



Redesign van de
gezondheidszorgadministraties

Redesign des administrations
de soins de santé

Auditrapport « Proof of Concept »

Bariatrische heekunde

Zorgpad en gegevens van de ziekenhuisverblijven

Initiator: Dienst Audit Ziekenhuizen

Projectnummer: A19-01-CHIRBAR

Versie van: 12-02-2020

Contactpersoon Audit Ziekenhuizen: Nick De Swaef



Synthese

De laatste jaren is er een aanzienlijke toename van obesitas in onze samenleving, geassocieerd met verschillende comorbiditeiten. We zien in België belangrijke praktijkvariaties op het niveau van het zorgpad en de praktische organisatie van bariatrische heelkunde.

De dienst « Audit Ziekenhuizen », een dienst onder een federale co-governance structuur (FAGG, FOD VVVL en RIZIV), heeft dit onderwerp geanalyseerd in het kader van de « Proof of Concept ». De audit bariatrische heelkunde heeft als algemeen objectief het verbeteren van de kwaliteit en de doelmatigheid van het gezondheidszorg aan de burger, en het optimaliseren van het gebruik van de middelen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Het auditteam analyseerde gegevens van 97 Belgische ziekenhuizen waar in 2016 ziekenhuisverblijven waren voor bariatrische heelkunde (aanrekening van 1 van de 3 nomenclatuurcodes ('241780', '241824' of '241846'), en/of verblijven ingedeeld bij de APR-DRG (All Patient Refined - Diagnosis Related Groups) 403 (Procedures for obesity), en/of verblijven met een hoofddiagnose uit categorie E66 (Overweight and obesity) en ingedeeld bij een chirurgische APR-DRG). De algemene resultaten worden weergegeven in verschillende figuren. Voor bepaalde kenmerken kunnen de ziekenhuizen zich positioneren aan de hand van een identificatiesleutel.

Het auditteam selecteerde 19 Belgische ziekenhuizen. In deze ziekenhuizen observeerden we het zorgpad van de obese patiënt. Daarnaast hebben we aan de hand van dossieranalyse de toepassing van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (NGV) en de ICD-10-BE coderingsrichtlijnen geaudit. Het betreft 12 willekeurig geselecteerde bariatrische ziekenhuisverblijven per ziekenhuis (ontslagdatum in 2016) waarvoor naast de medische gegevens van de minimale ziekenhuisgegevens (MG-MZG) ook de verpleegkundige gegevens van de minimale ziekenhuisgegevens (VG-MZG) gecodeerd zijn.

Betreffende het zorgpad bariatrische heelkunde zien we verschillen in de organisatie van pre- en postoperatieve multidisciplinaire begeleiding van de obese patiënt in het ziekenhuis, de bijkomend uitgevoerde onderzoeken, de pre- en postoperatief systematisch gerealiseerde raadplegingen, het gebruik van een patiënt-gecontroleerde analgesie-pomp en de techniek van de bariatrische ingreep. De analyse van de bariatrische ziekenhuisverblijven toont, onder andere, de gemiddelde score die het ziekenhuis behaald heeft voor 9 kenmerken met betrekking tot de NGV en de ICD-10-BE coderingsrichtlijnen. De documentatie van de dieettherapie (minstens gedurende 1 jaar, zonder blijvend succes) in het medisch dossier en de uitvoering van een multidisciplinair bariatrisch overleg met bijbehorend ondertekend en gedateerd verslag zijn noodzakelijk te verbeteren punten voor de ziekenhuizen.

Follow-up van patiënten 2 jaar na een bariatrische ingreep is zeldzaam volgens de multidisciplinaire bariatrische teams. De belemmeringen hiervoor op middellange en lange termijn zijn van financiële of



organisatorische aard, of houden verband met het gebrek aan therapietrouw van de patiënt. De begeleiding van de obese patiënt met betrekking tot bariatrische heelkunde kan deel uitmaken van een gecoördineerd zorgprogramma met pre- en postoperatieve multidisciplinaire begeleiding. Bijgevolg is het belangrijk om de vaardigheden te verenigen en de nodige middelen te mobiliseren om een uitgebreid zorgpad te ontwikkelen.



Inhoudstafel

1	Inleiding.....	8
2	Algemene doelstellingen	9
3	Specifieke doelstellingen	10
4	Methodologie.....	11
4.1	Preoperatief	12
4.1.1	Federale gekoppelde gegevens.....	12
4.1.2	Vragenlijsten en voorbereiding van het auditbezoek ter plaatse.....	13
4.2	Observatie.....	15
4.2.1	Audit van het zorgpad.....	15
4.2.2	Verpleegkundige items	15
4.2.3	Audit van de 12 bariatrische ziekenhuisverblijven	15
4.3	Follow-up	16
4.3.1	Verslag van het auditbezoek.....	16
4.3.2	Algemeen rapport	16
5	Resultaten	17
5.1	Algemene resultaten.....	17
5.1.1	Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens aangerekende nomenclatuurcode.....	17
5.1.2	Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens geslacht.....	21
5.1.3	Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven per categorie van gecodeerde Body Mass Index	23
5.1.4	Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven per leeftijdscategorie	27
5.1.5	Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens de ligduur	29
5.1.6	Interactie tussen variabelen	31
5.1.7	Percentage van verblijven met PCA-pomp, per ziekenhuis.....	39
5.2	Specifieke resultaten van de audits ter plaatse.....	40
5.2.1	Zorgpad	40
5.2.2	De geaudite bariatrische ziekenhuisverblijven	48
5.2.3	Het elektronisch patiëntendossier (EPD) volgens bepaalde 'Belgian Meaningful Use Criteria' (BMUC).....	60
5.2.4	De verpleegkundige items	63



6	Synthese van de suggesties van de ter plaatse geaudite ziekenhuizen	69
6.1	Suggesties in verband met vergoedingscriteria voor bariatrische heelkunde	69
6.2	Suggesties in verband met de financiering van het zorgpad	70
6.3	Suggesties met betrekking tot de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.....	70
6.4	Andere algemene opmerkingen	71
7	Andere observaties van het auditteam	72
7.1	Heringrepen	72
7.2	Aangerekende nomenclatuurcodes en effectief uitgevoerde ingrepen.....	73
8	Discussie.....	74
8.1	Algemene resultaten : zorgpad en geaudite ziekenhuisverblijven.....	74
8.1.1	Preoperatieve begeleiding	75
8.1.2	Informatie aan de patiënt	76
8.1.3	Gedocumenteerde dieetbehandeling (kenmerk 18)	76
8.1.4	Multidisciplinair bariatrisch overleg (kenmerk 19).....	77
8.1.5	Technieken van ingrepen.....	77
8.1.6	Postoperatieve begeleiding	78
8.1.7	Register van bariatrische ingrepen (kenmerk 29).....	79
8.1.8	Geverifieerde opnamediagnose (GOD) (kenmerk 07)	80
8.1.9	BMI (medisch dossier) (kenmerk 08)	80
8.1.10	ICD-10-BE code BMI (kenmerk 09).....	81
8.1.11	Operatief protocol in overeenstemming met de nomenclatuurcode (kenmerk 23).....	82
8.1.12	ICD-10-BE procedure code (ICD-10-PC) (kenmerk 24).....	83
8.1.13	Ontslagverslag (kenmerk 27)	83
8.2	EPD en verpleegkundige items	84
8.2.1	BMUC-criteria.....	84
8.2.2	Verpleegkundige items	85
9	Conclusie	86
10	Bijlagen.....	89
11	Bibliografie	113



Lijst van de figuren

<i>Figuur 1: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens aangerekende nomenclatuurcode</i>	<i>17</i>
<i>Figuur 2: Incomplete lijst van andere aangerekende nomenclatuurcodes.....</i>	<i>19</i>
<i>Figuur 3: Verdeling van de aangerekende ingrepen, weergegeven per ziekenhuis</i>	<i>20</i>
<i>Figuur 4: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens geslacht</i>	<i>21</i>
<i>Figuur 5: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens geslacht, weergegeven per ziekenhuis.....</i>	<i>22</i>
<i>Figuur 6: Aantal en percentage van bariatrische ziekenhuisverblijven per categorie van gecodeerde BMI</i>	<i>23</i>
<i>Figuur 7: Aantal en percentage van bariatrische ziekenhuisverblijven per categorie van gecodeerde BMI, weergegeven per ziekenhuis.....</i>	<i>25</i>
<i>Figuur 8: Percentage van bariatrische ziekenhuisverblijven zonder ICD-10-BE codering van BMI, weergegeven per ziekenhuis</i>	<i>26</i>
<i>Figuur 9: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven per leeftijdscategorie</i>	<i>27</i>
<i>Figuur 10: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens leeftijd, weergegeven per ziekenhuis.....</i>	<i>28</i>
<i>Figuur 11: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens de ligduur</i>	<i>29</i>
<i>Figuur 12: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens de ligduur, weergegeven per ziekenhuis</i>	<i>30</i>
<i>Figuur 13: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het type ingreep, per gecodeerde BMI-categorie.....</i>	<i>31</i>
<i>Figuur 14: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het type ingreep, per leeftijdscategorie</i>	<i>32</i>
<i>Figuur 15: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het geslacht, per type ingreep</i>	<i>33</i>
<i>Figuur 16: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het geslacht, per categorie van gecodeerde BMI.</i>	<i>34</i>
<i>Figuur 17: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens geslacht, per leeftijdscategorie</i>	<i>35</i>
<i>Figuur 18: Aantal bariatrische ziekenhuisverblijven per leeftijdscategorie en per gecodeerde BMI-categorie</i>	<i>36</i>
<i>Figuur 19: Aantal bariatrische ziekenhuisverblijven volgens ligduur en type ingreep</i>	<i>37</i>
<i>Figuur 20: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens ligduur en bariatrische ingreep, weergegeven per ziekenhuis.....</i>	<i>38</i>
<i>Figuur 21: Percentage van bariatrische ziekenhuisverblijven met PCA-pomp, weergegeven per ziekenhuis.....</i>	<i>39</i>



<i>Figuur 22: Kenmerk 07 Geverifieerde opnamediagnose (categorie E66)</i>	48
<i>Figuur 23: kenmerk 08 BMI (medisch dossier)</i>	49
<i>Figuur 24: kenmerk 09 ICD-10-BE CODE BMI</i>	50
<i>Figuur 25: kenmerk 18 Gedocumenteerde dieetbehandeling</i>	51
<i>Figuur 26: kenmerk 19 Multidisciplinair bariatrisch overleg</i>	52
<i>Figuur 27: kenmerk 20 Echografie van het abdomen</i>	53
<i>Figuur 28: kenmerk 21 Oesofagogastroduodenoscopie</i>	54
<i>Figuur 29: kenmerk 23 Operatief protocol in overeenstemming met de nomenclatuur</i>	55
<i>Figuur 30: kenmerk 24 ICD-10-BE procedure code</i>	56
<i>Figuur 31: kenmerk 26 PCA-pomp</i>	57
<i>Figuur 32: kenmerk 27 Ontslagverslag</i>	58
<i>Figuur 33: Kenmerk 29 Register van alle bariatrische ingrepen</i>	59
<i>Figuur 34: Unieke patiëntidentificatie en –beschrijving, vergelijking tussen het onderzoek van de FOD VVVL en de actuele geaudite situatie</i>	61
<i>Figuur 35: E-voorschrift, vergelijking tussen het onderzoek van de FOD VVVL en de actuele geaudite situatie</i>	62
<i>Figuur 36: Geautomatiseerde communicatie met HUB's en interactie met e-Health, vergelijking tussen het onderzoek van de FOD VVVL en de actuele geaudite situatie</i>	63
<i>Figuur 37: Verdeling van de bariatrische verblijven met heringrepen</i>	72
<i>Figuur 38: Laagste score, gemiddelde score en hoogste score voor 9 kenmerken voor de ter plaatse geaudite verblijven</i>	74

Lijst van de bijlagen

<i>Bijlage 1: Vragenlijst zorgpad bariatrische heekunde</i>	89
<i>Bijlage 2: Kenmerken van de bariatrische ziekenhuisverblijven (29 items voor analyse)</i>	92
<i>Bijlage 3: Vragenlijst BMUC en verpleegkundige item met betrekking tot de bariatrische verblijven</i>	94
<i>Bijlage 4: Algemene aankondiging Audit Ziekenhuizen</i>	97
<i>Bijlage 5: Aankondiging audit bariatrische heekunde aan de geselecteerde ziekenhuizen</i>	101
<i>Bijlage 6: Checklist audit bariatrische heekunde</i>	104
<i>Bijlage 7: Planning audit bariatrische heekunde</i>	107
<i>Bijlage 8: Andere codes van de nomenclatuur aangerekend bij een ziekenhuisverblijf ingedeeld bij een APR-DRG 403 en/of waarvan de hoofddiagnose in de categorie E66 valt en ingedeeld bij een chirurgische APR-DRG</i>	108



Lijst met afkortingen

ADH	Anonieme Daghospitalisatie
APR-DRG	All Patient Refined Diagnosis Related Groups
AZV	Anonieme Ziekenhuisverblijven
BMI	Body Mass Index
BMUC	Belgian Meaningful Use Criteria
CI	Contra-indicatie
DGEC	Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
ECG	Elektrocardiogram
EPD	Elektronisch PatiëntenDossier
ERAS	Enhanced Recovery After Surgery
FAGG	Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten Federale OverheidsDienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
FOD VVVL	Leefmilieu
GOD	Geverifieerde opname diagnose
GOR	Gastro-oesofagale reflux
H. pylori	Helicobacter pylori
HD	Hoofddiagnose
HH	Hiatushernia
ICD-10-BE	International Classification of Diseases – Tenth Revision – Belgische modificatie
ICD-10-CM	International Classification of Diseases – 10th Revision – Clinical Modification
ICD-10-PCS	International Classification of Diseases – 10th Revision – Procedure Coding System
INVR	Index of Nausea, Vomiting and Retching
IV	Intraveneus
MG-MZG	Medische Gegevens – Minimale Ziekenhuis Gegevens
MZG	Minimale Ziekenhuis Gegevens
NGV	Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen
NSAID	Niet-steroïdale ant-inflammatoire middelen
OGTT	Orale glucosetolerantietest
PCA	Patient Controlled Analgesia
RIZIV	Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
RSW	Réseau Wallon de Santé
SADI	Single Anastomosis Duodenal Ileal (bypass)
RX SMD	Radiografie Slokdarm – Maag – Duodenum
SPOC	Single point of contact
VAS	Visueel analoge-schaal
VG-MZG	Verpleegkundige Gegevens – Minimale Ziekenhuis Gegevens
#ZH	Aantal ziekenhuizen



1 Inleiding

In het kader van de ‘redesign’ van de publieke diensten heeft de regering een aantal passerelles gecreëerd tussen de federale gezondheidszorgadministraties. De dienst « Audit Ziekenhuizen » is een vrucht van de samenwerking tussen de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL), het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG).

Het auditen van ziekenhuizen is gedefinieerd als een prioritair domein waarvan het principe gedefinieerd is in het actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2018-2020. De nadruk ligt op een efficiënt gebruik van de financiële middelen in de gezondheidszorg.

De samenwerking tussen de federale diensten heeft enerzijds tot doel de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren door de transparantie en de eenvoud van het toezicht door de verschillende overheidsdiensten te verhogen en anderzijds hiermee de efficiëntie en de doeltreffendheid van het toezicht op het volledig zorgproces te verbeteren. In deze context worden alle aspecten van het toezicht van de drie federale instellingen tijdens één enkel bezoek toegepast om het toezicht efficiënter, eenvoudiger en transparanter te maken.

