préopératoire et postopératoire.²⁰

S'agissant de la réduction du chômage²¹, la principale amélioration a été observée chez les personnes qui n'avaient pas travaillé pendant plus de neuf mois, à savoir une réduction de 13,4 % à 7,2 %. 20,9 % de la

Er is dan ook sprake van tweerichtingsverkeer tussen obesitas en mentale problemen. Enerzijds kunnen mentale problemen het risico op eetstoornissen of problematisch eten verhogen. Anderzijds verhogen sommige psychotrope geneesmiddelen zoals antidepressiva en angstremmers dan weer het lichaamsgewicht.

Psychiatrische aandoeningen en problemen komen bovendien vaker voor bij mensen met obesitas dan bij de algemene bevolking. Zwaarlijvige mensen lijden vaak aan een laag zelfbeeld of hebben een laag zelfvertrouwen. Meer nog dan voor volwassenen, geldt dit voor kinderen en adolescenten met ernstige obesitas, waar heel vaak ook de psychosociale en psychofamiliale context erg belangrijk zijn. Dit alles zorgt ervoor dat een blijvende aanpassing van de levensstijl en het zich medisch laten opvolgen na een MBS-ingreep een continue uitdaging vormt voor de patiënt.¹⁸

Dat het loont om over een grondig uitgewerkt en kwaliteitsvol zorgtraject bariatrie te beschikken, mag ten slotte blijken uit een studie van de KU Leuven.¹⁹

In een retrospectieve analyse van alle Belgische patiënten die tussen 2014 en 2015 een bariatrische ingreep ondergingen (in totaal werden 16.276 patiënten geïncludeerd), werd de werkstatus van deze patiënten jaarlijks onderzocht (vier jaar voor en drie jaar na de operatie).

Wat bleek: het aantal werkenden steeg van 49,7 % vóór de bariatrische ingreep tot 61,2 % drie jaar erna, dit wil zeggen een toename van 11,5 % tussen pre- en post-operatie.²⁰

De grootste verbetering in vermindering van werkloosheid²¹ werd gevonden bij personen die meer dan negen maanden niet hadden gewerkt, namelijk een vermindering van 13,4 % naar 7,2 %. In de populatie

¹⁸ KCE Report 316As.

¹⁹ Amber Van den Eynde, Diederik De Cock, Valérie Fabri, Wies Kesten, Tonio Di Zinno, Steven Brabant, Ann Mertens, Roman Vangoitsenhoven, Ellen Deleus, Matthias Lannoo, Ronny Bruffaerts, Agnès Leclercq, Bart Van der Schueren, "Back to Work After Bariatric Surgery? A Belgian Population Study", *Obesity Surgery* (2022) 32:2625–2631, <https://doi.org/10.1007/s11695-022-06118-5>

²⁰ Amber Van den Eynde, Diederik De Cock, Valérie Fabri, Wies Kesten, Tonio Di Zinno, Steven Brabant, Ann Mertens, Roman Vangoitsenhoven, Ellen Deleus, Matthias Lannoo, Ronny Bruffaerts, Agnès Leclercq, Bart Van der Schueren, "Back to Work After Bariatric Surgery? A Belgian Population Study", *Obesity Surgery* (2022) 32:2625–2631, <https://doi.org/10.1007/s11695-022-06118-5>

²¹ Le taux d'emploi accru après une intervention chirurgicale a été défini (1) comme une réduction du nombre de jours de chômage et d'incapacité de travail et (2) comme la reprise du travail chez les chômeurs.

¹⁸ KCE Report 316As.

¹⁹ Amber Van den Eynde, Diederik De Cock, Valérie Fabri, Wies Kesten, Tonio Di Zinno, Steven Brabant, Ann Mertens, Roman Vangoitsenhoven, Ellen Deleus, Matthias Lannoo, Ronny Bruffaerts, Agnès Leclercq, Bart Van der Schueren, "Back to Work After Bariatric Surgery? A Belgian Population Study", *Obesity Surgery* (2022) 32:2625–2631, <https://doi.org/10.1007/s11695-022-06118-5>

²⁰ Amber Van den Eynde, Diederik De Cock, Valérie Fabri, Wies Kesten, Tonio Di Zinno, Steven Brabant, Ann Mertens, Roman Vangoitsenhoven, Ellen Deleus, Matthias Lannoo, Ronny Bruffaerts, Agnès Leclercq, Bart Van der Schueren, "Back to Work After Bariatric Surgery? A Belgian Population Study", *Obesity Surgery* (2022) 32:2625–2631, <https://doi.org/10.1007/s11695-022-06118-5>

²¹ Toegenomen werkgelegenheid na chirurgie werd gedefinieerd (1) als een vermindering van het aantal dagen werkloosheid en arbeidsongeschiktheid en (2) als de hervatting van het werk bij werklozen.

population des patients au chômage a repris le travail après une chirurgie bariatrique.²²

En d'autres termes, il est question d'une nette augmentation du taux d'emploi et d'une diminution de l'incapacité de travail et du chômage à la suite d'une intervention de chirurgie bariatrique. Un taux d'emploi accru à la suite d'interventions bariatriques peut en outre également contribuer à optimiser le rapport coûts-efficacité de la chirurgie bariatrique.

Solutions

Conditions supplémentaires et consentement éclairé

Pour que l'impact d'une intervention bariatrique soit fructueux et durable, le patient doit adapter *ad vitam* ses habitudes alimentaires et son mode de vie (en pratiquant plus d'activités physiques, par exemple) et il doit se soumettre à un suivi médical, nutritionnel et psychologique de longue durée, ce qui requiert un accompagnement multidisciplinaire spécialisé et ce, avant, durant et après l'intervention.

Le KCE propose dès lors de maintenir les critères de remboursement légaux actuels de la chirurgie bariatrique, mais aussi d'y ajouter des conditions supplémentaires, en prévoyant des concertations multidisciplinaires en présence des professionnels de santé et ce, pour chaque patient.²³

Un diététicien et le médecin généraliste du (candidat-) patient doivent idéalement être associés à cette concertation et ce, notamment en vue de dresser un tableau plus précis des antécédents du (candidat-) patient concerné, de ses tentatives précédentes de perte de poids, de sa situation socioéconomique et de ses capacités à respecter la thérapie etc.

Le KCE fait observer que le patient doit donner son consentement éclairé avant une intervention de chirurgie bariatrique au terme d'un processus qui devrait comprendre les éléments suivants:

1° une discussion approfondie entre l'équipe soignante et le patient;

van werkloze patiënten ging 20,9 % aan het werk na een bariatrische chirurgie.²²

Er is met andere woorden sprake van een duidelijke toename van de arbeidsparticipatie en een afname van arbeidsongeschiktheid en werkloosheid na bariatrische chirurgie. Een hogere arbeidsparticipatie na bariatrische ingrepen kan bovendien ook bijdragen tot een hogere kosteneffectiviteit van de bariatrische chirurgie.

Oplossingen

Bijkomende voorwaarden en geïnformeerde toestemming

Voor een succesvolle en duurzame impact van een bariatrische ingreep moet de patiënt zijn voedingsgewoonten en gedrag (bijvoorbeeld meer lichaamsbeweging) levenslang aanpassen, en dient hij zich langdurig medisch, nutritioneel en psychologisch te laten opvolgen. Dit vereist een deskundige, multidisciplinaire begeleiding, zowel voor, bij als na de ingreep.