De dienst Audit Ziekenhuizen is in een fase van ‘Proof of Concept’. De methodologie bevindt zich in een experimenteel stadium, met als doel de haalbaarheid van het project aan te tonen en zo nodig bij te sturen.



2 Algemene doelstellingen

Het objectief van de dienst Audit Ziekenhuizen is enerzijds bijdragen aan de verbetering van de kwaliteit van de gezondheidszorg met een optimale besteding van de overheidsmiddelen, en anderzijds, toezicht te houden op de naleving van de vigerende reglementering.

In deze context auditen we het algemene werkproces, de toepassing van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (NGV) en de ICD-10-BE¹ coderingsrichtlijnen aan de hand van een aantal geselecteerde patiëntendossiers. Op deze manier analyseren we het gehele zorgpad (medisch, verpleegkundig, farmacologisch). We benadrukken de sterke punten van het ziekenhuis alsook de punten die voor verbetering vatbaar zijn.

De ziekenhuisaudits kunnen aanleiding geven tot verbeterprojecten op niveau van de ziekenhuizen en de zorgverleners, waarbij de nadruk ligt op communicatie, feedback en monitoring. Anonieme benchmarkinganalyse laat de ziekenhuizen toe om zich ten opzichte van elkaar positioneren in termen van beleid en klinische praktijk.

¹ De term "ICD-10-BE" wijst op het gecombineerde gebruik van de codes van de ICD-10 Clinical Modification (ICD-10-CM) et ICD-10 Procedure Coding System (ICD-10-PCS) classificatie in het kader van de registratie van de Minimale ZiekenhuisGegevens (MZG) in België.



3 Specifieke doelstellingen

Bariatrische heelkunde is het onderwerp van de eerste thematische audit.

De laatste jaren zien we een aanzienlijke toename van obesitas en de hiermee geassocieerde comorbiditeiten. Deze toename brengt een aanzienlijke financiële belasting voor de sociale zekerheid met zich mee. Heelkunde is een van de mogelijke behandelingen voor obesitas, waarvan de financiële impact, evenals de kosten van eventuele per- en postoperatieve complicaties in rekening genomen worden.

Dit soort heelkunde is onderworpen aan een aantal criteria volgens de internationale richtlijnen en de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Het doel van deze audit is enerzijds om de verschillende aspecten van het multidisciplinair zorgpad van de obese patiënt, opgenomen voor bariatrische heelkunde, te belichten en anderzijds om de naleving van de NGV-regels (nomenclatuur) en de MZG-codering te beoordelen aan de hand van de patiëntendossiers die voor het jaar 2016 zijn geselecteerd. Een benchmarking aan de hand van een analyse van de gekoppelde gegevens stelt ziekenhuizen in staat om hun werkmethoden te vergelijken.

De dienst «Audit Ziekenhuizen» verwijst naar de vigerende wetgeving en regels van 2016, in verband met bariatrische heelkunde :

- Het codeerhandboek ICD-10-BE dat van toepassing was voor het registratiejaar 2016 voor de Medische Gegevens van de Minimale Ziekenhuis Gegevens (MG-MZG);
- Het codeerhandboek van de Verpleegkundige Gegevens van de Minimale Ziekenhuis Gegevens (VG-MZG) versie 1.6, januari 2011;
- De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (bijlage bij KB van 14 september 1984) te vinden op de website van het RIZIV, en in het bijzonder het art. 14d;
- De reglementaire teksten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (bijlage verordening geneeskundige verzorging 28 juli 2003), art. 22bis, 22ter. (notificatie en registratie van een bariatrische ingreep) ;
- De gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen van 10 juli 2008.



4 Methodologie

De methodologie van deze audit bariatrische heelkunde bestaat uit drie fasen:

- De voorbereidingsfase, gebaseerd op :
 - o De analyse van de federale gekoppelde gegevens;
 - o Het opstellen van vragenlijsten om het zorgpad, de verblijven bariatrische heelkunde en bepaalde verpleegkundige items (met betrekking tot bariatrische heelkunde) en de Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) te bestuderen;
 - o De praktische voorbereiding voor de terreinaudits.
- De observatiefase met de terreinaudits. Tijdens de terreinaudits wordt het zorgpad van de obese patiënt in de instelling bestudeerd, en wordt de naleving van nomenclatuurregels en de coderingsprocedures (MG-MZG en VG-MZG) nagekeken.
- De opvolgingsfase bestaat uit :
 - o Het opstellen van een gepersonaliseerd en tegensprekelijk verslag van de observaties genoteerd tijdens de audit, bestemd voor het geaudite ziekenhuis;
 - o Het opstellen van een algemeen geanonimiseerd rapport gebaseerd op de analyse van de gegevens, bestemd voor alle ziekenhuizen, met de toekenning van een identificatiesleutel die aan elk bezocht ziekenhuis wordt overhandigd, zodat het zich ten opzichte van de andere ziekenhuizen kan positioneren;
 - o Opgemerkt dient te worden dat na de fase van 'Proof Of Concept', voor volgende auditcycli, aangepaste en tegensprekelijke rapporten met, indien nodig, verbeteringsprojecten naar de geaudite ziekenhuizen zullen worden gestuurd.



4.1 Preoperatief

4.1.1 Federale gekoppelde gegevens

De technische cel² van het RIZIV verzamelt MZG van de FOD VVVL en facturatiegegevens van de Anonieme ziekenhuisverblijven (AZV) en de Anonieme daghospitalisatie (ADH) van de algemene ziekenhuizen die door de verzekeringsinstellingen worden doorgegeven.

Uit deze federale gekoppelde gegevens werden de bariatrische ziekenhuisverblijven, met uitzondering van de verblijven in het dagziekenhuis, met een ontslagdatum in 2016, geselecteerd op basis van de volgende criteria:

- ❖ Aanrekening van een van de volgende nomenclatuurcodes :
 - 241780 : « Reducerende gastroplastie (Mason, Sleeve) (ter behandeling van obesitas) »
 - 241824 : « Reducerende gastroplastie door plaatsen van een aanpasbare maagring ("gastric banding") (ter behandeling van obesitas) »
 - 241846 : « Reducerende gastroplastie met bileopancreatische of gastro-jejunaal diversie (Scopinaro, gastric bypass, duodenal switch) (ter behandeling van obesitas) »

En/of

- ❖ Verblijven die ingedeeld zijn in APR-DRG (All Patient Refined - Diagnosis Related Groups) 403 (procedures voor obesitas) en/of
- ❖ Verblijven met een hoofddiagnose (HD) uit categorie E66 (Overweight and obesity) en ingedeeld in een chirurgische APR-DRG.

De 97 van de 101 Belgische ziekenhuizen die aan deze criteria voldoen, worden gerangschikt op basis van het aantal bariatrische ziekenhuisverblijven per ziekenhuis. Dertig Belgische ziekenhuizen, namelijk deze met het grootste aantal bariatrische ziekenhuisverblijven, worden geselecteerd.

Van deze 30 ziekenhuizen zijn er 19 willekeurig geselecteerd voor een audit ter plaatse. Door een schatting te maken van de tijd die nodig is om een dossier te analyseren, hebben we voor elk van deze ziekenhuizen willekeurig 12 bariatrische verblijven geselecteerd uit de verblijven met VG-MZG.

De ziekenhuizen waarvan een verstrekker betrokken is bij een lopend individueel of thematisch controleonderzoek over bariatrische heelkunde op federaal niveau, tijdens de geaudite periode, werden uit de selectie uitgesloten.

² Technische Cel <https://tct.fgov.be/webetct/etct-web/>



4.1.2 Vragenlijsten en voorbereiding van het auditbezoek ter plaatse

4.1.2.1 ZORGPAD

We ontwikkelde een vragenlijst om de verschillende aspecten van het zorgpad van de obese patiënt, opgenomen voor bariatrische heelkunde, te belichten. De items in deze vragenlijst zijn het resultaat van een reflectie naar aanleiding van een literatuuronderzoek gericht op aanbevelingen en bariatrische nomenclatuurregels. Het is onderverdeeld in 4 delen volgens de verschillende fasen van de patiëntbegeleiding: preoperatief, peroperatief, postoperatief in het ziekenhuis en postoperatief na het ziekenhuisverblijf (zie bijlage 1).

4.1.2.2 BARIATRISCHE VERBLIJVEN

Elk bariatrisch verblijf werd geëvalueerd aan de hand van een vragenlijst (zie Bijlage 2), waarvan de items gebaseerd zijn op de huidige regelgeving :

- De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (NVG als bijlage bij het Koninklijk Besluit van 14 september 1984), en in het bijzonder artikel 14d;
- De verordening geneeskundige verzorging (VGV van 28 juli 2003), art. 22bis, 22ter (notificatie en registratie van een bariatrische ingreep);
- De ICD-10-BE coderingsrichtlijnen (codeerhandleiding die sinds 1 januari 2015 van kracht is ter registratie van de medische gegevens van de MZG);
- De gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere zorginstellingen van 10 juli 2008.

De vragenlijst en de verblijfsnummers van de te bespreken verblijven werden respectievelijk 2 weken en 2 werkdagen voor de audit ter plaatse per e-mail naar de instelling verzonden.

4.1.2.3 VRAGENLIJST BMUC EN VERPLEEGKUNDIGE ITEMS

Een vragenlijst over de BMUC en diverse verpleegkundige items aangaande bariatrische heelkunde werd 2 weken voor de afgesproken datum van de terreinaudit naar het ziekenhuis gestuurd (zie bijlage 3).



De vragen rond de BMUC richten zich op bepaalde aspecten van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) in kader van e-Health³ en de implementatie van een EPD in de Belgische ziekenhuizen.

De vragen met betrekking tot de verpleegkundige gegevens zijn gebaseerd op de Codeerhandleiding van MZG-verpleegkundige gegevens (VG-MZG), officiële versie 1.6, januari 2011.

Aan de ziekenhuizen werd gevraagd om de antwoorden voor de audit ter plaatse per e-mail te verzenden.

Bij de ziekenhuizen waar een audit van verpleegkundige items was gepland, werd een vergelijkende voorafgaande analyse van de registratie op nationaal niveau uitgevoerd.

4.1.2.4 VOORBEREIDING VAN HET BEZOEK TER PLAATSE

We hebben per e-mail en per post een aankondigingsbrief van de audit bariatrische heelkunde in België verstuurd naar elk ziekenhuis dat bariatrische heelkunde uitvoert (zie bijlage 4). De brief informeerde de ziekenhuizen over de algemene en specifieke doelstellingen van het project en de methodologie ervan.

De volgende documenten hebben we enkele weken voor de audit ter plaatse per e-mail naar de ziekenhuizen verstuurd:

- Een brief ter aankondiging van de audit ter plaatse, ter attentie van de algemeen directeur van de geselecteerde ziekenhuizen (zie bijlage 5). Deze brief informeerde het ziekenhuis over de algemene en specifieke doelstellingen van het project, de methode voor de selectie van de ziekenhuizen en de bariatrische ziekenhuisverblijven, en over de praktische details van het auditbezoek. We hebben gevraagd om binnen het ziekenhuis een contactpersoon (single point of contact, SPOC) aan te stellen om het goede verloop van de audit ter plaatse te verzekeren.
- Een in te vullen checklist die algemene informatie over de dienst bariatrische heelkunde en de contactgegevens van de betrokken personen verzamelt, om de communicatie tussen het auditteam en het ziekenhuis te vergemakkelijken (zie bijlage 6). Deze checklist werd teruggestuurd naar het auditteam tezamen met, zoals gevraagd, alle beschikbare documentatie die kan bijdragen tot de voorbereiding van de audit ter plaatse (bv. beschikbare procedures, informatiebrochures, gebruikte aanbevelingen voor goede praktijk, enz.)
- De dagindeling van de audit bariatrische heelkunde in het ziekenhuis, ter attentie van de SPOC (zie bijlage 7).

³ Actieplan e-Gezondheid, 2019-2021 ondertekend op 28/01/2018, vervolg van het actieplan 2013-2018
https://www.ehealth.fgov.be/file/view/AWjHQ9zDgwwToiwBkf13?filename=Actieplan%202019-2021%20e-Gezondheid_final.pdf



4.2 Observatie

4.2.1 Audit van het zorgpad

Het auditteam maakte kennis met de teams bariatrische heelkunde in de geselecteerde ziekenhuizen. De verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij het zorgpad van de obese patiënt in het ziekenhuis (chirurgen, verpleegkundigen, zorgkundigen, diëtisten, psychologen, administratief medewerkers, enz.), hebben de vragen van de auditoren over het zorgpad beantwoord. Verschillende aspecten van het bariatrische zorgpad werden belicht.

Sommige ziekenhuizen hebben tijdens het auditbezoek aanvullende documenten aan de auditoren verstrekt om hun antwoorden op de vragen over het bariatrische zorgpad te illustreren.

Suggesties en overwegingen van de medewerkers van de ter plaatse geauditte bariatrische teams werden door de auditoren genoteerd (zie punt 6, Samenvatting van alle suggesties van de geauditte ziekenhuizen).

4.2.2 Verpleegkundige items

De ziekenhuizen die in aanwezigheid van een verpleegkundig auditeur werden geaudit, beantwoordden de vragenlijst met betrekking tot de verpleegkundige items die in het kader van de bariatrische heelkunde zouden kunnen worden gescoord in het licht van de huidige situatie, om de verbeteringen die in het kader van de geauditte dossiers voor het referentiejaar 2016 werden aangebracht, te kunnen benadrukken.

Er is geen hercodering van de verpleegkundige dossiers uitgevoerd, maar de observaties hebben toegelaten om enkele fouten in de interpretatie van de codeerregels van bepaalde verpleegkundige items te identificeren. Er werden aanvullende indicaties vooropgesteld om de kwaliteit van de codering te verbeteren in overeenkomst met de specifieke codeerregels.

4.2.3 Audit van de 12 bariatrische ziekenhuisverblijven

We hebben de bariatrische verblijven geanalyseerd in aanwezigheid van de MZG-arts en bij de meeste audits ook in aanwezigheid van een chirurg en de medisch directeur. Het doel van deze dossieranalyse is om de concordantie tussen de dossierkenmerken, de naleving van de regels van de NGV en de MZG-codering te verifiëren, maar ook om via het patiëntendossier het zorgpad van de obese patiënt, opgenomen voor bariatrische heelkunde, te visualiseren.

Voor de 12 geselecteerde bariatrische verblijven hebben we 29 kenmerken van het patiëntendossier geanalyseerd aan de hand van de verschillende verslagen in de patiëntendossiers.



4.3 Follow-up

4.3.1 Verslag van het auditbezoek

De 19 ter plaatse geauditte ziekenhuizen hebben een gepersonaliseerd tegensprekelijk verslag ontvangen met de observaties van de audit. Het verslag omvat:

- Informatie over het zorgpad van de obese patiënt ;
- De eventuele opmerkingen en suggesties van de ziekenhuizen ;
- De analyse van de EPD-vragenlijst ;
- De analyse van de vragenlijst van de verpleegkundige items ;
- De observaties met betrekking tot de analyse van de patiëntendossiers van de geselecteerde bariatrische verblijven.

Het verslag was vergezeld van een feedbackdocument betreffende de VG-MZG met betrekking tot bariatrische heelkunde (registratiejaar 2016).

We hebben aan de ziekenhuizen gevraagd om hun eventuele opmerkingen te formuleren betreffende het verslag, binnen de 14 dagen na ontvangst van het verslag. In het geval van antwoord werd een nieuw verslag naar het ziekenhuis gestuurd met daarin de opmerkingen verwerkt.

4.3.2 Algemeen rapport

Het algemeen rapport met geanonimiseerde gegevens, gebaseerd op de analyse van alle gegevens en observaties, is bestemd voor alle ziekenhuizen.

De algemene resultaten zijn gebaseerd op de analyse van de federale gekoppelde gegevens. Het bevat de resultaten van de 97 Belgische ziekenhuizen met ziekenhuisverblijven die voldoen aan de hierboven gedefinieerde selectiecriteria. Deze ziekenhuizen krijgen een identificatiesleutel om zich ten opzichte van elkaar te kunnen positioneren.

De resultaten met betrekking tot het zorgpad zijn gebaseerd op de analyse van de audit ter plaatse bij de 19 geselecteerde ziekenhuizen. Het aantal antwoorden kan per item verschillen, afhankelijk van het aantal ziekenhuizen die een antwoord hebben gegeven met de betrekking tot het item.

De resultaten van de analyse van de 12 bariatrische verblijven worden per item en per geaudit ziekenhuis voorgesteld. De items zijn gebaseerd op de terugbetalingscriteria en de coderingsregels voor bariatrische heelkunde. Aan elk ziekenhuis wordt een score toegekend die het gemiddelde van de scores van de geauditte verblijven weergeeft. Er dient opgemerkt te worden dat de ziekenhuisverblijven die niet overeenkomen met een bariatrische ingreep, niet in de score zijn opgenomen.

De gemiddelde scores van alle geauditte ziekenhuizen worden weergegeven in een radargrafiek (zie punt 8, Discussie).



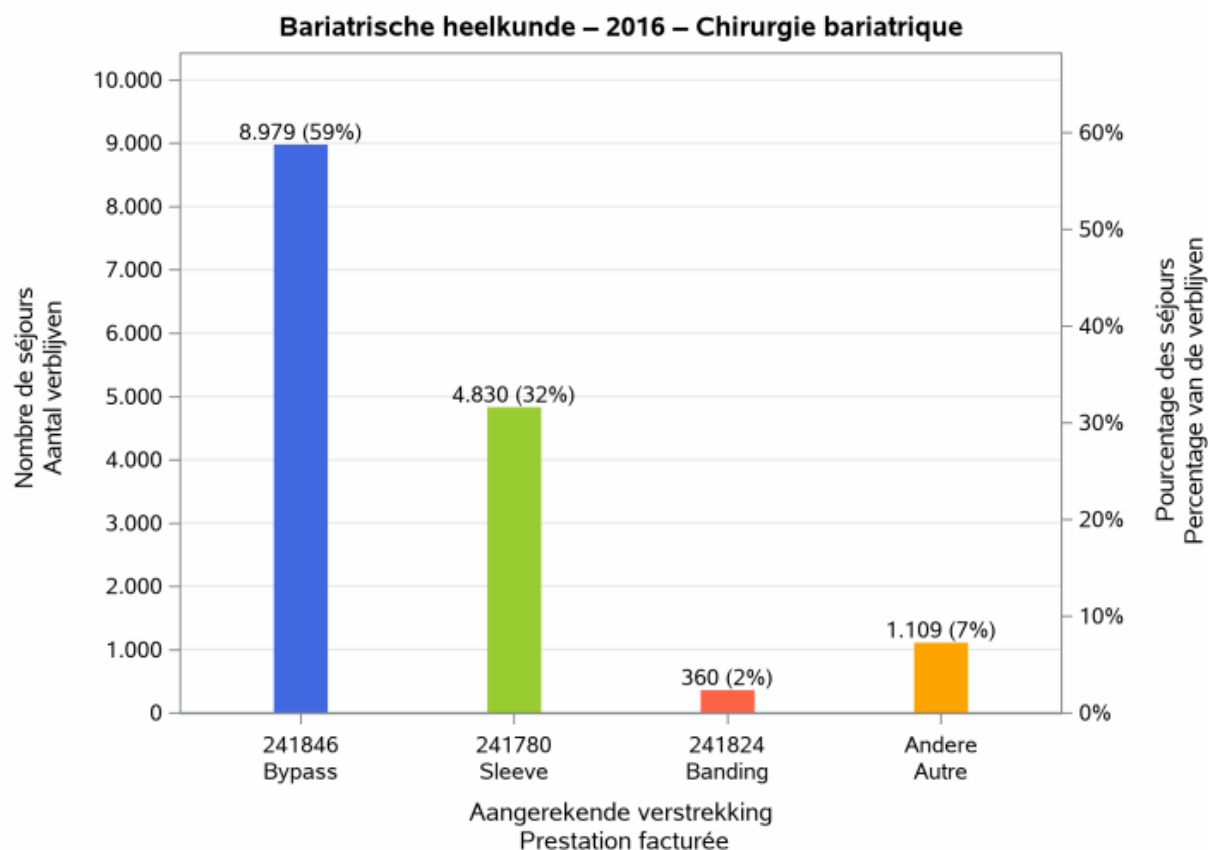
5 Resultaten

5.1 Algemene resultaten

We realiseerden de selectie van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens de hierboven beschreven methodologie en met behulp van de federale gekoppelde gegevens van de 97 Belgische ziekenhuizen. De selectie resulteerde in 15.278 bariatrische ziekenhuisverblijven. De geanonimiseerde resultaten van de analyse van deze gegevens worden hieronder algemeen en per ziekenhuis weergegeven.

5.1.1 Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens aangerekende nomenclatuurcode

De 'gastric bypass' was in 2016 de meest uitgevoerde bariatrische ingreep (8.979 ingrepen, of 59% van de verblijven), gevolgd door de 'Sleeve' (4.830 ingrepen, of 32% van de verblijven) en de 'gastric banding' (360 ingrepen, of 2% van de verblijven). De aanrekening van andere nomenclatuurcodes vertegenwoordigt 7% van de verblijven (fig. 1).



Figuur 1: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens aangerekende nomenclatuurcode



De andere aangerekende nomenclatuurcodes die ten minste 1% van de verblijven vertegenwoordigen, zijn gedeeltelijk in de onderstaande tabel weergegeven (fig. 2). Laten we herhalen dat dit codes zijn die worden aangerekend voor verblijven die zijn ingedeeld in een APR-DRG 403 en/of waarvan de hoofddiagnose (geverifieerde opname diagnose) ingedeeld is in categorie E66 (Overweight and obesity) en die zijn ingedeeld in een chirurgisch APR-DRG. De nomenclatuurcodes in de tabel komen overeen met de duurste verstrekking van het verblijf die door de ziekteverzekering werd vergoed. De verstrekking met rangnummer 241043 "Middenrijs- of hiatushernia langs abdominale weg" werd in 25% van de gevallen aangerekend. De volledige lijst van deze 90 codes is opgenomen in bijlage 8.

Nr.NGV	De omschrijving van de verstrekking	Aantal
241043	Middenrijs- of hiatushernia langs abdominale weg	279
588302	Honorarium voor het pathologisch-anatomisch onderzoek, door inclusie en coupe, van zoveel prelevementen als nodig, ongeacht het aantal coupes en ongeacht het aantal onderzochte organen en met inbegrip van het eventueel macroscopisch onderzoek, voor volgende operatiestukken : - partiële mamectomie met okselklier uitruiming, - totale mamectomie met of zonder okselklier uitruiming, - partiële of totale pneumectomie, - partiële of totale slokdarmresectie, - bilaterale lies klierevidement, - lymfeklierevidement van 2 of meerdere groepen halsklieren, - tumorectomie van de mondbodem met of zonder mandibulectomie, - tumorectomie van het verhemelte met of zonder maxillectomie, - totale maxillectomie, - partiële of totale gastrectomie, - dunne darm resectie, - partiële of totale colectomie, - duodenopancreatetectomie, - radicale, totale of subtotale hysterectomie, - abdominoperineale resectie, - partiële of totale laryngectomie, - totale cystectomie, - totale penisamputatie, - totale nefrectomie, - totale prostatectomie (met zaadblaasjes), - hartresectie, - hart long blok, - totale hepatectomie, - totale pelvectomie, - totale vulvectomie, - foetus van 14 tot en met 24 weken	85
473060	Onderzoek van het hogere spijsverteringskanaal door middel van endoscopie	84
241463	Totale gastrectomie met oesofago-jejunale anastomose of subtotale gastrectomie met herstellen van de transit, door interpositie van een darmsegment	75
200104	Anesthesie verricht tijdens een verstrekking : Gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 390 of N 650 of I 750 en hoger dan K 300 of N 500 of I 600	71
243246	Segmentaire resectie van de dunne darm	47
241544	Resectie van de maag of reducerende gastroplastiek zonder onderbreking van de continuïteit	41
202344	Forfaitair honorarium voor het opstarten, de programmering en dagelijkse supervisie en registratie, door een arts-specialist in de anesthesie-reanimatie, van een patiënt-gecontroleerde analgesie-pompPCA (patient controlled analgesia) voor toediening van morfinomimetica en eventueel co-analgetica via intraveneuze weg (PCIA, patientcontrolled intravenous analgesia), postoperatief en/of na polytrauma, inclusief het gebruikte materieel en exclusief de gebruikte farmaca. DePCA-pomp moet toelaten volgende 4 parameters te programmeren : continue snelheid, PCA-dosis, PCA-blokkering en tijdslijm.	32
241485	Subtotale gastrectomie	30
243644	Exploratieve laparotomie	28
241566	Degastro-gastrectomie	28
243342	Ingreep wegens darmobstructie (exclusief beklemde hernia)	25
241286	Exeresis van uitgebreide vetschort met functionele hinder : Resectie met huidplastiek en transpositie van de navel	20
451441	Radiografie van de oesofagus (minimum vier clichés) en van de maag en duodenum in serie (minimum zes clichés) met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten	19
243283	Entero-anastomose	19



Nr.NGV	De omschrijving van de verstrekking	Aantal
460784	Medische beeldvorming - Radiologie, artikel 17, forfaitair honorarium inzake medische beeldvorming per opname	19
350523	** Laparoscopie, zonder afname voor biopsie, inclusief pneumoperitoneum	15
242465	Cholecystectomie	14
200200	Anesthesie verricht tijdens een verstrekking : Gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 240 of N 400 of I 450 en hoger dan K 180 of N 300 of I 350	14
591080	Forfaitair honorarium, betaalbaar per opname in een algemeen ziekenhuis, met uitzondering van de T-diensten of per dag die recht geeft op het maxiforfeit of dagziekenhuisforfait voor één van onderstaande ingrepen uit de limitatieve lijst, voor zover het laboratorium : a) als medisch-technische dienst is opgenomen in een ziekenhuis of groepering van ziekenhuizen zoals gedefinieerd in hoofdstuk III van het koninklijk besluit van 30 januari 1989; b) als medisch-technische dienst is opgenomen in een ziekenhuis dat beschikt over een volgens hoofdstuk III van het koninklijk besluit van 21 maart 2003 erkend zorgprogramma oncologie; c) erkend is voor alle disciplines van de klinische biologie, eventueel met uitsluiting van de pathologische anatomie; d) 24 uur per dag de continuïteit verzekert in samenwerking met de eenheden voor intensieve verzorging en de wachtdienst van het ziekenhuis; e) in zijn personeelsformatie minstens 4 equivalent voltijdse biologen heeft, van wie minstens 1 geneesheer-specialist of een apotheker of een licentiaat in de wetenschappen die beiden een opleiding van ten minste vijf jaar moeten hebben gevolgd, overeenkomstig de bepalingen van de bijlage bij het ministerieel besluit van 3 september 1984 tot vaststelling van de criteria voor de machtiging en de erkenning van de apothekers die bevoegd zijn om verstrekkingen te verrichten die tot de klinische biologie behoren	14

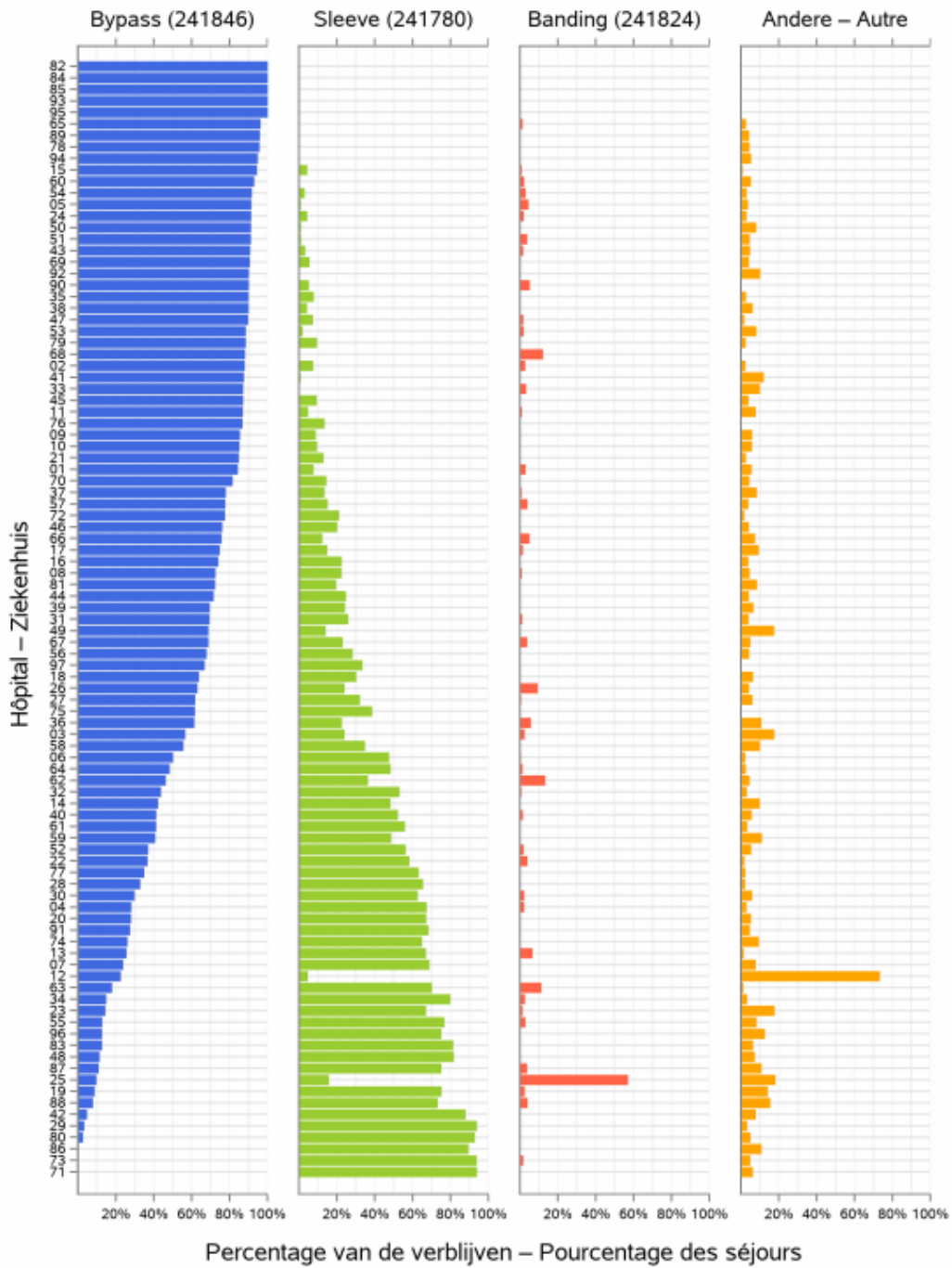
Figuur 2: Incomplete lijst van andere aangerekende nomenclatuurcodes

De analyse van de gegevens per ziekenhuis (fig. 3) toont dat ziekenhuizen de voorkeur geven aan een bepaalde techniek, voornamelijk de 'gastric bypass' of de 'Sleeve'. Slechts één ziekenhuis gaf de voorkeur aan 'gastric banding' en rekende deze techniek aan bij 60% van de bariatrische verblijven.