Het KCE stelt dan ook 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, met een face to face multidisciplinair overleg voor elke patiënt.²³

Hierbij dienen idealiter ook een diëtist en de huisarts van de (kandidaat-)patiënt betrokken te worden. Dit met name met het oog op het verkrijgen van een beter zicht op de voorgeschiedenis van de betrokken (kandidaat-)patiënt, diens eerdere pogingen inzake gewichtsverlies, de socio-economische context, de capaciteit tot therapietrouw, et cetera.

Het KCE duidt erop dat de patiënt vóór de bariatrische ingreep eigenlijk zijn/haar goed geïnformeerde toestemming zou moeten geven. Dit vereist een proces dat volgende concrete elementen dient te bevatten:

1° een diepgaand gesprek tussen de zorgverleners en de patiënt;

²² Amber Van den Eynde, Diederik De Cock, Valérie Fabri, Wies Kesten, Tonio Di Zinno, Steven Brabant, Ann Mertens, Roman Vangoitsenhoven, Ellen Deleus, Matthias Lannoo, Ronny Bruffaerts, Agnès Leclercq, Bart Van der Schueren, "Back to Work After Bariatric Surgery? A Belgian Population Study", Obesity Surgery (2022) 32:2625–2631, <https://doi.org/10.1007/s11695-022-06118-5>

²³ KCE Reports 329As.

²² Amber Van den Eynde, Diederik De Cock, Valérie Fabri, Wies Kesten, Tonio Di Zinno, Steven Brabant, Ann Mertens, Roman Vangoitsenhoven, Ellen Deleus, Matthias Lannoo, Ronny Bruffaerts, Agnès Leclercq, Bart Van der Schueren, "Back to Work After Bariatric Surgery? A Belgian Population Study", Obesity Surgery (2022) 32:2625–2631, <https://doi.org/10.1007/s11695-022-06118-5>

²³ KCE Reports 329As.

2° l'utilisation de différents canaux de communication et de soutien pour informer et préparer chaque patient;

3° une approche spécifique pour les patients vulnérables;

4° une évaluation préalable par l'équipe multidisciplinaire de la capacité du patient à comprendre les informations, à adapter son comportement et à être suivi sur une longue période;

5° un minimum de trois mois entre le premier contact avec le centre de chirurgie bariatrique et l'intervention chirurgicale proprement dite, sauf pour des raisons médicales urgentes.²⁴

Suivi du patient

Ce n'est cependant pas suffisant. Pour obtenir une perte de poids durable après une chirurgie bariatrique, le patient doit adapter son mode de vie et ses habitudes alimentaires, et se plier à un suivi à long terme.

Nous observons cependant que les patients ne semblent pas encore en être suffisamment conscients à l'heure actuelle. Ils considèrent trop souvent une intervention de chirurgie bariatrique, qui est aussi appelée chirurgie métabolique, comme une solution rapide et facile, et ne se présentent ensuite plus aux rendez-vous de suivi, avec toutes les conséquences que cela implique. Il est ainsi important de consulter au moins une fois un kinésithérapeute après l'intervention et de déterminer s'il est nécessaire de poursuivre un accompagnement dans cette discipline.

Le problème de l'obésité ne peut être résolu par la seule chirurgie. Une intervention chirurgicale n'est en effet pas la solution miracle à tous les problèmes, tels que des troubles psychologiques sous-jacents, par exemple. L'opération peut également entraîner des effets indésirables tels que des carences en vitamines, qui doivent être détectées et traitées à temps.

Même (et en particulier) après une opération chirurgicale, l'obésité reste une maladie chronique qui exige des changements de comportement pour le reste de la vie.

C'est la raison pour laquelle un soutien suffisant dans le cadre d'une approche structurelle et multidisciplinaire approfondie est indispensable afin de maximiser les chances de réussite de l'intervention, comme c'est également le cas pour d'autres maladies chroniques. À cet

2° het gebruik van verschillende communicatie- en ondersteuningskanalen om elke patiënt te informeren en voor te bereiden;

3° een specifieke benadering voor de kwetsbare patiënten;

4° een voorafgaande beoordeling door het multidisciplinaire team van het vermogen van de patiënt om de informatie te begrijpen, zijn gedrag aan te passen en zich langdurig te laten opvolgen;

5° minimaal drie maanden tussen het eerste contact met het bariatrisch centrum en de eigenlijke bariatrische ingreep, behalve bij dringende medische redenen.²⁴

Opvolging van de patiënt

Daarbij mag het echter niet stoppen. Om na een bariatrische ingreep een duurzaam gewichtsverlies te bekomen en ook te behouden, is het immers noodzakelijk dat de patiënt zijn levensstijl en voedingsgewoonten aanpast en zich langdurig laat opvolgen.

We zien echter dat patiënten daar vandaag nog onvoldoende van op de hoogte zijn en MBS-ingrepen al te vaak als een snelle en makkelijke oplossing zien en daarna niet meer komen opdagen op follow-upgesprekken, met alle gevolgen van dien. Zo is het bijvoorbeeld belangrijk om na de ingreep minstens eenmaal een kinesist te consulteren en te bepalen of verdere begeleiding in deze discipline noodzakelijk is.

Het probleem van obesitas kan inderdaad niet worden opgelost door chirurgie alleen. Een chirurgische ingreep is immers geen wonderoplossing voor alle problemen, zoals onderliggende psychologische aandoeningen, en kan ook neveneffecten zoals vitaminetekorten veroorzaken, die tijdig opgespoord en behandeld moeten worden.

Daarnaast vormt obesitas een chronische ziekte die een levenslange wijziging van de levensstijl vergt, ook (en in het bijzonder) na een ingreep.

Om de ingreep een maximale slaagkans te geven is – net zoals voor andere chronische aandoeningen – voldoende ondersteuning in een structurele en doorgedreven multidisciplinaire benadering dan ook onmisbaar. Er moet daarbij ook rekening gehouden worden

²⁴ KCE Report 329As.

²⁴ KCE Report 329As.

égard, il faut également tenir compte du fait que, dans le cas de l'obésité, les facteurs individuels que sont les prédispositions génétiques, les habitudes alimentaires et le niveau d'activité physique sont influencés par des facteurs de société tels que l'abondance d'aliments trop riches et la généralisation de la sédentarité.

Le pharmacien de famille peut également jouer un rôle majeur puisqu'il est souvent la première personne de contact. Il pourra ainsi signaler plus facilement des problèmes ou renvoyer le patient vers le médecin généraliste ou la clinique spécialisée de l'obésité. En associant le pharmacien de famille à la concertation multidisciplinaire, il sera également possible d'obtenir une meilleure vue d'ensemble de la supplémentation en vitamines qui a déjà été attribuée.

Uniformisation, conditions minimums et garanties de qualité

Comme indiqué ci-avant, les différences importantes qui existent entre les nombreux hôpitaux où sont pratiquées des interventions de chirurgie bariatrique constituent un autre problème. Ces différences concernent la préparation préopératoire des patients ainsi que les soins et l'accompagnement postopératoires.