De aanrekening van andere nomenclatuurcodes dan de 3 bariatrische ingrepen is kenmerkend voor één ziekenhuis (bijna 70% van de codes die aangerekend zijn onder APR-DRG 403).



Bariatrische heelkunde – 2016 – Chirurgie bariatrique
Verdeling van de types ingrepen binnen elk ziekenhuis
Répartition des types d'intervention au sein de chaque hôpital

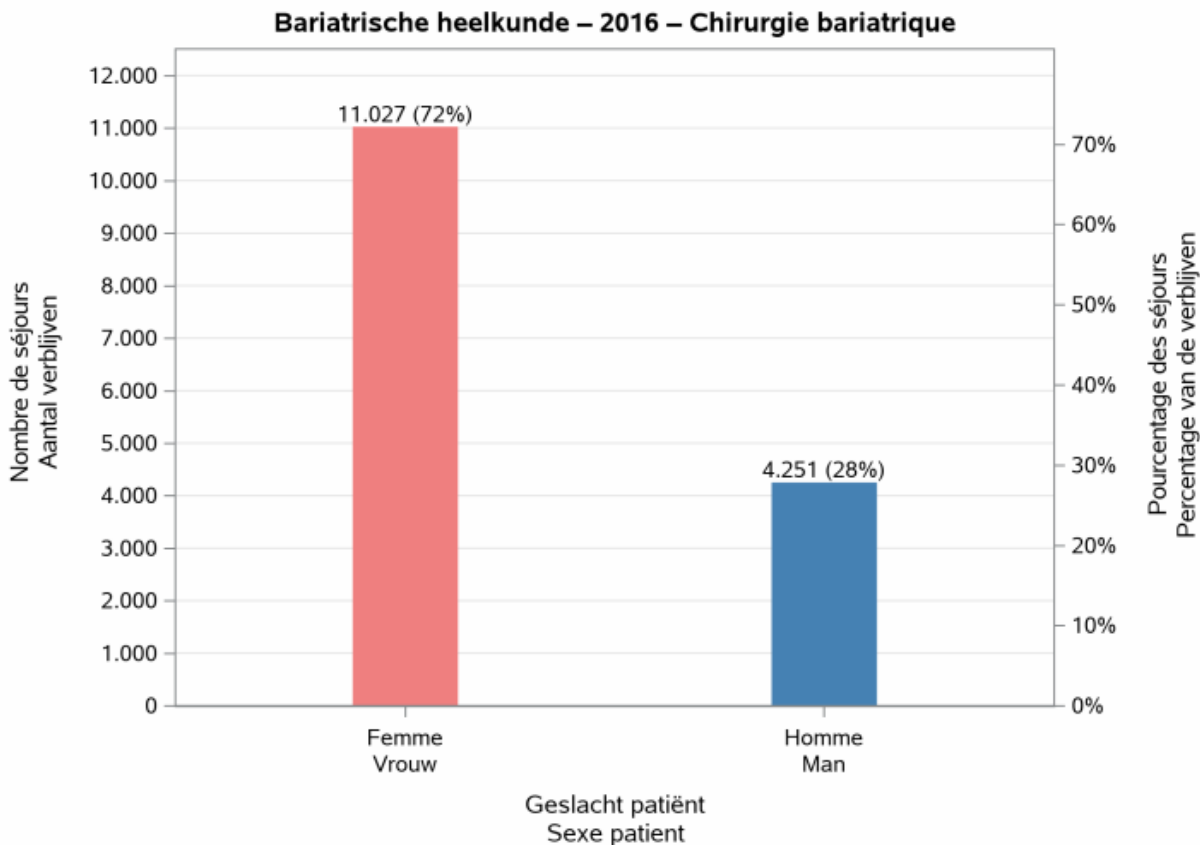


Figuur 3: Verdeling van de aangerekende ingrepen, weergegeven per ziekenhuis



5.1.2 Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens geslacht

De analyse van de verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens geslacht (fig. 4) toont aan dat meer vrouwen dan mannen een bariatrische ingreep ondergaan, respectievelijk 72% en 28%.

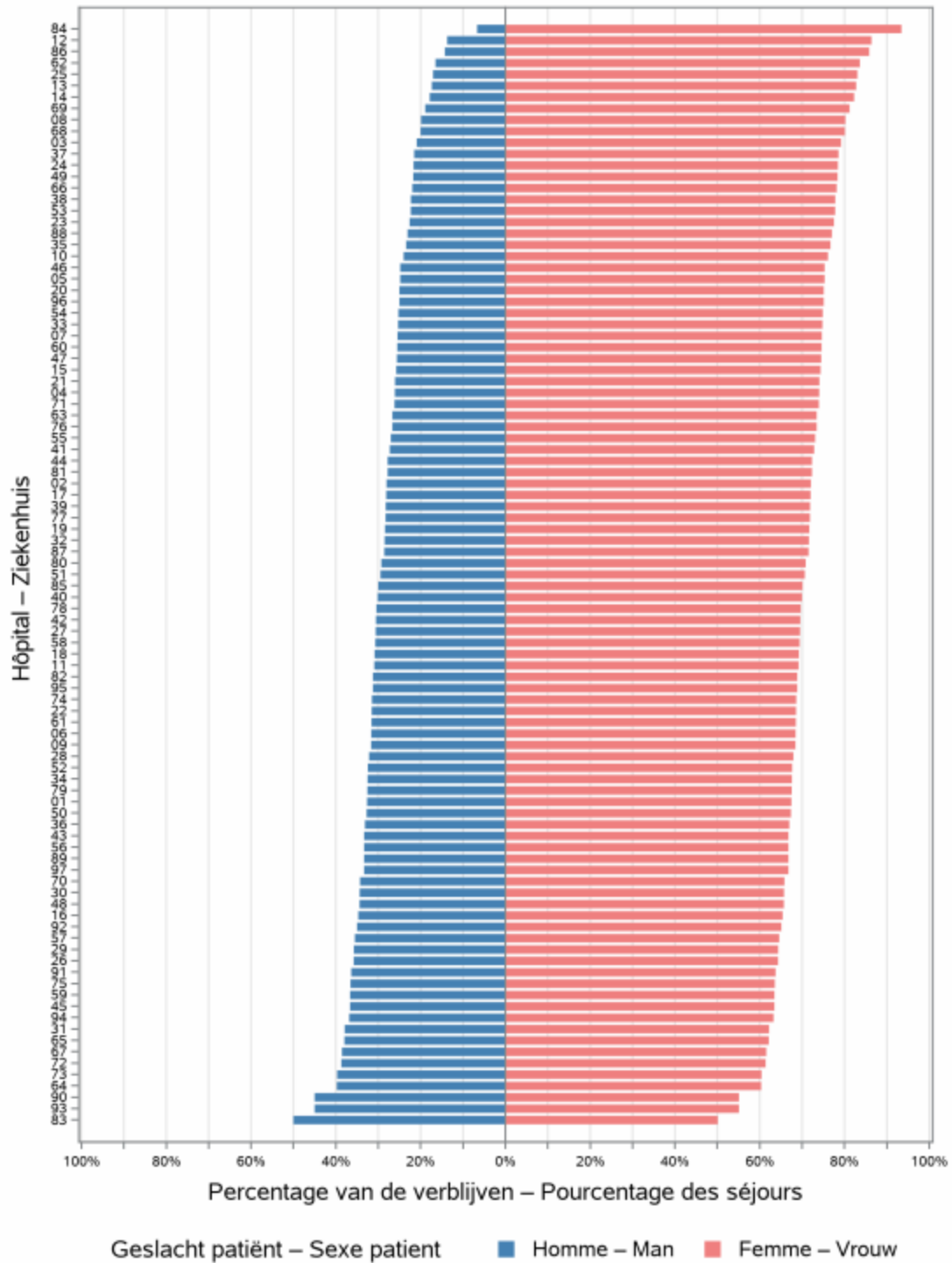


Figuur 4: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens geslacht

De resultaten per ziekenhuis, weergegeven in de grafiek (fig. 5), bevestigen deze trend, maar in verschillende verhoudingen. In één ziekenhuis ziet men een gelijke verdeling van de bariatrische ingrepen tussen de twee geslachten. In het andere ziekenhuis zijn er meer vrouwelijke dan mannelijke patiënten. In één ziekenhuis zijn iets meer dan 90% van de patiënten die een bariatrische ingreep ondergaan vrouwen.



Bariatrische heelkunde – 2016 – Chirurgie bariatrique
Verdeling man-vrouw binnen elk ziekenhuis
Répartition homme-femme au sein de chaque hôpital



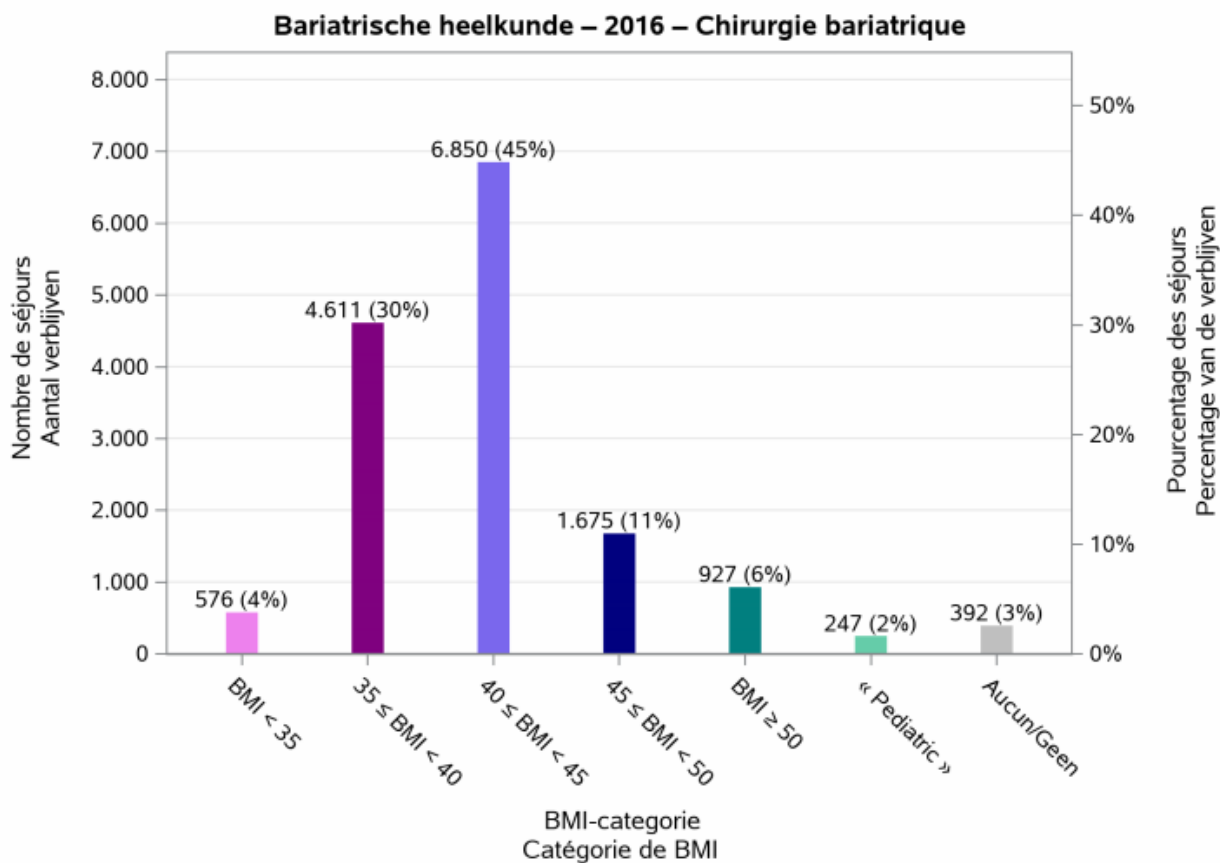
Figuur 5: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens geslacht, weergegeven per ziekenhuis



5.1.3 Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven per categorie van gecodeerde Body Mass Index

Het aantal en percentage bariatrische ingrepen per categorie van gecodeerde Body Mass Index (BMI) zijn weergegeven in de onderstaande grafiek (fig. 6). Merk op dat volgens de coderingsregel de "pediatrische" BMI gebruikt wordt voor patiënten van 2 tot 20 jaar. Een bariatrische ingreep is aanrekenbaar vanaf 18 jaar.

Vijfenzeventig procent van de bariatrische ingrepen wordt uitgevoerd bij patiënten met BMI 40.0-44.9 (6.850 bariatrische verblijven, of 45%) en BMI 35-39,9 (4.611 bariatrische verblijven, of 30%). We merken op dat bij 17% van de patiënten die een bariatrische ingreep hebben ondergaan, een BMI van 45 of meer werd gecodeerd op het moment van het verblijf. Tot slot is de BMI in 3% van de gevallen niet gecodeerd. De 30% verblijven van patiënten met een BMI 35-39,9 veronderstellen de aanwezigheid van een comorbiditeit (diabetes, hypertensie, slaapapneusyndroom) of dat het een heringreep betreft.



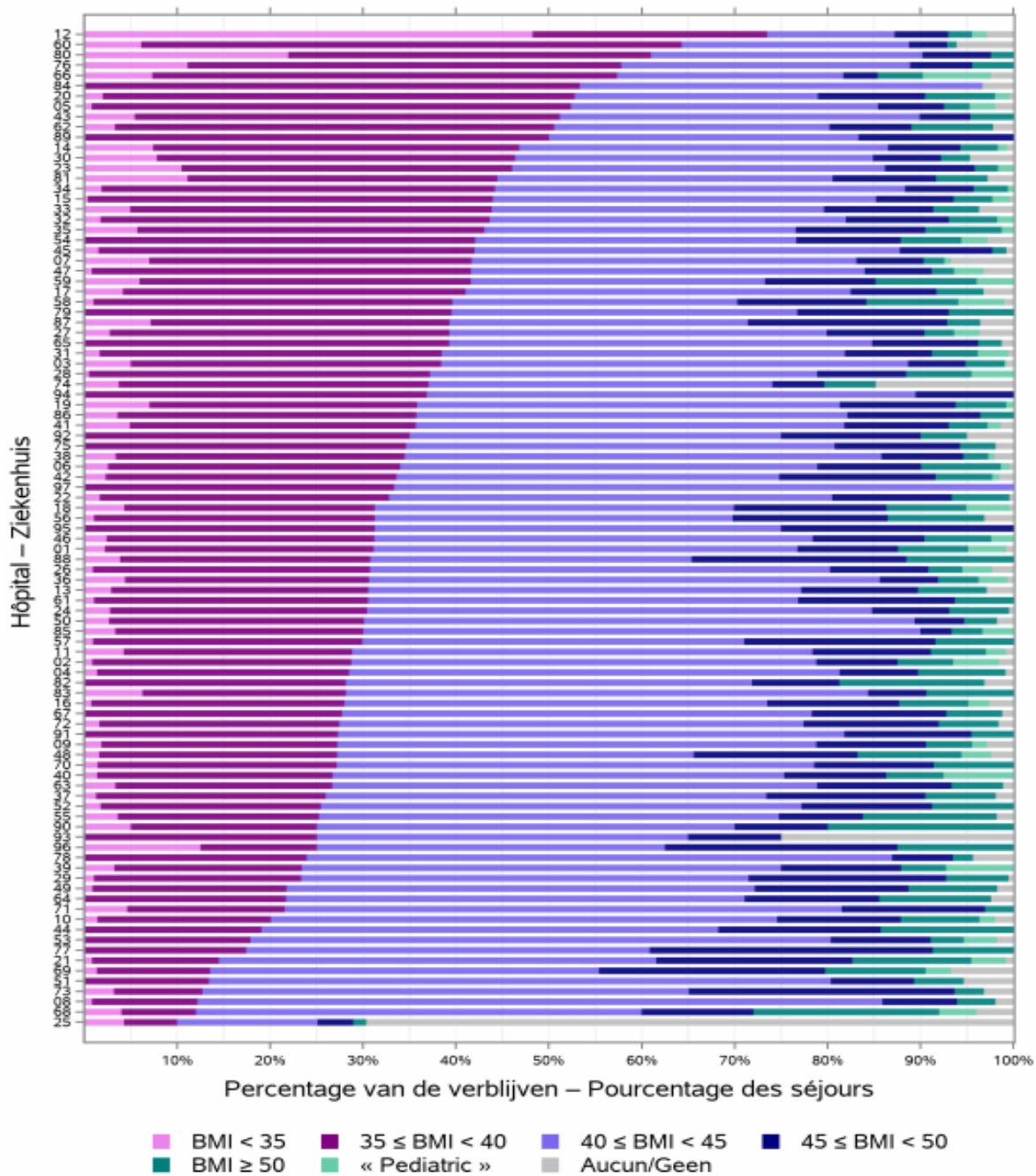
Figuur 6: Aantal en percentage van bariatrische ziekenhuisverblijven per categorie van gecodeerde BMI



De resultaten die worden weergegeven in figuur 7, namelijk het aantal en het percentage van bariatrische ziekenhuisverblijven per categorie van gecodeerde BMI, weergegeven per ziekenhuis, tonen dezelfde trend. De categorie BMI 40-44,9 is het meest vertegenwoordigd. De verdeling is echter van ziekenhuis tot ziekenhuis verschillend. Sommige ziekenhuizen hebben een hoog percentage van de verblijven met BMI-categorie 35-39,9. In een ander ziekenhuis werd bij ongeveer 50% van de verblijven een BMI van minder dan 35 gecodeerd.

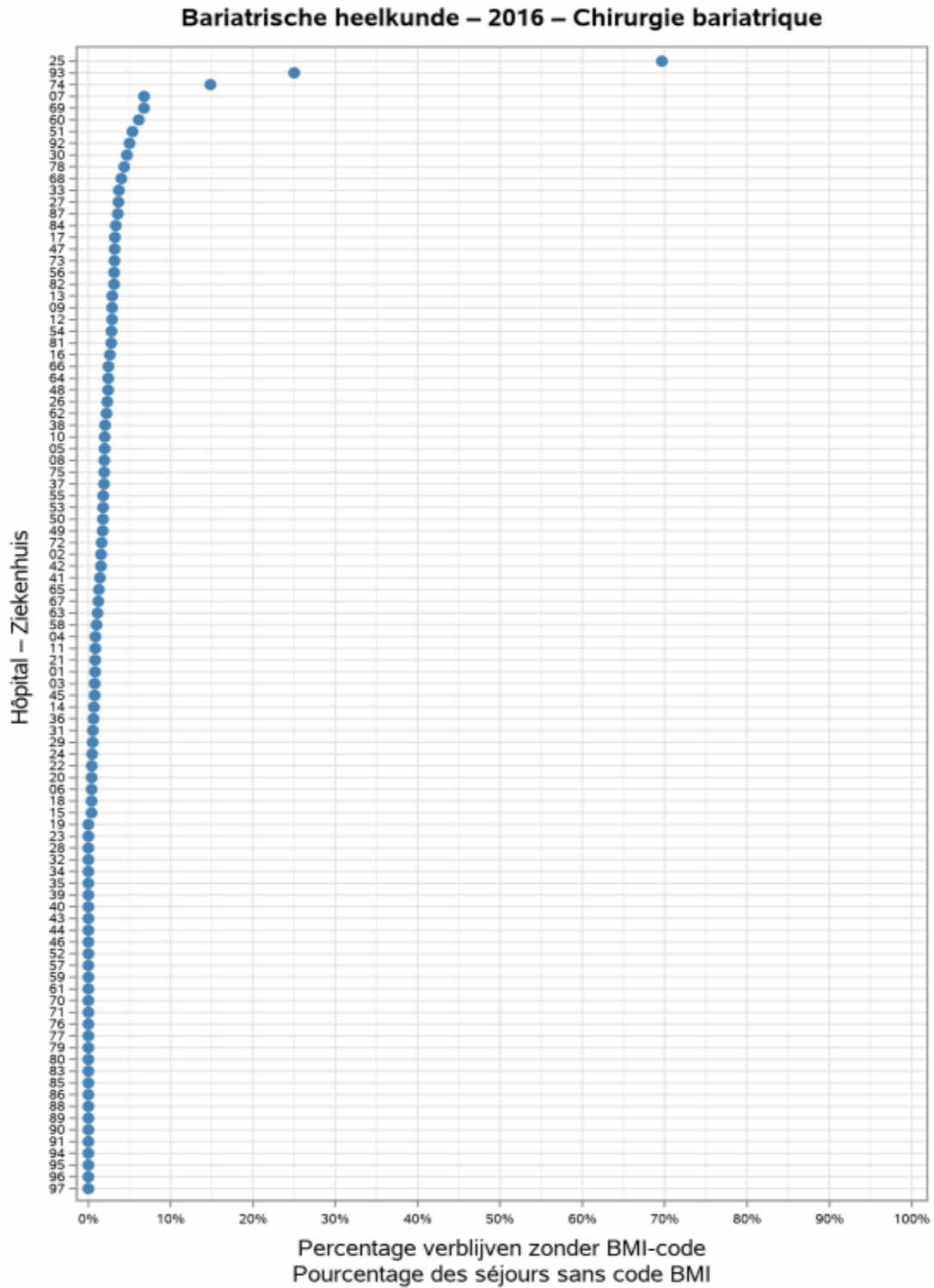


Bariatrische heelkunde – 2016 – Chirurgie bariatrique
Verdeling van de gecodeerde BMI binnen elk ziekenhuis
Distribution du BMI encodé au sein de chaque hôpital



Figuur 7: Aantal en percentage van bariatrische ziekenhuisverblijven per categorie van gecodeerde BMI, weergegeven per ziekenhuis

Onderstaande grafiek (fig. 8) toont per ziekenhuis het percentage bariatrische verblijven zonder BMI ICD-10-BE codering. Een ziekenhuis valt op door een afwezigheid van BMI-codering bij bijna 2/3 van de bariatrische verblijven.

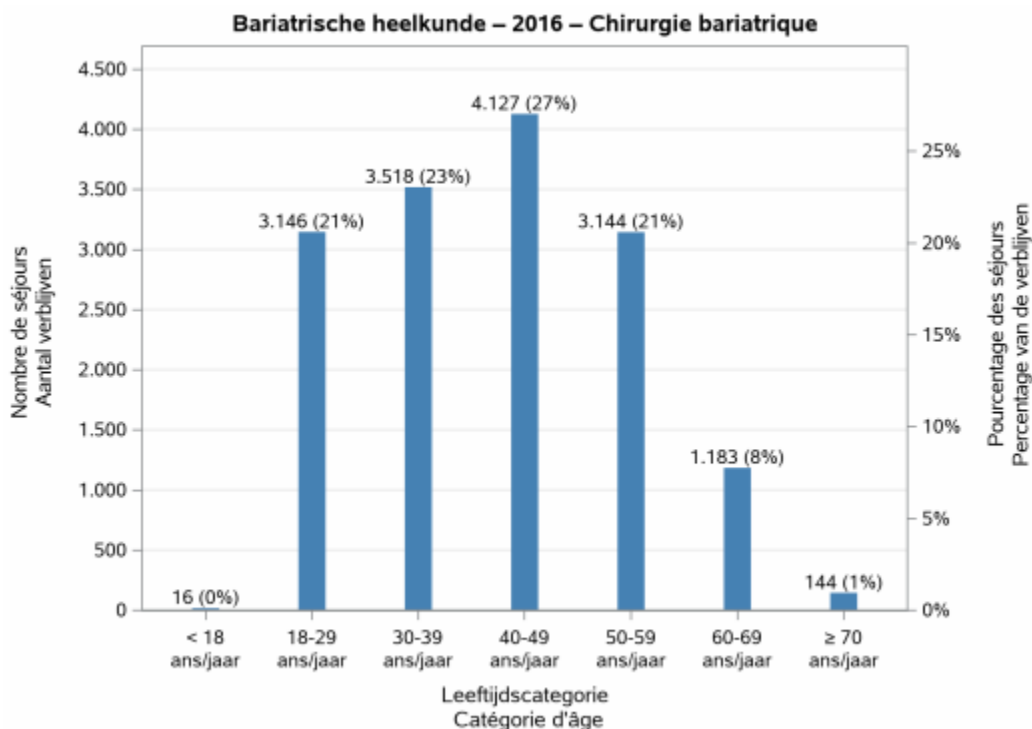


Figuur 8: Percentage van bariatrische ziekenhuisverblijven zonder ICD-10-BE codering van BMI, weergegeven per ziekenhuis



5.1.4 Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven per leeftijdscategorie

De leeftijdscategorieën 40-49 en 30-39 jaar zijn met respectievelijk 27% en 23% het meeste vertegenwoordigd onder de patiënten die een bariatrische ingreep hebben ondergaan (fig. 9). Eenentwintig procent van hen is tussen de 18 en 29 jaar oud en bijna 9% is ouder dan 60 jaar.

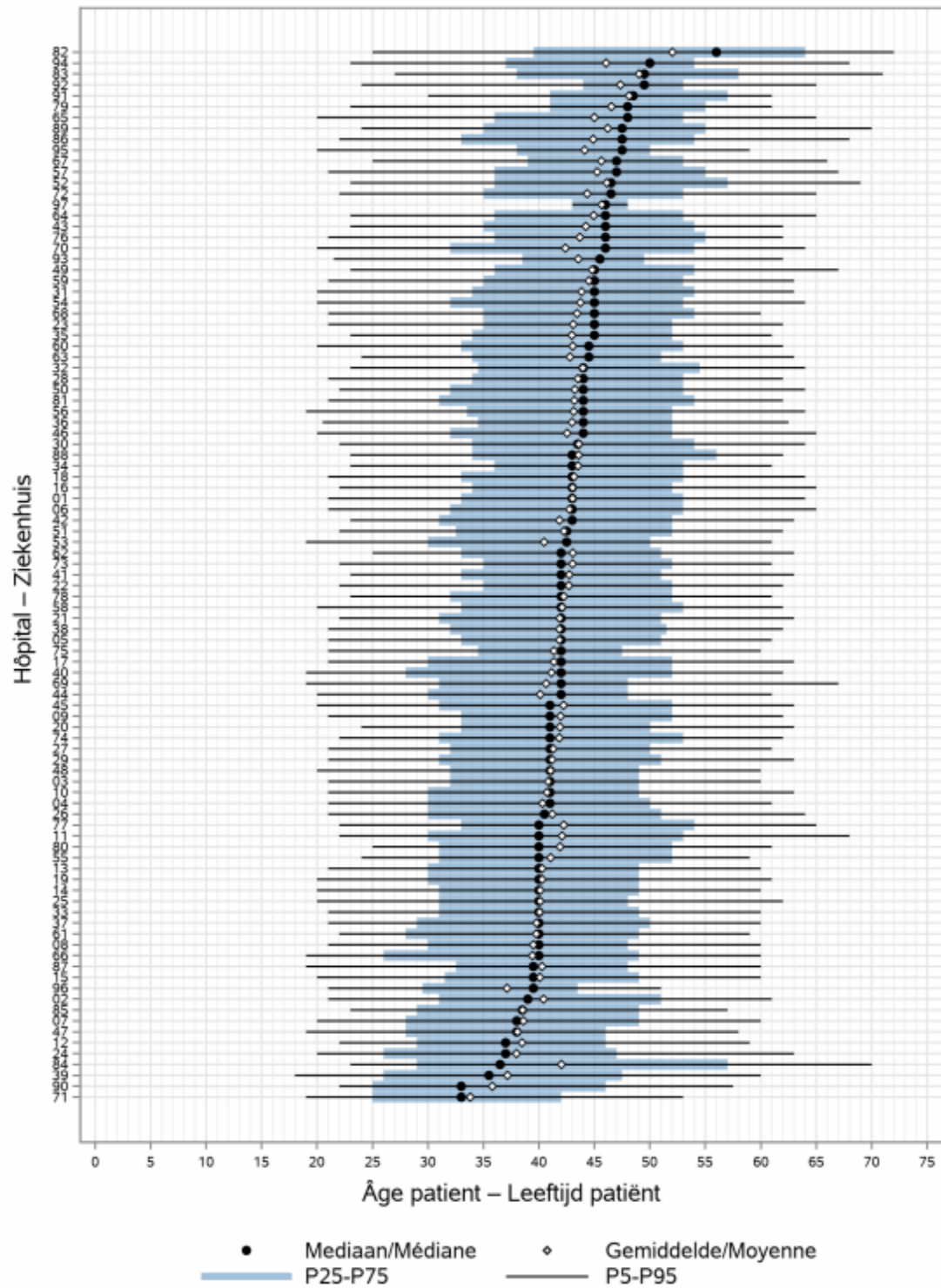


Figuur 9: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven per leeftijdscategorie

De leeftijdsverdeling van patiënten die in het ziekenhuis worden opgenomen voor bariatrische heelkunde is vergelijkbaar in alle ziekenhuizen. De mediane leeftijd is in de meeste gevallen tussen 40 en 45 (Fig. 10).