Bien que des spécificités doivent pouvoir exister en fonction du contexte local, il faut éviter autant que possible les variations indésirables.

L'accompagnement postopératoire s'avère ainsi être souvent insuffisant, en particulier en ce qui concerne l'aspect psychologique de la chirurgie bariatrique. Les patients perdent certes beaucoup de poids après l'intervention chirurgicale, mais ils n'ont pas pour autant modifié leur régime alimentaire et leur comportement. Il est fréquent qu'ils se sentent encore gros ou qu'ils ne veulent pas adapter leur mode d'alimentation après l'opération. Par ailleurs, malgré un bon départ, certains patients rechutent ou sont confrontés à des complications.

Qui plus est, les candidats patients considèrent souvent actuellement que le psychologue n'a pour fonction que de donner accès à l'intervention de chirurgie bariatrique et adaptent dès lors leurs propos en ce sens. Après l'intervention, ils sont amaigris, ils ont apparemment atteint leur objectif et ne voient plus la nécessité de suivre un (coûteux) accompagnement psychologique.

Le KCE a en effet fait remarquer ce qui suit:

met het feit dat bij obesitas individuele factoren zoals genetische aanleg, eetgedrag, en bewegingspatronen beïnvloed worden door maatschappelijke factoren zoals het overvloedig beschikbaar zijn van energierijk voedsel, en een veralgemeende sedentaire levensstijl.

Zo kan ook de huisapotheker een belangrijke rol spelen aangezien die vaak een eerste aanspreekpunt is en zo makkelijker problemen kan signaleren of kan doorverwijzen naar de huisarts of het obesitascentrum. Door de huisapotheker mee te betrekken in het multidisciplinair overleg kan er eveneens een beter overzicht worden gecreëerd van de reeds toegewezen vitaminesupplementen.

Uniformering, minimumvoorwaarden en kwaliteitsgaranties

Een ander probleem is – zoals hierboven vermeld – dat er grote verschillen blijken te bestaan tussen de vele verschillende ziekenhuizen die bariatrische chirurgie aanbieden; met name wat de pre-operatieve voorbereiding van patiënten en post-operatieve verzorging en begeleiding betreft.

Hoewel er natuurlijk eigen accenten gelegd moeten kunnen worden naargelang de lokale context, dienen ongewenste variaties zoveel als mogelijk vermeden te worden.

De post-operatieve begeleiding blijkt op die manier vaak ondermaats, met name betreffende het psychologische aspect van de bariatrische chirurgie. De patiënten verliezen namelijk wel veel gewicht na de ingreep maar daarmee is hun voedingspatroon en hun gedrag nog niet aangepast. De patiënten voelen zich vaak ook nog dik of willen hun voeding(spatroon) niet aanpassen na de operatie. Daarnaast zijn er ook patiënten die ondanks een goede start hervallen of met complicaties te maken krijgen.

Kandidaat-patiënten hebben vandaag bovendien vaak ook het idee dat de psycholoog enkel de poortwachter is naar de bariatrische ingreep en praten deze daarom naar de mond. Na de ingreep zijn ze dan vermagerd, hebben ze ogenschijnlijk hun doel bereikt en zien ze de nood vaak niet meer in van een (dure) psychologische begeleiding.

Het KCE merkte inderdaad het volgende op:

“La chirurgie bariatrique et métabolique (CBM) offre des avantages clairs. Elle permet une nette perte de poids, avec des diminutions d’IMC entre 7,2 et 12,7 kg/cm², confirmée par des études contrôlées randomisées (RCT)²⁵. Cette perte de poids se produit essentiellement au cours des deux premières années après l’intervention et est souvent suivie d’une légère reprise de poids, mais qui reste généralement assez limitée. Au cours de la même période, on observe une rémission du diabète de type 2 chez 55 % des patients opérés, contre 8 % chez les patients non opérés. La moitié de ces 55 % rechutent cependant dans les 5 ans suivant la CBM.”²⁶

On observe en outre un nombre considérable de réinterventions. De 2016 à 2020, 106.937 patients ont subi une intervention de chirurgie bariatrique et 2,32 % d’entre eux ont subi une nouvelle opération, dont 60 % au cours de la première année qui a suivi la première intervention.²⁷ Il est possible de prévenir plus efficacement cette problématique en faisant appel à des psychiatres ou à des psychologues tant dans le trajet de soins pré-opératoire que dans le trajet de soins postopératoire, afin d’offrir aux patients l’éclairage et le soutien psychologiques nécessaires.

Afin de pouvoir offrir dans une certaine mesure une qualité minimale uniforme partout dans le pays, le KCE propose également en ce sens de faire rédiger un “document de consensus national” par les organisations professionnelles de chirurgie bariatrique.

Ce document doit énumérer les interventions les plus importantes pour les soins pré- et postopératoires multidisciplinaires. Sur la base de cet itinéraire de soins standard, chaque centre de chirurgie bariatrique pourrait ensuite déployer des itinéraires de soins adaptés à son contexte local.²⁸

Le suivi multidisciplinaire doit en tout état de cause se faire de façon échelonnée, en fonction des besoins du patient et de sa capacité de gérer ses soins. Le suivi par le centre de chirurgie bariatrique doit en outre durer au moins 2 ans pour tous les patients, sauf s’il apparaît qu’un suivi complémentaire et/ou des soins plus intensifs et/ou spécifiques par l’équipe multidisciplinaire restent nécessaires, ou le redeviennent.²⁹

“Bariatrische en metabole chirurgie (MBS) biedt duidelijk verschillende voordelen. RCT’s²⁵ wijzen op een duidelijk gewichtsverlies na de operatie, waarbij de BMI met 7,2 tot 12,7 kg/cm² afneemt. Het grootste gewichtsverlies treedt op in jaar 1 en 2 na de ingreep, en wordt nadien meestal gevolgd door een relatief beperkte gewichtstoename. In diezelfde periode werd eveneens type 2 diabetes-remissie waargenomen bij 55 % van de patiënten, versus bij 8 % van de patiënten zonder operatie. De helft van deze 55 % hervalt weliswaar binnen de 5 jaar na MBS.”²⁶

Bovendien is er sprake van een aanzienlijk aantal heringrepen. Van 2016 tot 2020 ondergingen 106.937 patiënten een bariatrische ingreep. 2,32 % van hen werd opnieuw geopereerd waarvan 60 % in het eerste jaar volgend op de ingreep.²⁷ Deze problematiek kan bijgevolg beter aangepakt worden middels de inzet van psychiaters of psychologen in zowel het voor- als het natraject, opdat patiënten ter zake de nodige psycho-educatie verkrijgen.

Om overal ten lande een zekere mate van minimale kwaliteitsvolle uniformiteit aan te kunnen bieden, stelt het KCE in die zin ook voor om een “nationaal consensusdocument” op te laten stellen door de beroepsorganisaties betrokken bij de bariatrische chirurgie.