Bariatrische heelkunde – 2016 – Chirurgie bariatrique
Verdeling van de patiëntleeftijden binnen elk ziekenhuis
Distribution des âges des patients au sein de chaque hôpital

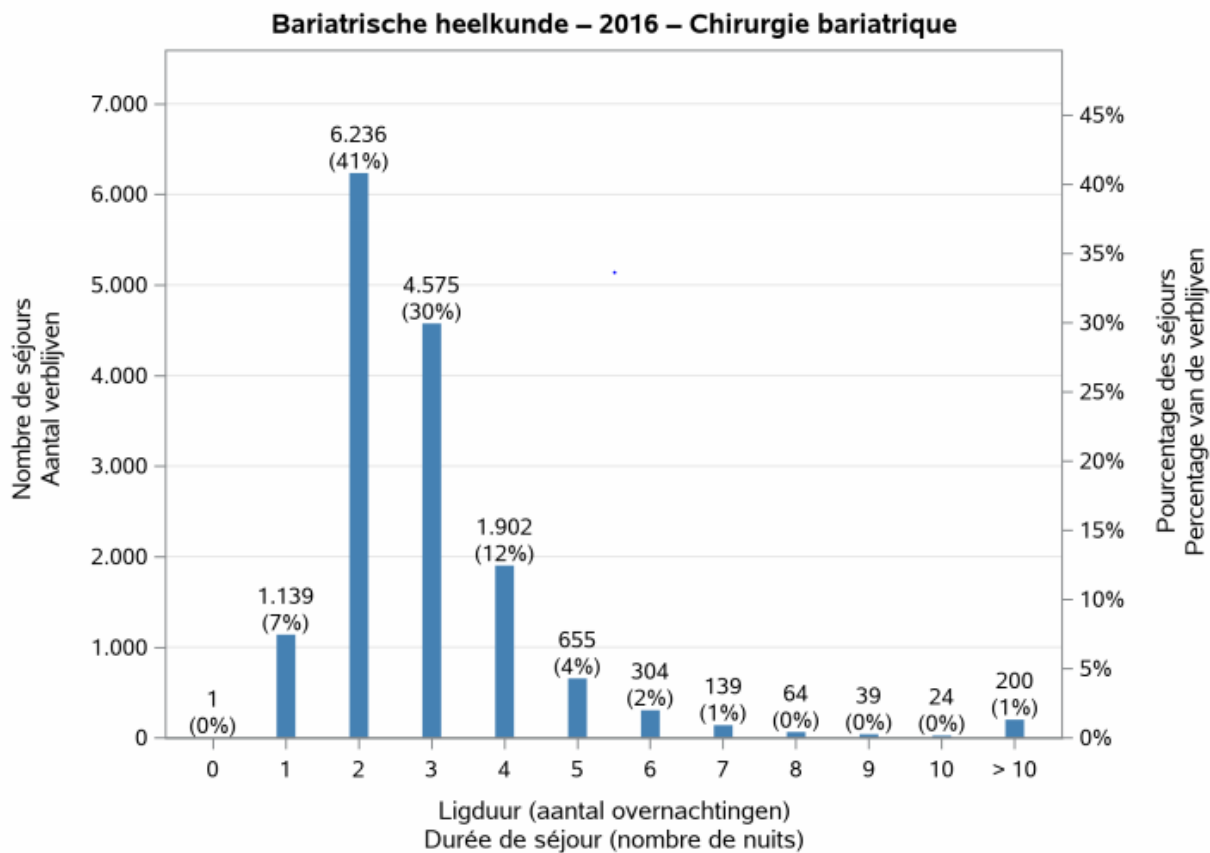


Figuur 10: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens leeftijd, weergegeven per ziekenhuis



5.1.5 Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens de ligduur

De meerderheid van de patiënten die in 2016 voor een bariatrische ingreep werden opgenomen in het ziekenhuis, verbleef er in iets meer dan 70% van de gevallen 2 of 3 nachten. Bij respectievelijk 7,4% en 12,4% van de bariatrische verblijven was de ligduur 1 of 4 nachten. Bij 9,3% van de bariatrische verblijven was de ligduur meer dan 4 nachten (fig. 11).

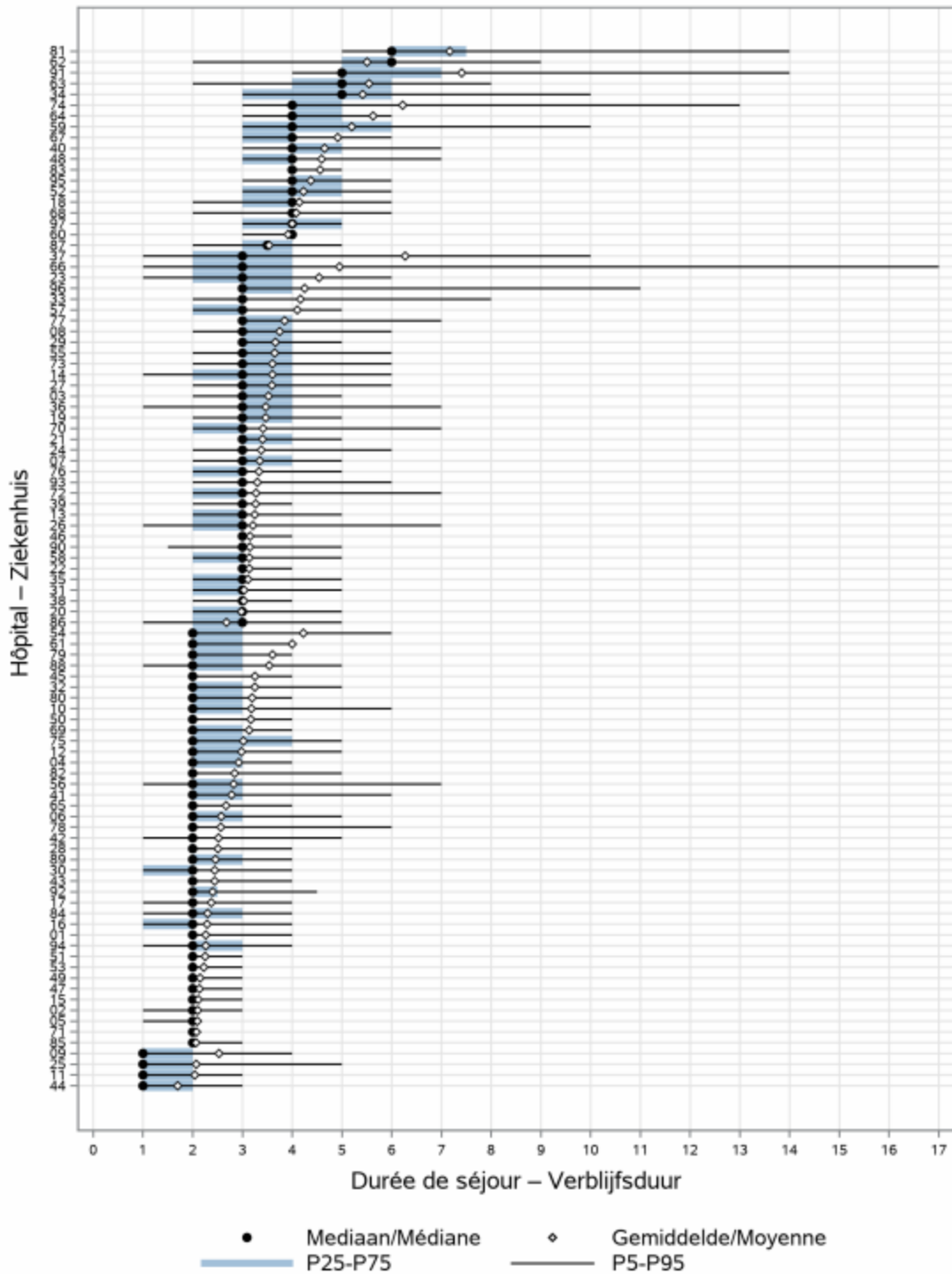


Figuur 11: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens de ligduur

De spreiding van de ligduur per ziekenhuis wordt weergegeven in figuur 12. In de meeste gevallen is de mediane duur van het verblijf 2 of 3 nachten. In vier procent van de ziekenhuizen is de mediane ligduur één nacht en in 5% van de ziekenhuizen is de mediane duur van het bariatrisch verblijf 5 of 6 nachten. Het gemiddelde aantal nachten van een bariatrisch verblijf, berekend per ziekenhuis, is hoger dan de mediaan door verblijven met een langere ligduur.



Bariatrische heekunde – 2016 – Chirurgie bariatricque
Verdeling van de ligduur (aantal nachten) binnen elk ziekenhuis
Distribution des durées de séjour (nombre de nuits) au sein de chaque hôpital



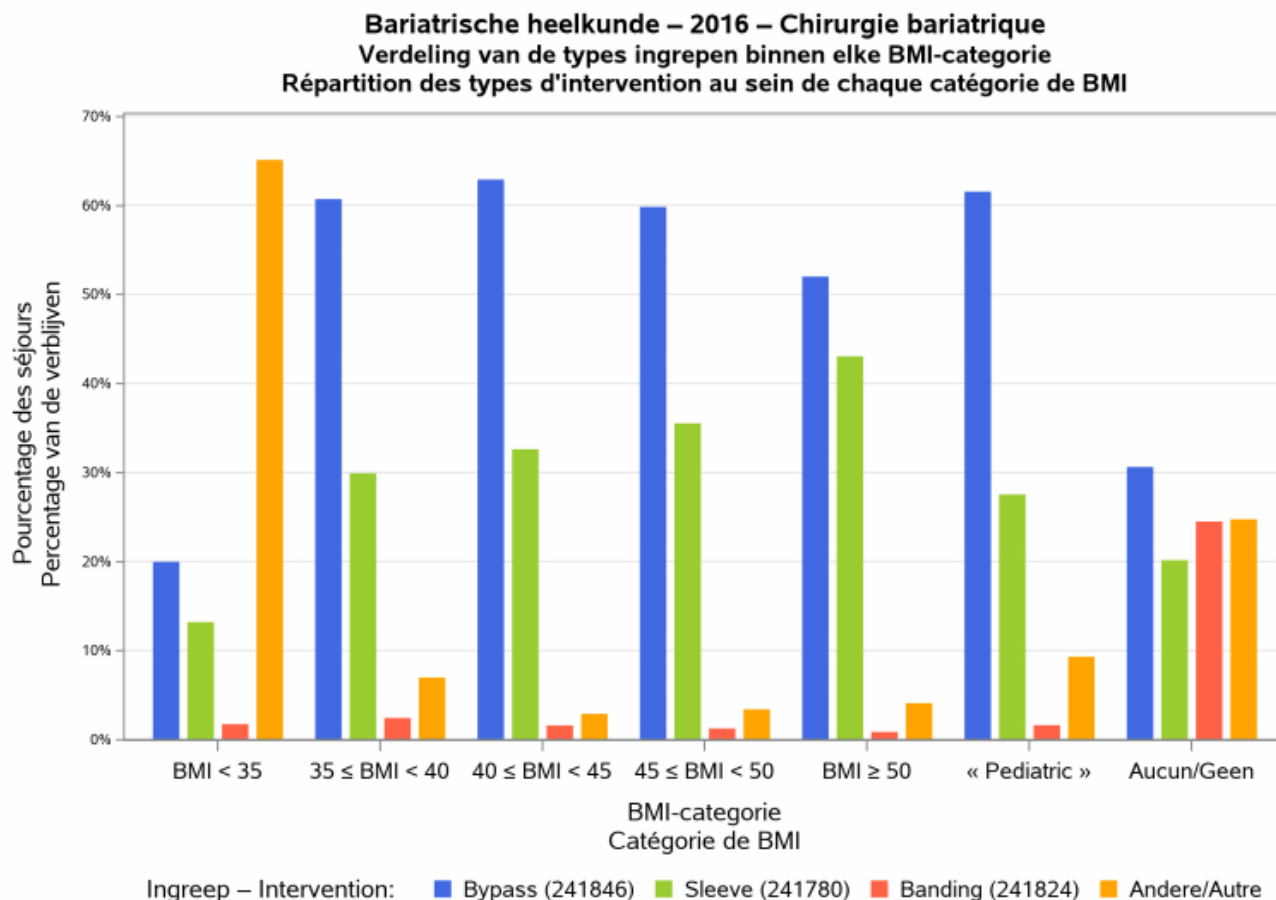
Figuur 12: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens de ligduur, weergegeven per ziekenhuis



5.1.6 Interactie tussen variabelen

5.1.6.1 TYPE INGREEP / GECODEERDE BMI-CATEGORIE

De analyse van de verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het type bariatrische ingreep per gecodeerde BMI-categorie (fig. 13) toont dat de 'gastric bypass' voor alle BMI-categorieën vanaf 35 jaar het meest uitgevoerd wordt. Het aandeel van de 'Sleeve' neemt toe met de BMI. Bij de ziekenhuisverblijven waarbij een BMI onder 35 gecodeerd werd, werd in bijna 65% van de gevallen een ander nomenclatuurcode (geen bariatrische ingreep) aangerekend.



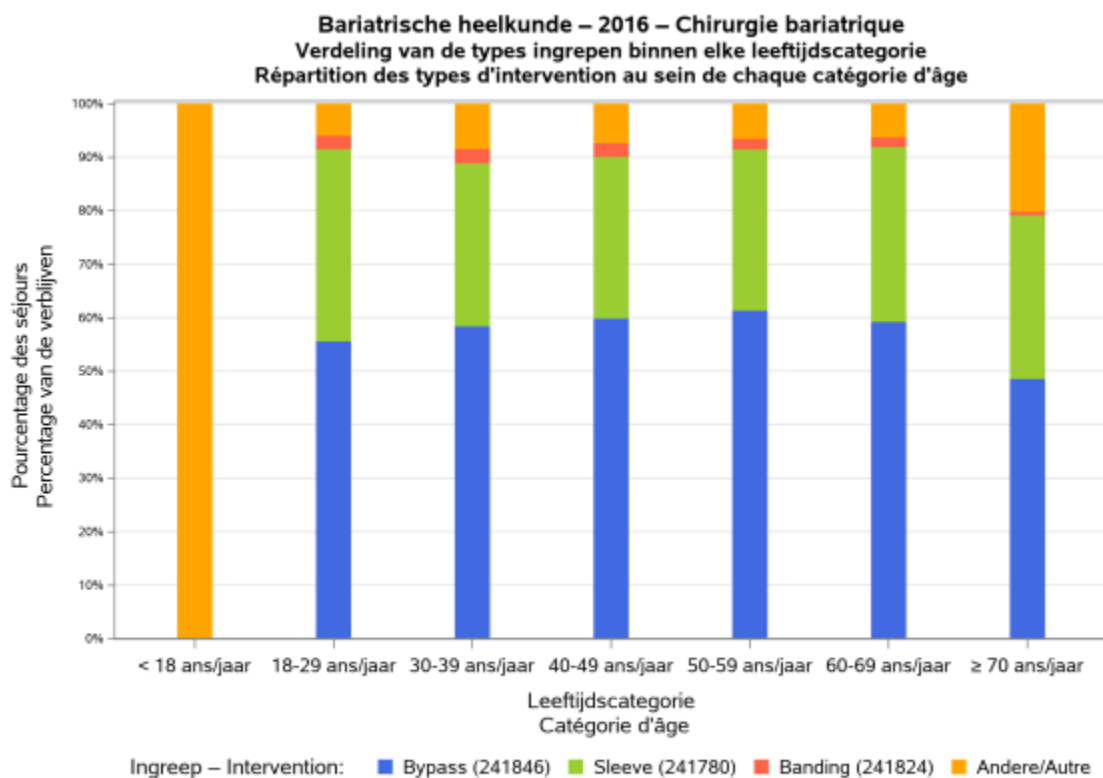
Figuur 13: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het type ingreep, per gecodeerde BMI-categorie



5.1.6.2 TYPE INGREEP / LEEFTIJDSCATEGORIE

De verdeling van de aangerekende nomenclatuurcodes per leeftijdscategorie (fig. 14) varieert relatief weinig voor patiënten tussen 18 en 69 jaar. We merken op dat de ‘Sleeve’ iets meer wordt uitgevoerd bij patiënten in de leeftijdsgroep tussen 18 en 29 jaar dan bij patiënten in de andere leeftijdsgroepen tussen 18 jaar en 69 jaar.

Voor de leeftijdscategorie onder de 18 jaar (16 verblijven) heeft het ziekenhuis in 100% een andere nomenclatuurcode (geen bariatrische ingreep) aangerekend. In de categorie van 70 jaar en ouder (144 verblijven) zien we ook dat bij 20% van de ziekenhuisverblijven een ander nomenclatuurcode (geen bariatrische ingreep) aangerekend werd.