Hierin dient een opsomming opgenomen te worden van de belangrijkste interventies voor de multidisciplinaire pre-en post-operatieve zorg. Elk bariatrisch centrum kan vervolgens, op basis van dit nationale standaardzorgpad, zorgpaden uitrollen die aangepast zijn aan de lokale context.²⁸

De multidisciplinaire nazorg dient in ieder geval trapsgewijs verleend te worden, aangepast aan de toestand van de patiënt en de mate waarin die zelf zijn/haar zorg kan beheren. Daarnaast dient de nazorg door het bariatrisch centrum minstens twee jaar te duren voor elke patiënt, tenzij blijkt dat verdere opvolging en/of een intensievere en/of specifieke nazorg door het multidisciplinaire team nodig blijft of opnieuw nodig wordt.²⁹

²⁵ Les RCT sont des études contrôlées randomisées ou *Randomized controlled trials* (à savoir des études prospectives qui mesurent l’efficacité d’une nouvelle intervention ou d’un nouveau traitement).

²⁶ KCE Reports 316Bs.

²⁷ Question écrite de Mme Mieke Claes à M. Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique (n° 1688).

²⁸ KCE Report 329Bs.

²⁹ KCE Report 329Bs.

²⁵ RCT’s zijn *Randomized controlled trials* (prospectieve studies die de effectiviteit van een nieuwe interventie of behandeling meten).

²⁶ KCE Reports 316A.

²⁷ Schriftelijke vraag van Mieke Claes aan minister Vandenbroucke (nr. 1688).

²⁸ KCE Report 329As.

²⁹ KCE Report 329As.

Il convient en outre de réfléchir au nombre d'hôpitaux qui peuvent pratiquer des interventions bariatriques et aux seuils ou aux conditions (minimales) à prévoir.

En effet, si la quasi-totalité des hôpitaux aigus belges peuvent aujourd'hui pratiquer des interventions bariatriques, on observe de grandes différences dans le nombre d'interventions par hôpital. Certains en pratiquent moins d'une dizaine chaque année, d'autres plus de 800 (moyenne sur trois ans, chiffres du KCE).³⁰

Plus le nombre d'opérations bariatriques par centre est bas, moins il y a de chances qu'une expertise multidisciplinaire suffisante y soit présente.

C'est pourquoi le KCE estime que pour garantir une expertise multidisciplinaire suffisante, il conviendrait de limiter la chirurgie bariatrique aux centres et aux chirurgiens qui atteignent des volumes-seuils minimums.

Le KCE envisage à cet égard un nombre minimal de 100 interventions chirurgicales bariatriques par an (par site hospitalier). Chaque centre devrait en outre disposer d'au moins deux chirurgiens, qui devraient effectuer chacun au moins 25 interventions bariatriques par an.

Chaque centre de chirurgie bariatrique devrait de surcroît désigner un coordinateur chargé, en autres, d'être le point de contact pour les patients, d'organiser la concertation multidisciplinaire et les séances d'information et de contrôler le respect des rendez-vous de suivi par les patients.

Afin de favoriser l'implication du patient dans le suivi de son trajet de soins bariatrique et, partant, d'augmenter les chances de réussite des interventions CBM, le KCE estime qu'il convient également d'envisager d'autres stratégies, à savoir:

1° proposer un programme intégrant plusieurs éléments:

— l'éducation et le soutien individuel et en groupe pour les changements de comportement;

— l'organisation de contacts avec d'autres patients bariatriques;

— la mise à disposition d'outils pratiques pour accompagner le suivi et le maintien des adaptations comportementales nécessaires (par exemple un journal de bord des apports alimentaires ou une application pour smartphone);

³⁰ KCE Reports 329B.

Verder dient er nagedacht te worden over het aantal ziekenhuizen dat bariatrische ingrepen mag uitvoeren en welke drempels of (minimum)voorwaarden in dat verband gehanteerd dienen te worden.

Het is immers zo dat vandaag quasi alle acute Belgische ziekenhuizen bariatrische ingrepen uitvoeren, doch er zitten grote verschillen in de aantallen ingrepen per ziekenhuis. Sommige blijken er jaarlijks minder dan een tiental uit te voeren, andere dan weer meer dan 800 (gemiddelde over drie jaar, aldus het KCE).³⁰

Hoe lager het aantal bariatrische operaties per centrum, hoe lager de kans dat er voldoende multidisciplinaire expertise binnen het domein van bariatrie aanwezig is.

Om voldoende multidisciplinaire expertise te waarborgen zou bariatrische chirurgie daarom volgens het KCE beperkt moeten worden tot centra en chirurgen die minimale volumedrempels bereiken.

Voor een bariatrisch centrum wordt hierbij aan een jaarlijks aantal van 100 bariatrische chirurgische ingrepen (per ziekenhuissite) gedacht. Verder dient elk centrum over minstens twee chirurgen te beschikken, die jaarlijks elk minimaal 25 bariatrische ingrepen dienen uit te voeren.

Daarnaast zou in elk bariatrisch centrum een coördinator moeten worden aangesteld die als aanspreekpunt fungeert voor patiënten, de organisatie van het multidisciplinaire overleg en de informatiesessies op zich neemt, controleert of de patiënten de follow-upafspraken respecteren, et cetera.

Om de betrokkenheid van de patiënt bij de nazorg in het bariatrische zorgtraject te vergroten en aldus de slaagkansen van MBS-ingrepen duurzaam te bevorderen, dienen daarnaast nog andere strategieën overwogen te worden volgens het KCE, met name:

1° het aanbieden van een programma waarin verschillende elementen aan bod komen:

— educatie en coaching ter ondersteuning van gedragsaanpassingen zowel individueel als in groep;

— organisatie van contacten met lotgenoten;

— aanbod van praktische hulpmiddelen ter ondersteuning bij de follow-up en bij het volhouden van de nodige gedragsveranderingen (bijvoorbeeld een dagboek over de dagelijkse voedselinname, een app voor de smartphone);

³⁰ KCE Report 329As.

— l'utilisation d'outils de communication numériques (par exemple contact par téléphone ou par vidéo) en complément des consultations de suivi;

2° prévoir des incitants pour que le patient respecte ses rendez-vous de suivi;

3° impliquer des patients en tant qu'experts du vécu dans l'élaboration des trajets de soins locaux.

Financement au travers d'une convention

Par ailleurs, il s'indique de financer les soins administrés dans le cadre de la chirurgie bariatrique au travers de conventions.

Il y a lieu de prévoir un montant forfaitaire permettant de couvrir les éléments suivants:

1° les consultations auprès de prestataires autres que le médecin (dont un nombre minimum de consultations chez un psychologue et un diététicien, qui sont recommandées dans la littérature mais qui ne sont actuellement pas encore remboursées par l'assurance soins de santé en Belgique);

2° la concertation multidisciplinaire;

3° les incitants pour les patients;

4° l'encodage de données dans le registre central de chirurgie bariatrique et les services du coordinateur.

L'objectif de ces conventions est de limiter la chirurgie bariatrique aux centres disposant d'une équipe multidisciplinaire détenant une expertise spécialisée en chirurgie bariatrique et en obésité. Ces équipes seraient responsables de la sélection et du suivi des patients.

Le suivi devra durer au moins deux ans pour tous les patients, et jusqu'à cinq ans pour les patients qui nécessitent une approche plus intensive et/ou spécifique, toujours en collaboration avec les soins de première ligne. Les centres de chirurgie bariatrique devront proposer des formations et des outils pratiques (informatiques) à la première ligne.

Les interventions CBM et les consultations médicales doivent toujours être remboursées à l'acte ou via des forfaits prospectifs globaux pour les soins à faible variabilité, mais uniquement lorsqu'elles sont effectuées dans des centres avec lesquels une convention a été conclue et par des chirurgiens ayant une expertise spécifique en chirurgie bariatrique (au moins deux par centre, voir plus haut).

— het gebruik van digitale communicatiemiddelen (bijvoorbeeld video of telefonisch contact, ...) als aanvulling op de follow-upraadplegingen;

2° het voorzien van incentives voor patiënten die follow-upafspraken nakomen;

3° het betrekken van ervaringsdeskundigen bij de uitwerking van lokale zorgpaden.

Financiering via conventie

Daarnaast moet de zorg in het kader van bariatrische chirurgie binnen de conventies gefinancierd worden.

Er is nood aan de voorziening van een forfaitair bedrag waarmee volgende elementen gedekt kunnen worden:

1° de raadplegingen met zorgverleners anders dan de arts (waaronder een minimaal aantal raadplegingen met een psycholoog en diëtist, dewelke in de literatuur worden aanbevolen maar momenteel in ons land nog niet worden terugbetaald via de ziekteverzekering);

2° het multidisciplinaire overleg;

3° incentives voor patiënten;

4° het ingeven van data voor het bariatrisch register en de diensten van de coördinator.

Door middel van deze conventies moet bariatrische chirurgie beperkt worden tot centra met een multidisciplinair team met gespecialiseerde expertise in bariatrische chirurgie en obesitas, verantwoordelijk voor de selectie en de nazorg van patiënten.

De nazorg dient – steeds in samenwerking met de eerstelijnszorg – minstens twee jaar te worden aangeboden, en tot vijf jaar voor patiënten die een intensievere en/of specifieke benadering vereisen. Hierbij dienen de bariatrische centra opleidingen en praktische (elektronische) hulpmiddelen aan te bieden aan de eerste lijn.

MBS-ingrepen en de raadplegingen bij een arts dienen nog steeds vergoed te worden per prestatie of via globaal prospectieve bedragen voor laagvariabele zorg, maar enkel wanneer ze worden uitgevoerd in centra waarmee een conventie werd afgesloten én door chirurgen met een specifieke expertise in bariatrische chirurgie (minstens twee per centrum, zie *supra*).

Pour les médecins généralistes, il conviendra d'élaborer une nomenclature afin de les rémunérer correctement pour leur participation à la concertation multidisciplinaire.

Registre

Conformément à la réglementation actuelle, les hôpitaux pratiquant la chirurgie bariatrique sont tenus de conserver dans un registre les données du formulaire de la mutualité. Ces données administratives (par exemple, les données de facturation de l'AIM³¹ et les données de sortie des hôpitaux belges) fournissent des informations utiles (par exemple, sur les variations géographiques), mais ne permettent pas de monitorer la qualité des soins à long terme (par exemple, la perte de poids, les comorbidités, les complications, les effets secondaires).

Dans sa forme actuelle, ce registre ne convient dès lors pas à des fins de recherche ou de politique de santé, car les données ne sont pas partagées dans un registre central et la collecte de données n'est pas uniforme. En outre, un récent audit a montré que 32 % des hôpitaux contrôlés ne tiennent pas un tel registre et ce, malgré l'obligation légale.

C'est la raison pour laquelle le KCE recommande que la réglementation soit ajustée de manière à ce que chaque centre qui répond aux critères de la convention soit obligé de participer (par le biais d'une liaison aux conditions de remboursement) à un registre de chirurgie bariatrique uniformisé et centralisé (avec financement public) dans lequel la saisie des données est simple et facile, sur le modèle des registres tenus en Suède et aux Pays-Bas.

Ce registre devrait être tenu pour tous les patients depuis la première discussion de leur cas en concertation multidisciplinaire (patients opérés et non opérés) jusqu'à cinq ans après l'opération (mise à jour au moins une fois par an).

L'enregistrement de données doit toujours viser à permettre le développement d'indicateurs de qualité et le monitoring des résultats de la chirurgie, afin d'évaluer l'offre de soins et de l'ajuster (le cas échéant). Pour ce faire, il faudrait également prévoir un système d'audit pour vérifier la qualité et l'exhaustivité de l'encodage.

Enfin, les résultats anonymisés de ces indicateurs devront aussi à terme être mis à la disposition du public, dans le cadre de la transparence active et d'une politique (scientifique) d'*open data*.

³¹ AIM est l'abréviation de l'Agence intermutualiste.

Voor huisartsen dient dan weer een nomenclatuurtaarif uitgewerkt te worden, teneinde hen correct te vergoeden voor hun deelname aan het multidisciplinair overleg.

Register

Onder de huidige regelgeving zijn ziekenhuizen die bariatrische chirurgie uitvoeren verplicht om de gegevens voor het formulier voor de ziekenfondsen ook in een register te bewaren. Deze administratieve gegevens (bijvoorbeeld factuurgegevens van het IMA³¹ en de ontslaggegevens van de Belgische ziekenhuizen) leveren weliswaar bruikbare informatie op (bijvoorbeeld over de geografische variatie) maar laten niet toe om de zorgkwaliteit op lange termijn op te volgen (bijvoorbeeld gewichtsverlies, comorbiditeiten, complicaties, bijwerkingen).

In zijn huidige vorm is dit register bijgevolg ongeschikt voor onderzoeks-of beleidsdoeleinden, aangezien de gegevens niet in een centraal register moeten worden gedeeld en de gegevensverzameling niet uniform plaatsvindt. Bovendien toonde een recente audit aan dat 32 % van de gecontroleerde ziekenhuizen zelfs niet over een register beschikt, ondanks de wettelijke verplichting.

Het KCE pleit bijgevolg voor een bijsturing van de regelgeving, opdat elk bariatrisch centrum dat voldoet aan de conventiecriteria, verplicht (door middel van een koppeling aan de vergoedingsvoorwaarden) zou worden deel te nemen aan een centraal en uniform register voor bariatrische chirurgie (met publieke financiering) met eenvoudige gegevensinvoer, naar het model van Zweden en Nederland.

Dergelijk register zou dan bijgehouden moeten worden voor alle patiënten en dit vanaf de eerste bespreking in het multidisciplinair overleg (dus zowel met betrekking tot de geopereerde als de niet-geopereerde patiënten), tot vijf jaar na de operatie (minimaal 1 keer per jaar).

De gegevensregistratie moet hierbij steeds tot doel hebben om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen en te monitoren om zo het zorgaanbod te kunnen evalueren en waar (en wanneer) nodig bij te sturen. In die zin zou er ook in een auditsysteem voorzien moeten worden dat de kwaliteit en de volledigheid van de coderingen controleert.

Ten slotte dienen de geanonimiseerde resultaten van deze indicatoren op termijn – in het kader van de actieve transparantie en een open data (wetenschaps) beleid – ook publiek beschikbaar te worden gemaakt.

³¹ IMA is het InterMutualistisch Agentschap.