14:

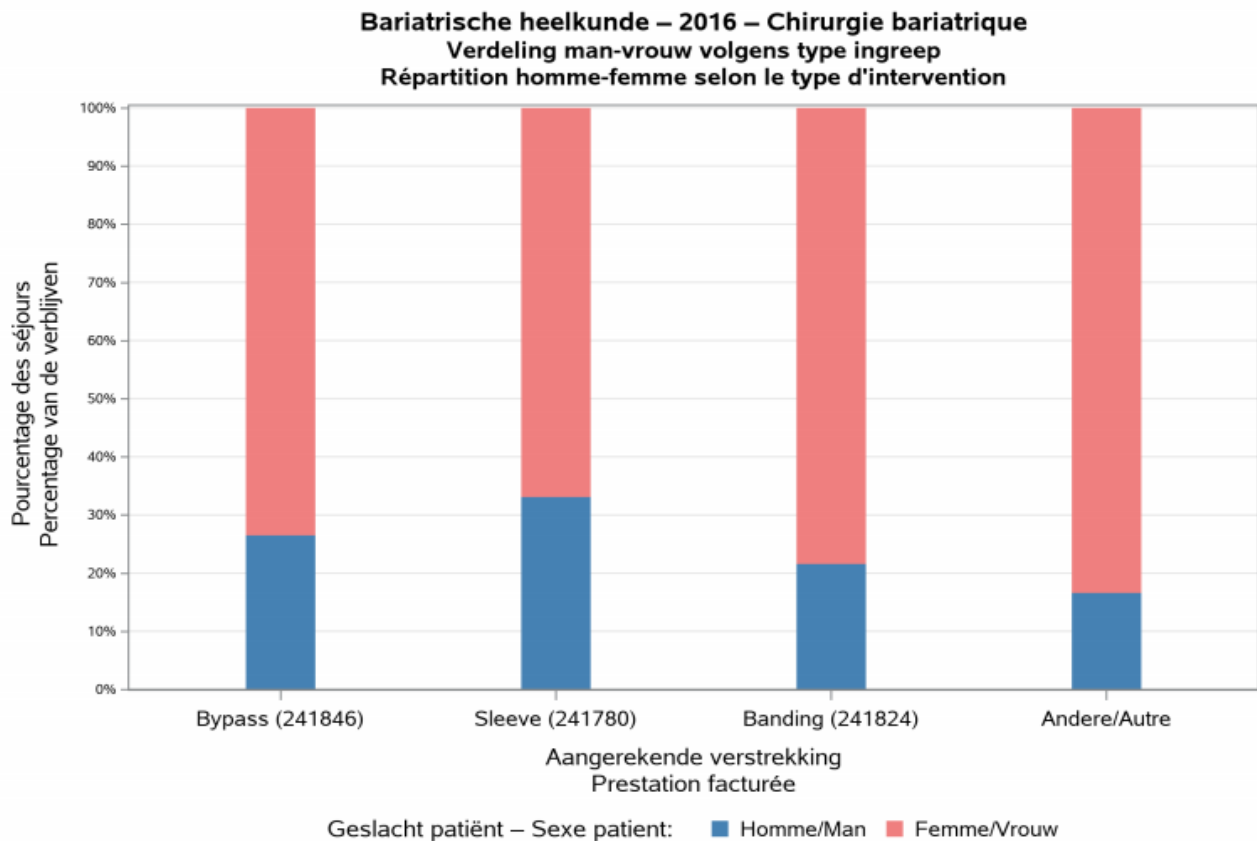
Verdeling van de bar

Figuur 14: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het type ingreep, per leeftijdscategorie



5.1.6.3 GESLACHT/TYPE INGREEP

De verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het geslacht is gelijkmatig voor elk type van bariatrische ingreep (fig. 15). We merken op dat bij mannen het meest gekozen wordt voor de 'Sleeve'.

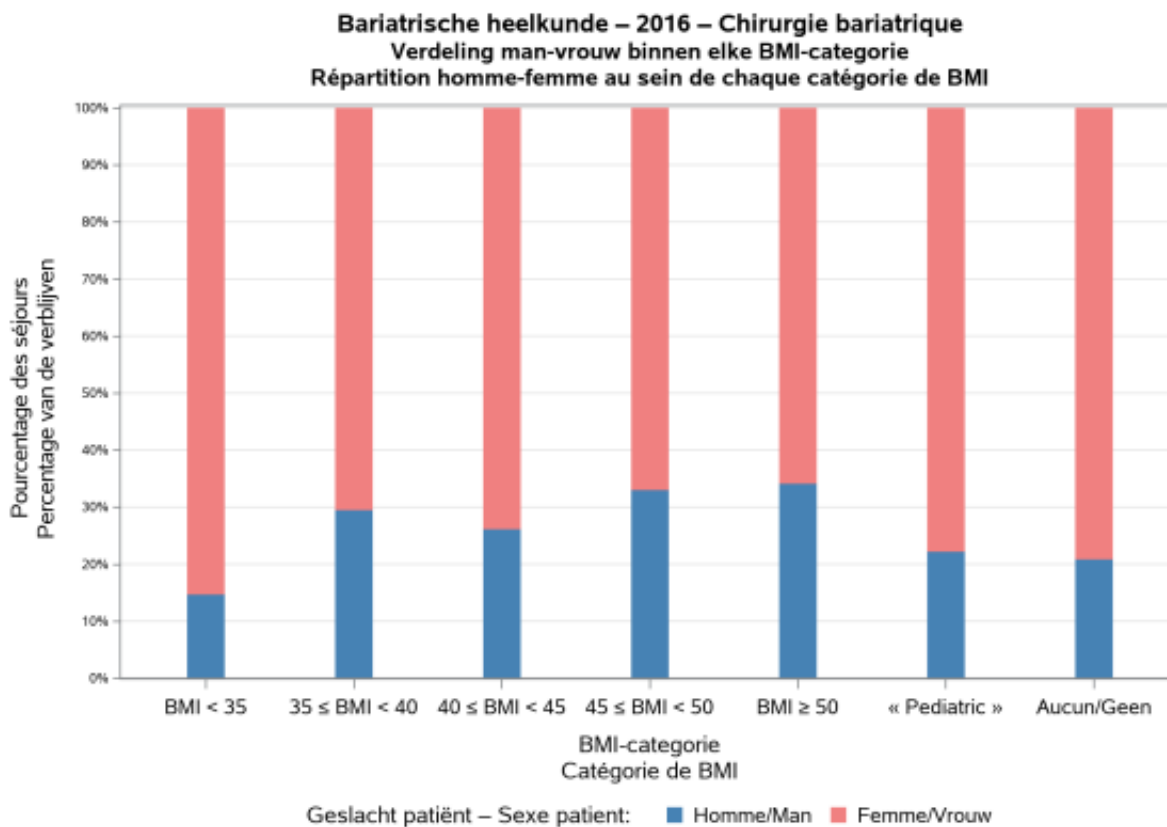


Figuur 15: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het geslacht, per type ingreep



5.1.6.4 GESLACHT/GECODEERDE BMI-CATEGORIE

De verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het geslacht varieert weinig per categorie van gecodeerde BMI (fig. 16). In de categorie met BMI < 35 is het aandeel van vrouwen het grootst in vergelijking met de andere BMI-categorieën.

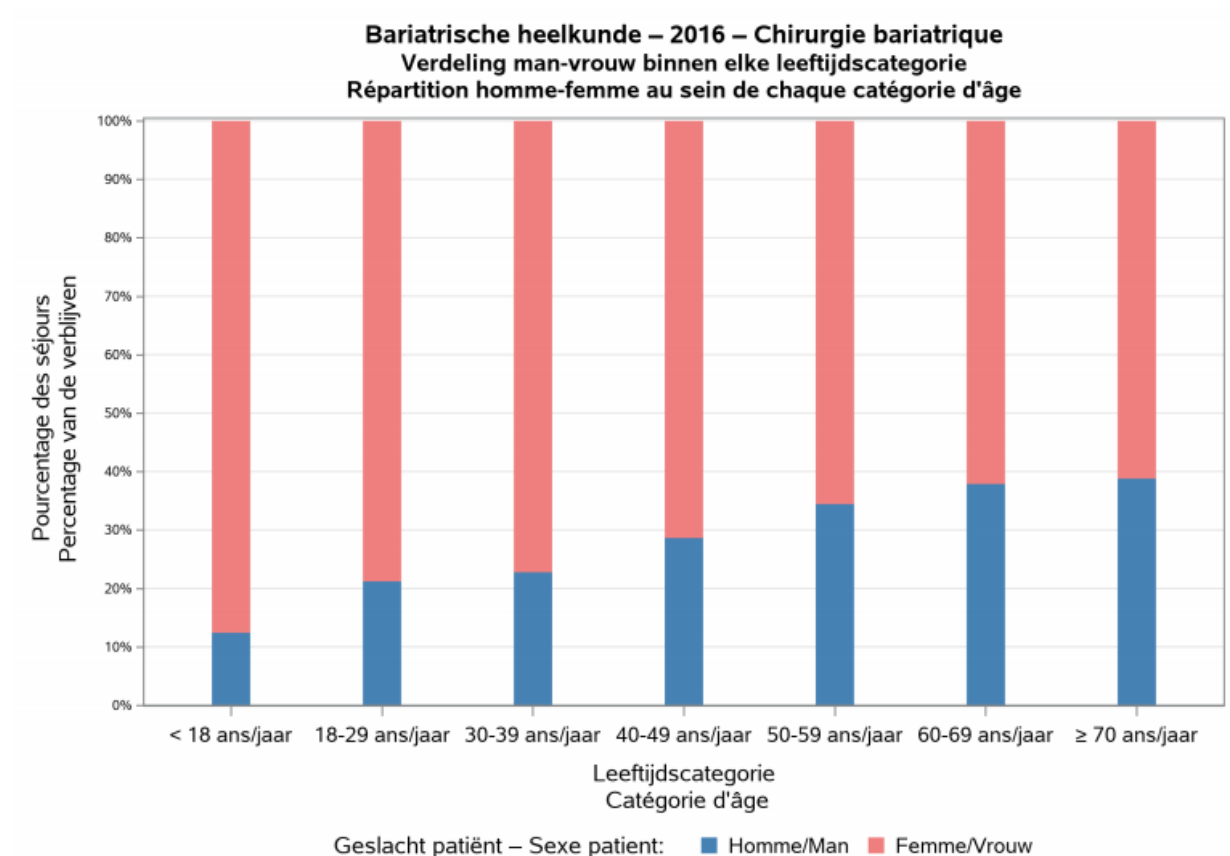


Figuur 16: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens het geslacht, per categorie van gecodeerde BMI.



5.1.6.5 GESLACHT/LEEFTIJDSCATEGORIE

Het percentage mannen ten opzichte van vrouwen dat een bariatrische ingreep ondergaat, in een bepaalde leeftijdscategorie, stijgt met de leeftijd. In de leeftijdscategorieën vanaf 60 jaar vertegenwoordigen mannen bijna 40% (Fig. 17).

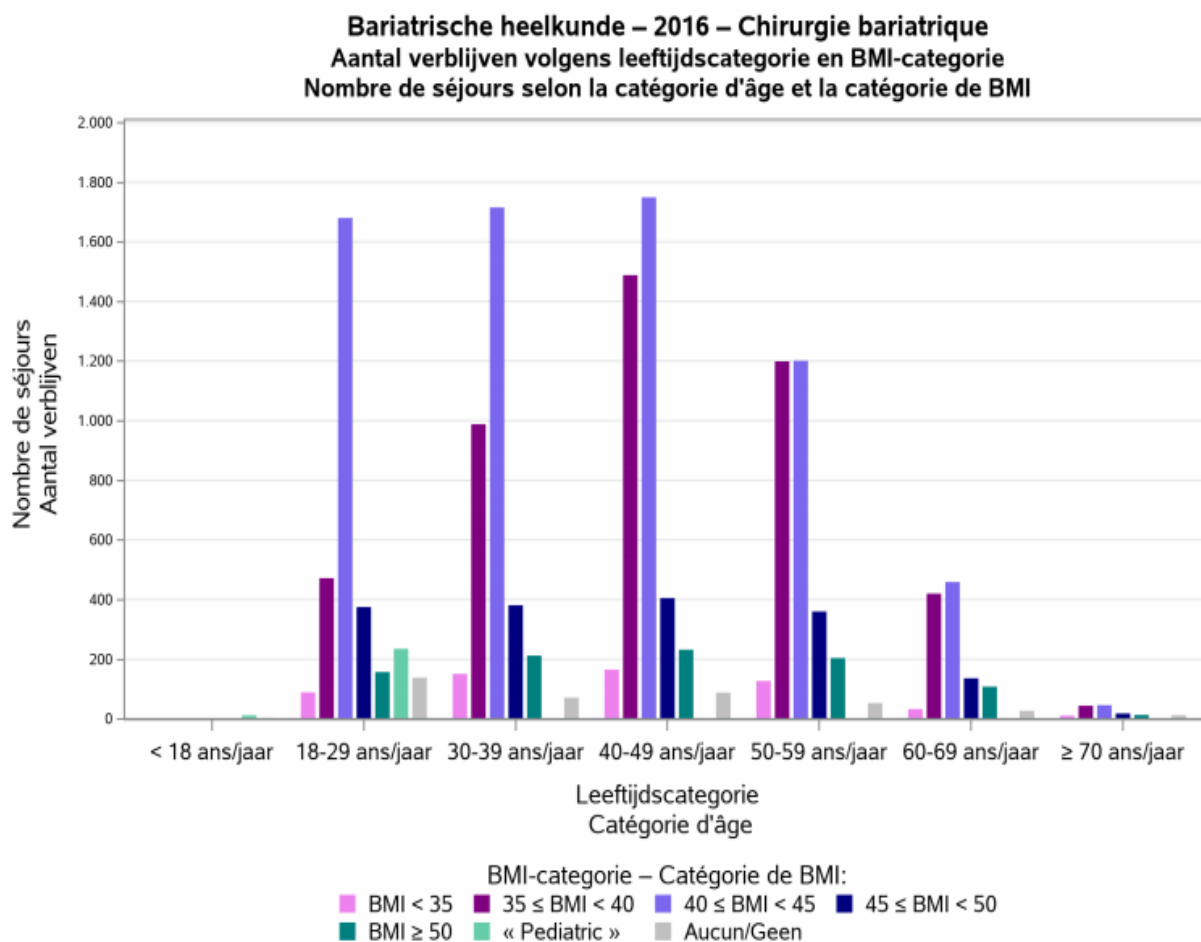


Figuur 17: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens geslacht, per leeftijdscategorie



5.1.6.6 AANTAL VERBLIJVEN / LEEFTIJDSCATEGORIE / GECODEERDE BMI-CATEGORIE

We zien dat bij patiënten van 18 tot 49 jaar de BMI-categorie 40-44,9 het meeste voorkomt (fig. 18). Het aantal verblijven in BMI-categorie 35-39,9 stijgt met de leeftijd in de patiëntengroep van 18 tot 49 jaar. Een verklaring hiervoor is het optreden van comorbiditeiten die de ingreep rechtvaardigen. Vanaf de leeftijd van 50 jaar noteren we bijna evenveel verblijven in BMI-categorie 35-39,9 als BMI-categorie 40-44,9.