Champ d'application de la présente proposition de résolution

La lutte contre l'obésité va naturellement au-delà du développement d'un trajet de soins de qualité concernant la chirurgie bariatrique et doit également être axée sur la prévention et la prise en charge précoce d'un surpoids au stade initial. Pour ce faire, il n'est pas seulement nécessaire d'apporter une aide sur le plan individuel, en donnant accès à un diététicien par exemple, mais il faut également prendre des mesures visant à adapter le contexte social de telle manière que tout le monde soit plus facilement en mesure de faire des choix sains et d'adopter un style de vie sain. Cela dépasse toutefois le champ d'application de la présente proposition de résolution, qui se focalise sur le trajet de soins concernant la chirurgie bariatrique.

Toepassingsgebied van dit voorstel van resolutie

Uiteraard gaat de aanpak van obesitas verder dan de ontwikkeling van een kwaliteitsvol zorgtraject bariatric, en dient ook ingezet te worden op preventie en de vroegtijdig aanpak van beginnende zwaarlijvigheid. Hiervoor is niet alleen ondersteuning nodig op individueel vlak door bijvoorbeeld een toegankelijke diëtist, maar eveneens maatregelen die de maatschappelijke context zodanig aanpassen dat gezonde keuzes en een gezonde levensstijl gemakkelijker haalbaar zijn voor iedereen. Dit valt echter buiten het toepassingsgebied van dit voorstel van resolutie, dat zich op het zorgtraject bariatric fixeert.

Mieke Claes (N-VA)
Frieda Gijbels (N-VA)
Kathleen Depoorter (N-VA)
Yngvild Ingels (N-VA)
Björn Anseeuw (N-VA)
Theo Francken (N-VA)
Wim Van der Donckt (N-VA)

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. vu la prévalence et l'augmentation systématique du surpoids et de l'obésité, tant dans notre pays qu'à l'échelle internationale;

B. vu les risques sanitaires qui sont liés au surpoids et à l'obésité;

C. constatant l'essor de la chirurgie métabolique et bariatrique au cours des dix dernières années;

D. vu le coût considérable lié à la chirurgie métabolique et bariatrique, tant pour la sécurité sociale que pour les patients;

E. vu les risques d'effets (secondaires) et de complications physiologiques et psychologiques, de problèmes métaboliques et nutritionnels, de modification de la pharmacocinétique, d'abus d'alcool et de médicaments, liés à la chirurgie métabolique et bariatrique;

F. constatant le manque d'uniformité dans la pratique des soins et les volumes d'interventions bariatriques dans les hôpitaux belges, et le degré de qualité variable qui en résulte, ainsi que la nécessité d'empêcher le morcellement actuel de la chirurgie bariatrique et de garantir un accompagnement par une équipe multidisciplinaire disposant d'une expertise en chirurgie bariatrique;

G. vu le KCE Report 316Bs ainsi que les constatations et les recommandations qui y sont publiées;

H. vu le KCE Report 329Bs ainsi que les constatations et les recommandations qui y sont publiées;

I. vu les constatations de l'étude de la KU Leuven concernant la participation accrue au marché du travail des patients après une intervention (réussie) de chirurgie bariatrique,

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. de financer les soins de chirurgie bariatrique au travers de conventions entre l'INAMI et certains établissements de soins, qui prévoient un forfait par centre bariatrique permettant de couvrir les éléments suivants:

1.1. les consultations des professionnels non médicaux (notamment un nombre minimal de consultations avec un psychologue et un diététicien);

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. gelet op de prevalentie en de stelselmatige toename van zwaarlijvigheid en obesitas, zowel in ons land als op internationale schaal;

B. overwegende de gezondheidsrisico's die gelinkt worden aan zwaarlijvigheid en obesitas;

C. vaststellende de sterke groei aan metabole en bariatrische chirurgie gedurende de laatste tien jaar;

D. gelet de aanzienlijke kostprijs die gepaard gaat met metabole en bariatrische chirurgie, zowel voor de sociale zekerheid als voor de individuele patiënten;

E. gelet op de risico's op lichamelijke én psychologische (neven)effecten en complicaties, metabole en nutritionele problemen, gewijzigde farmacokinetiek en alcohol- en middelenmisbruik, gelinkt aan metabole en bariatrische chirurgie;

F. vaststellende het gebrek aan uniformiteit in zorgpraktijken en volumes inzake bariatrische ingrepen in de Belgische ziekenhuizen en de wisselende kwaliteit die daarvan het gevolg is alsmede de nood om de huidige versnippering van bariatrische chirurgie te verminderen en om een begeleiding door een multidisciplinair team met expertise in bariatrische chirurgie te waarborgen;

G. gelet op het KCE Report 316As en de daarin gepubliceerde bevindingen en aanbevelingen;

H. gelet op het KCE Report 329As en de daarin gepubliceerde bevindingen en aanbevelingen;

I. gegeven de bevindingen van het onderzoek van de KU Leuven in verband met de verhoogde arbeidsparticipatie van patiënten na een (succesvolle) bariatrische ingreep,

VERZOEKT DE FEDERALE REGERING:

1. de zorg omtrent bariatrische chirurgie te financieren met conventies tussen het RIZIV en bepaalde zorginstellingen, waarbij per bariatrisch centrum in een forfaitair bedrag voorzien wordt waarmee volgende elementen gedekt kunnen worden:

1.1. de niet-medische raadplegingen met zorgverleners (waaronder een minimaal aantal raadplegingen met een psycholoog en diëtist);

1.2. la concertation multidisciplinaire;

1.3. les incitants pour les patients;

1.4. l'encodage des données dans le registre bariatrique;

1.5. les services du coordinateur;

2. de continuer à rembourser les interventions bariatriques, les consultations médicales de chirurgiens et les prestations de kinésithérapeutes à l'acte ou au moyen de forfaits prospectifs globaux pour les soins à faible variabilité, mais uniquement:

2.1. lorsqu'elles sont effectuées dans des centres avec lesquels une convention de chirurgie bariatrique a été conclue et;

2.2. lorsqu'elles sont effectuées par des chirurgiens ayant une expertise spécifique en chirurgie bariatrique ou des kinésithérapeutes ayant une expertise spécifique en prise en charge de l'obésité/bariatrie;

3. de limiter le système des conventions aux hôpitaux qui répondent à des critères déterminés, afin de pouvoir offrir un service correspondant à un certain label minimal de qualité, par exemple:

3.1. la disponibilité d'une équipe multidisciplinaire disposant d'une expertise spécialisée dans le domaine de la chirurgie bariatrique et de l'obésité, responsable de l'évaluation, de la sélection et des soins postopératoires des patients, étant entendu;

3.1.1. qu'un chirurgien bariatrique, un interniste/endocrinologue/gastro-entérologue et un psychologue/psychiatre ainsi qu'un diététicien du centre de chirurgie bariatrique rendent un avis (l'"équipe multidisciplinaire de base");

3.1.2. que l'équipe multidisciplinaire de base peut également faire appel à d'autres disciplines au sein de l'hôpital ou du réseau, comme un kinésithérapeute ayant une expérience de l'obésité/la chirurgie bariatrique, des médecins spécialisés dans les troubles psychologiques ou psychiatriques si l'équipe de base ne comprend pas de psychiatre (par exemple, troubles alimentaires, toxicomanie et dépendances), un gynécologue, un cardiologue, un pneumologue, etc.;

3.1.3. que la concertation multidisciplinaire destinée à poser l'indication de chirurgie bariatrique doit se faire en présence des professionnels concernés (éventuellement par vidéoconférence) et ce, pour chaque patient;

1.2. het multidisciplinaire overleg;

1.3. incentives voor patiënten;

1.4. het ingeven van data voor het bariatrisch register;

1.5. de diensten van de coördinator;

2. bariatrische ingrepen en medische raadplegingen van chirurgen en prestaties van kinesitherapeuten nog steeds per prestatie dan wel via globaal prospectieve bedragen voor laagvariabele zorg te vergoeden, doch enkel wanneer:

2.1. deze worden uitgevoerd in centra waarmee een conventie voor bariatrische chirurgie werd afgesloten en;

2.2. dit gebeurt door chirurgen met een specifieke expertise in bariatrische chirurgie of kinesitherapeuten met specifieke expertise in obesitas/bariatrie;

3. het systeem van de conventies te beperken tot ziekenhuizen die aan bepaalde criteria voldoen, opdat er een zeker minimaal kwaliteitslabel geboden kan worden zoals:

3.1. de beschikbaarheid van een multidisciplinair team met gespecialiseerde expertise in bariatrische chirurgie en obesitas, verantwoordelijk voor de evaluatie, selectie en nazorg van patiënten en waarbij;

3.1.1. een bariatrisch chirurg, een internist/endocrinoloog/gastro-enteroloog, een psycholoog/psychiater en ook een diëtist van het bariatrisch centrum een advies uitbrengen (het "multidisciplinaire kernteam");

3.1.2. het multidisciplinaire kernteam daarnaast ook een beroep kan doen op andere disciplines binnen het ziekenhuis of het netwerk, zoals een kinesitherapeut met ervaring met obesitas/bariatrische chirurgie, artsen gespecialiseerd in psychiatrische en mentale aandoeningen indien geen psychiater deel uitmaakt van het kernteam (bijvoorbeeld eetstoornissen, middelenmisbruik en -verslavingen), in gynaecologie, cardiologie, pneumologie, enzovoort;

3.1.3. het multidisciplinair overleg tussen zorgverleners, waarin wordt beslist over een bariatrische operatie, face to face (eventueel via videoconferentie) wordt gevoerd voor elke patiënt;

3.2. la consultation par chaque patient d'un médecin généraliste avant l'intervention (de préférence le médecin en charge du DMG³²). Ce médecin généraliste doit en outre être consulté au sujet des antécédents du patient (par exemple, ses tentatives de perte de poids), de sa situation socioéconomique et de sa capacité à respecter les modalités du suivi postopératoire, sans que son avis (éventuellement écrit) ne soit contraignant. À cet égard, il convient de faire observer que le pharmacien de famille peut également jouer un rôle important;

3.3. l'offre d'un suivi – toujours en collaboration avec les soins de première ligne – pendant au moins deux ans à cinq ans pour les patients qui nécessitent une approche plus intensive et / ou spécifique, y compris:

3.3.1. un suivi médical;

3.3.2. au moins quatre consultations chez un diététicien au cours de la première année et au moins deux consultations au cours des années suivantes;

3.3.3. au moins une consultation chez le psychologue/psychiatre; dans ce cadre, il conviendra également d'examiner si les patients concernés, par analogie avec les patients cardiaques, pourront composer eux-mêmes, dans le cadre prévu du trajet de soins bariatriques, leur liste de spécialistes à consulter en fonction des besoins concernés;

3.4. l'offre de formations et d'outils pratiques (électroniques) mis à la disposition de la première ligne par les centres de chirurgie bariatrique;

3.5. le respect de volumes-seuils d'au moins 100 opérations par an et par site hospitalier (en moyenne sur trois ans) et la disponibilité d'au moins deux chirurgiens qui réalisent chacun au moins 25 opérations par an (en moyenne sur trois ans), ces volumes devant être déterminés sur la base des interventions primaires et le nombre de ré-interventions n'étant pas comptabilisé dans le volume-seuil minimal, mais devant être suivi en tant qu'indicateur (pour le centre ayant effectué l'intervention primaire) à l'aide d'un registre national bariatrique;

3.6. la disponibilité d'un coordinateur qui organise la concertation multidisciplinaire, fait office de point de contact pour les patients, met en place des séances d'information, veille à la présence des patients à leurs rendez-vous de suivi et endosse la responsabilité du registre des interventions bariatriques (certaines tâches pouvant être déléguées à des collaborateurs administratifs);

³² Le DMG est le dossier médical global.

3.2. de raadpleging van een huisarts door elke patiënt (bij voorkeur de GMD³²-houdend huisarts) voor de operatie die in het kader van voormeld multidisciplinair overleg bovendien moet worden geraadpleegd over de voorgeschiedenis van de patiënt (bijvoorbeeld pogingen tot gewichtsverlies), zijn socio-economische situatie en zijn vermogen om de nazorg na te komen, zonder dat zijn (eventueel schriftelijk) advies hierbij bindend is en waarbij dient opgemerkt dat ook de huisapotheek hierbij een belangrijke rol kan spelen;

3.3. het aanbieden van nazorg – steeds in samenwerking met de eerstelijnszorg – gedurende minstens twee jaar en tot vijf jaar voor patiënten die nood hebben aan een intensievere en/of specifieke benadering, inclusief:

3.3.1. een medische follow-up;

3.3.2. minstens vier raadplegingen bij de diëtist tijdens het eerste jaar en minstens twee in de daaropvolgende jaren;

3.3.3. minstens één raadpleging per jaar bij de psycholoog/psychiater; en waarbij tevens bekeken moet worden of de betrokken patiënten, naar analogie met cardiologische patiënten, binnen het voorziene kader van het bariatrisch zorgtraject zelf hun pakket van te consulteren specialisten en zorgverleners kunnen samenstellen naargelang de betrokken behoeften;

3.4. het aanbieden aan de eerste lijn van opleidingen en praktische (elektronische) hulpmiddelen inzake bariatrische chirurgie door de bariatrische centra;

3.5. het behalen van volumedrempels van minstens 100 ingrepen per jaar per ziekenhuissite (gemiddeld over drie jaar), en de beschikbaarheid van minstens twee chirurgen die elk minstens 25 ingrepen per jaar uitvoeren (gemiddeld over drie jaar) en waarbij deze volumes moeten worden bepaald op basis van de primaire ingrepen en het aantal re-interventies niet wordt meegenomen in de minimale volumedrempel, maar wel als indicator dient (voor het centrum dat de primaire ingreep uitvoerde) gemonitord te worden met behulp van een nationaal bariatrisch register;

3.6. de beschikbaarheid van een coördinator die het multidisciplinaire overleg organiseert, het aanspreekpunt is voor patiënten, informatiesessies organiseert, de aanwezigheid van patiënten op follow-upafspraken opvolgt en verantwoordelijk is voor het register voor bariatrische chirurgie (waarbij bepaalde taken gedelegeerd kunnen worden naar administratieve medewerkers);

³² GMD is het globaal medisch dossier.

3.7. la signature d'accords de collaboration fonctionnelle avec les structures de première ligne, les centres spécialisés dans le traitement conservateur de l'obésité et les centres effectuant des interventions plastiques ou reconstructives pour les patients bariatriques;

3.8. la disponibilité des trajets de soins locaux, qui se basent sur les interventions les plus importantes du trajet de soin national;

3.9. la mise en place, pour tout patient, des éléments suivants:

3.9.1. la consultation, au moins une fois avant l'intervention chirurgicale, du diététicien et du psychologue/psychiatre, en respectant un délai minimum de trois mois entre la première prise de contact avec un centre bariatrique et l'intervention chirurgicale proprement dite (sauf en cas de raisons médicales urgentes);

3.9.2. l'organisation d'une concertation multidisciplinaire au sujet de l'intervention bariatrique;

3.9.3. l'établissement d'un plan pour les phases pré- et postopératoires;

3.9.4. la consultation du médecin généraliste, de préférence le médecin en charge du DMG, qui est également invité à participer (éventuellement en visioconférence) à la concertation multidisciplinaire;

3.9.5. l'enregistrement dans le registre national obligatoire des interventions bariatriques;

4. l'élaboration, pour les médecins généralistes, d'une nomenclature afin de les rémunérer dûment pour le temps consacré aux concertations multidisciplinaires;

5. la mise en œuvre d'un registre obligatoire de chirurgie bariatrique national et uniformisé, bénéficiant du financement suffisant, dans lequel les données de tous les patients opérés ou non opérés sont collectées depuis leur première consultation jusqu'à un délai minimal de deux ans après l'opération (et, le cas échéant, de cinq ans, voire plus). Ce registre permettra de mesurer les indicateurs de qualité et de suivre leur évolution. En outre, il convient de prévoir qu'une organisation indépendante (nous songeons en particulier à Sciensano) veille à la mise en œuvre, à la gestion et au contrôle du registre, qui devra au minimum contenir des informations sur:

5.1. les données administratives du patient (par exemple date de naissance et sexe);

5.2. les résultats des bilans et des évaluations (par exemple la taille, le poids et les comorbidités);

3.7. het afsluiten van functionele samenwerkingsovereenkomsten met de eerstelijnsstructuren, de centra voor de conservatieve behandeling van obesitas en de centra waar bariatrische patiënten een plastische-en reconstructieve ingreep kunnen ondergaan;

3.8. de beschikbaarheid van lokale zorgpaden gebaseerd op de belangrijkste interventies van het nationale zorgpad;

3.9. het voorzien van de volgende faciliteiten voor elke patiënt:

3.9.1. minstens één raadpleging vóór de ingreep bij de diëtist en de psycholoog/psychiater waarbij een minimumduur van drie maanden moet gerespecteerd worden tussen het eerste contact met een bariatrisch centrum en de ingreep (tenzij er sprake is van een hoge medische nood);

3.9.2. het organiseren van een multidisciplinair bariatrisch overleg;

3.9.3. het opstellen van een plan voor de pre- en post-operatieve fase;

3.9.4. de raadpleging van de huisarts, bij voorkeur de houder van het GMD, die ook wordt uitgenodigd voor het multidisciplinaire overleg (eventueel via videoconferentie);

3.9.5. een registratie in het verplichte nationale register voor bariatrische chirurgie;

4. voor huisartsen een nomenclatuurtarief uit te werken, teneinde hen correct te vergoeden voor hun deelname aan het multidisciplinair overleg;

5. een verplicht nationaal uniform bariatrisch register met de noodzakelijke financiering te implementeren, waarin data moeten worden verzameld voor elke geopereerde en niet-geopereerde patiënt, vanaf het eerste contact tot minstens twee jaar (en in voorkomend geval vijf jaar of langer) na de operatie, en waarlangs kwaliteitsindicatoren kunnen worden gemeten en opgevolgd en waarbij een onafhankelijke organisatie (met name wordt gedacht aan Sciensano) dit register moet implementeren, beheren en controleren en het register minstens de volgende gegevens bevat:

5.1. de patiëntkenmerken (bijvoorbeeld de geboortedatum en het geslacht);

5.2. de resultaten van de screening en de beoordeling (bijvoorbeeld de lengte, het gewicht, de comorbiditeiten);

5.3. la procédure bariatrique suivie (par exemple la date, le type d'intervention et l'hôpital);

5.4. les données de suivi (par exemple les comorbidités, les complications, le poids, les résultats rapportés par le patient);

6. de mettre en place un groupe de pilotage, composé de représentants des autorités, des mutualités, de professionnels de santé (par l'intermédiaire de leurs organisations scientifiques et professionnelles), des patients, des hôpitaux et des organisations de première ligne afin de définir la forme de la convention, de soutenir son contenu et d'en assurer le suivi. La convention devra être évaluée dans les trois ans sur la base d'indicateurs de qualité (au moyen du registre national uniformisé de chirurgie bariatrique) à définir par le groupe de pilotage sur la base des propositions des organisations professionnelles concernées. En outre, une période transitoire (de trois ans maximum) est prévue pour que les hôpitaux et/ou les sites hospitaliers qui ne remplissent pas les conditions de la convention puissent conclure des accords à ce sujet dans le cadre des réseaux hospitaliers locorégionaux;

7. de veiller à ce que les organisations scientifiques et professionnelles du domaine de la chirurgie bariatrique rédigent, en collaboration avec les organisations de soins de première lignes et d'autres disciplines concernées, un document de consensus national ("itinéraire national de soins") précisant les interventions les plus importantes pour les soins pré- et postopératoires multidisciplinaires (médicaux, psychologiques, motivationnels, diététiques et nutritionnels, adaptation du mode de vie).

30 mars 2023

5.3. de bariatrische ingreep (bijvoorbeeld de datum, het type, het ziekenhuis);

5.4. de nazorg (bijvoorbeeld de comorbiditeiten, de complicaties, het gewicht, de door de patiënt gerapporteerde uitkomsten);

6. een stuurgroep aan te stellen met daarin vertegenwoordigers van overheidsinstanties, ziekenfondsen, zorgverleners (via de wetenschappelijke en beroepsorganisaties), patiënten, ziekenhuis- en eerstelijnsorganisaties, teneinde de conventie vorm te geven, te ondersteunen en op te volgen en waarbij de conventie binnen een periode van drie jaar geëvalueerd wordt op basis van de kwaliteitsindicatoren aan de hand van het het nationaal uniform bariatrisch register, die door de stuurgroep worden bepaald op voorstel van de betrokken beroepsorganisaties en waarbij een overgangsperiode (van maximum drie jaar) wordt voorzien, zodat ziekenhuizen en/of ziekenhuissites die niet aan deze conventievoorwaarden voldoen, hierover afspraken kunnen maken in het kader van de locoregionale ziekenhuisnetwerken;

7. een nationaal consensusdocument ("nationaal model zorgpad") te laten opstellen door de wetenschappelijke en beroepsorganisaties binnen het domein van bariatrische chirurgie in samenwerking met organisaties binnen de eerste lijn en met andere beroepsverenigingen, met daarin een opsomming van de belangrijkste interventies voor de multidisciplinaire zorg (medische, psychologische, motivationele, dieet-en nutritionele aspecten, aanpassing levensstijl) voor en na de operatie.

30 maart 2023

Mieke Claes (N-VA)
 Frieda Gijbels (N-VA)
 Kathleen Depoorter (N-VA)
 Yngvild Ingels (N-VA)
 Björn Anseeuw (N-VA)
 Theo Francken (N-VA)
 Wim Van der Donckt (N-VA)