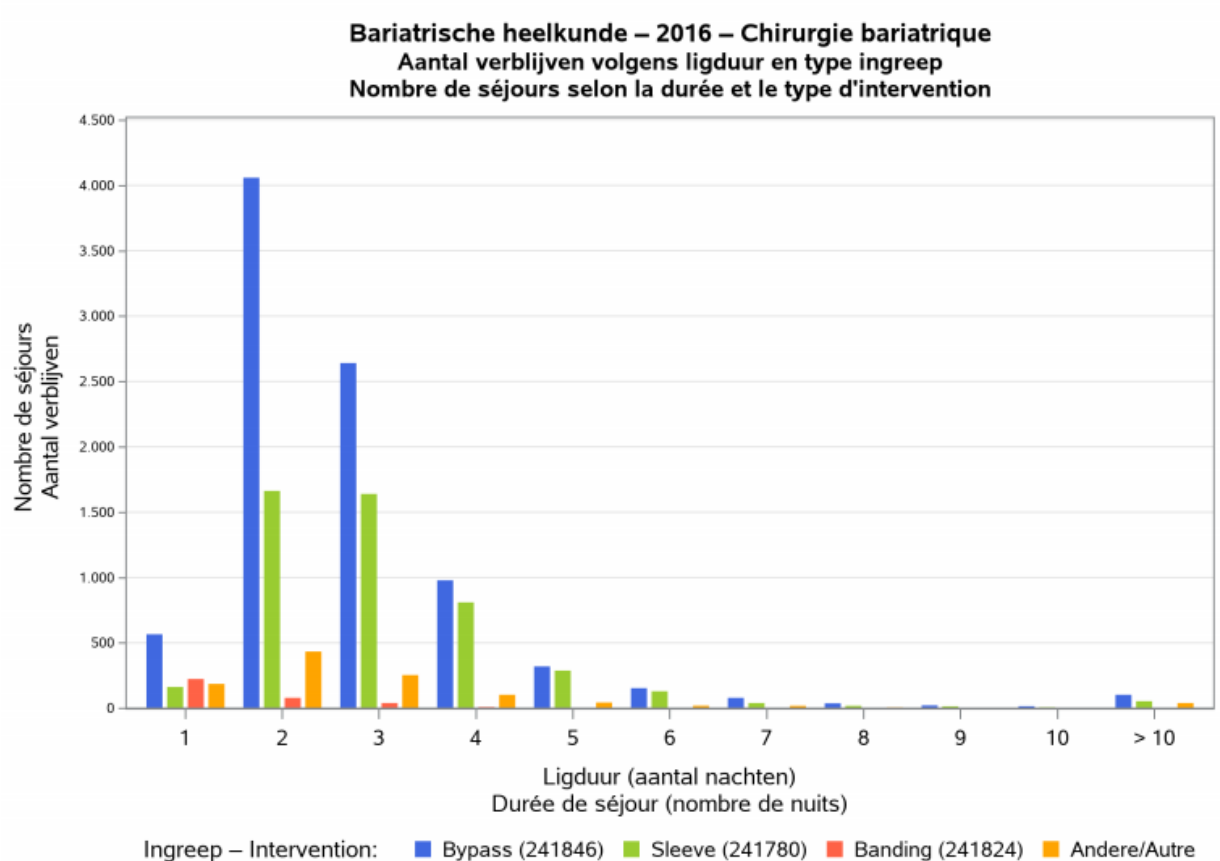
Figuur 18: Aantal bariatrische ziekenhuisverblijven per leeftijdscategorie en per gecodeerde BMI-categorie



5.1.6.7 TYPE INGREEP / LIGDUUR

De meerderheid van de bariatrische ziekenhuisverblijven met ‘Sleeve’ kennen een ligduur van 2 of 3 nachten (fig. 19). Een ziekenhuisverblijf voor een ‘gastric bypass’ duurt bij de meeste patiënten 2 nachten. Een aanzienlijk deel van patiënten verblijft voor een ‘gastric bypass’ 3 nachten in het ziekenhuis. Bij ‘gastric banding’ duurt het verblijf in de meeste gevallen 1 nacht.

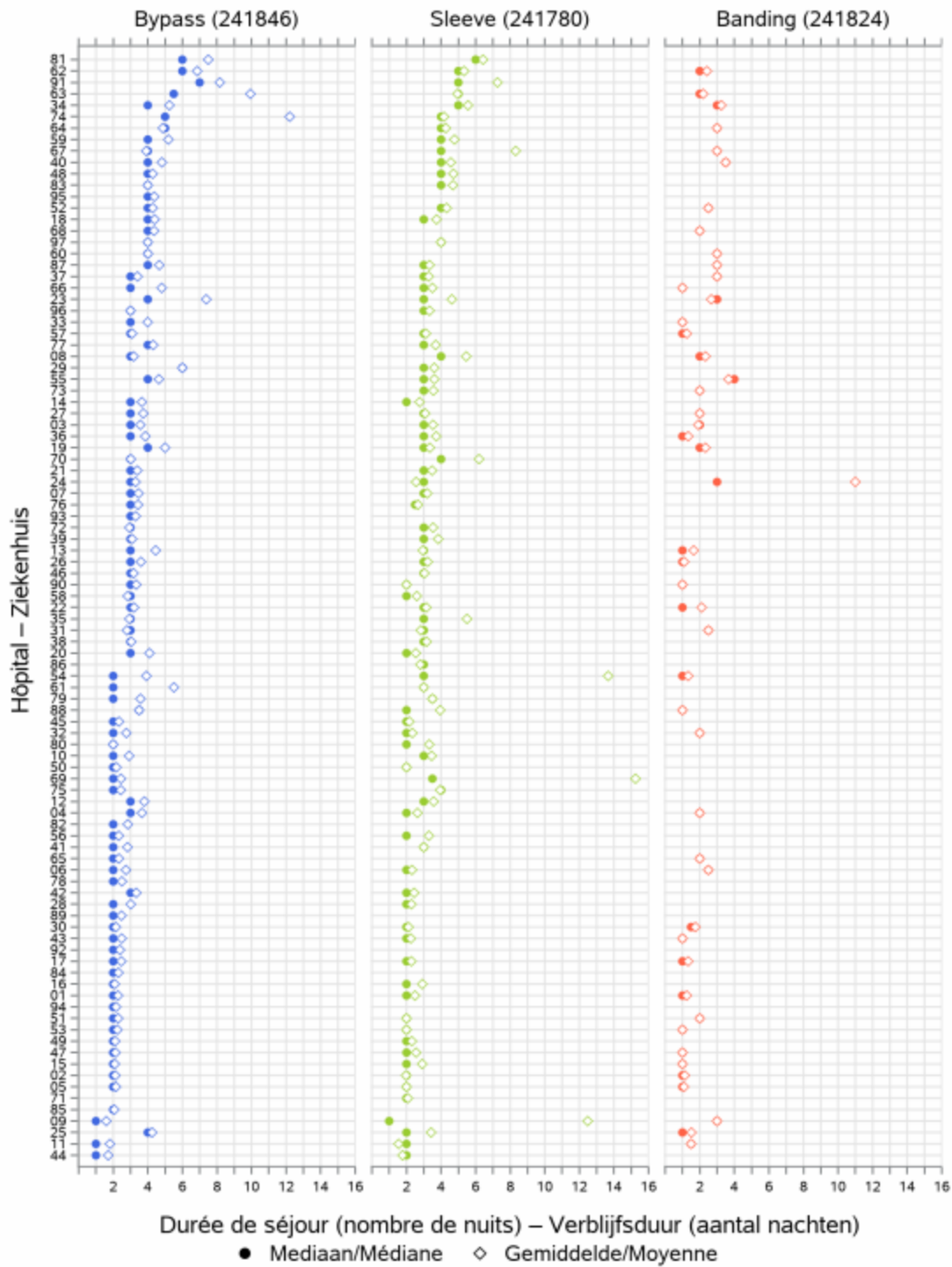
Deze resultaten worden bevestigd door de analyse van de verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens ligduur en type ingreep, weergegeven per ziekenhuis (fig. 20). De beschreven kenmerken met betrekking tot ligduur, afhankelijk van het type ingreep, zijn in de meeste ziekenhuizen de norm.



Figuur 19: Aantal bariatrische ziekenhuisverblijven volgens ligduur en type ingreep



Bariatrische heekunde – 2016 – Chirurgie bariatrique
Ligduur volgens type ingreep, per ziekenhuis
Durée de séjour selon le type d'intervention, par hôpital

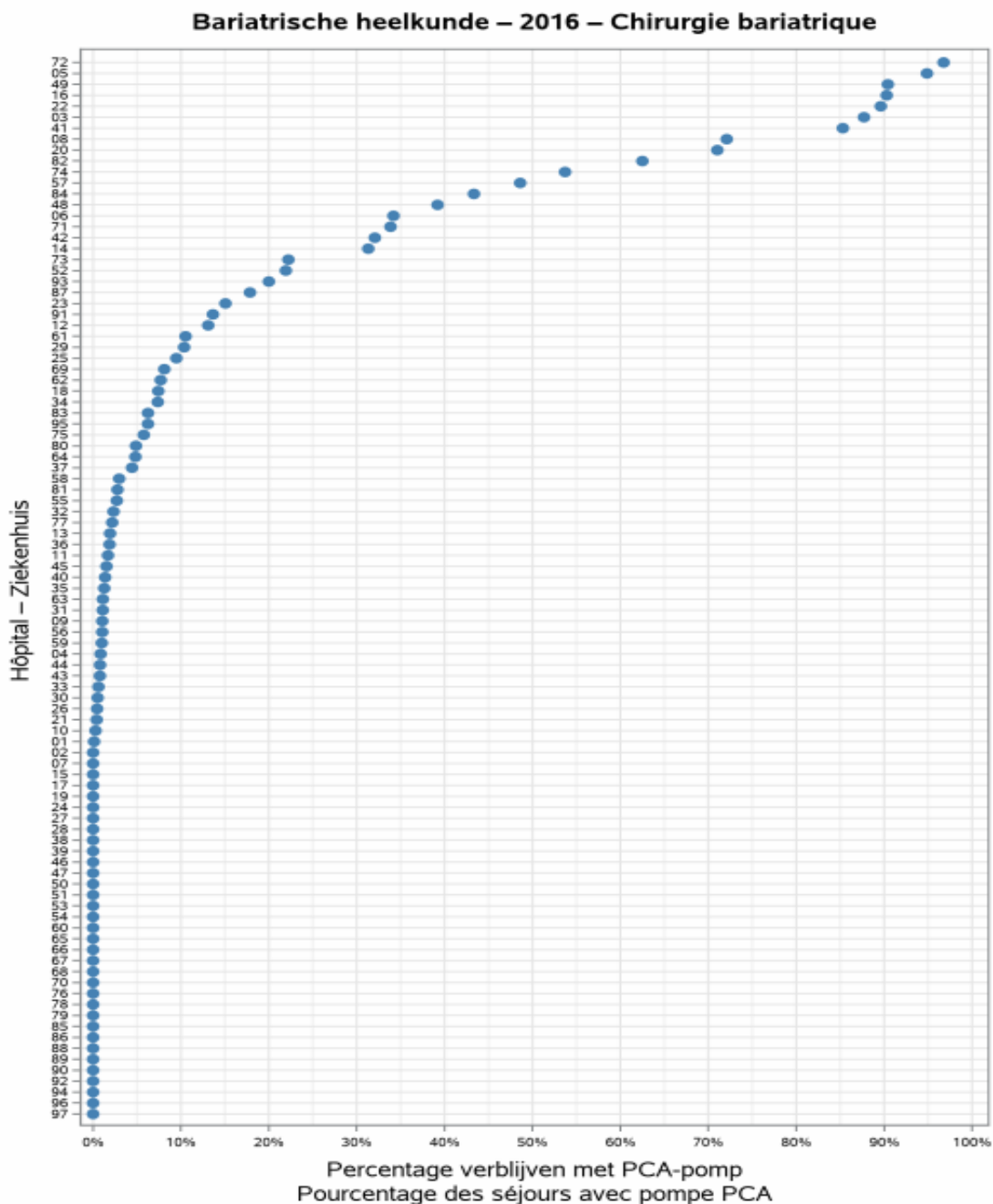


Figuur 20: Verdeling van de bariatrische ziekenhuisverblijven volgens ligduur en bariatrische ingreep, weergegeven per ziekenhuis



5.1.7 Percentage van verblijven met PCA-pomp, per ziekenhuis

Bij 17% van de bariatrische ziekenhuisverblijven werd een patiënt-gecontroleerde analgesie-pomp PCA (patient controlled analgesia) aangerekend. Negen ziekenhuizen rekenen bij meer dan 70% van bariatrische verblijven een PCA-pomp aan. In 4 van deze 9 ziekenhuizen rekent men de PCA-pomp aan in meer dan 90% van de gevallen. Vierendertig ziekenhuizen hebben geen PCA-pomp aangerekend bij de geselecteerde verblijven (Fig. 21).



Figuur 21: Percentage van bariatrische ziekenhuisverblijven met PCA-pomp, weergegeven per ziekenhuis



5.2 Specifieke resultaten van de audits ter plaatse

5.2.1 Zorgpad

Deze resultaten verzamelen de informatie van de 19 ter plaatse geaudite ziekenhuizen met betrekking tot het zorgpad bariatrische heelkunde. Het aantal ziekenhuizen waarvan een antwoord beschikbaar is, kan variëren per item. Het is afhankelijk van het antwoord dat tijdens de audit werd verkregen. Om de analyse van het zorgpad gemakkelijker te maken, hebben we het zorgpad verdeeld in een preoperatieve, een peroperatieve, een postoperatieve periode in het ziekenhuis, alsook een postoperatieve periode posthospitalisatie.

5.2.1.1 PREOPERATIEVE PERIODE

5.2.1.1.1 DE PATIËNT IS VERWEZEN DOOR :

In 89% van de geaudite ziekenhuizen presenteert de patiënt zich voornamelijk naar aanleiding van mond-tot-mondreclame. In 2 van de 19 geaudite ziekenhuizen wordt de patiënt in de meerderheid van de gevallen door de behandelende arts verwezen. Een klein aantal patiënten wordt door een arts-specialist (endocrinoloog, orthopedist, pneumoloog, cardioloog, enz.) naar de arts-specialist in de heelkunde verwezen. Dit aantal verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis.

5.2.1.1.2 EERSTE CONSULTATIE

In de meeste gevallen wordt het eerste consult uitgevoerd door de arts-specialist in de heelkunde en in een kleiner aantal gevallen door een niet-medische coördinator of een diëtist / nutritionist.

Eerste consultatie	#ZH	#ZH geantwoord	%
Chirurg	15	19	79 %
Niet-medische coördinator	2	19	10,5 %
Diëtist / Nutritionist	2	19	10,5 %

In sommige ziekenhuizen verwijst het secretariaat of een lid van het coördinatiecentrum, indien aanwezig, de patiënt tijdens het eerste telefonische contact door naar het meest geschikte zorgpad (medisch of chirurgisch).

5.2.1.1.3 PREOPERATIEVE CONSULTATIES

Een preoperatieve consultatie wordt georganiseerd met de volgende zorgverleners:



Preoperatieve consultaties	Frequentie	#ZH	#ZH geantwoord	%
Chirurg	Systematisch	19	19	100 %
Psychiater/klinisch psycholoog	Systematisch	19	19	100 %
Diëtist/Nutritionist	Systematisch	18	19	95 %
Endocrinoloog	Systematisch	11	19	58 %
Cardioloog	Systematisch	3	19	16 %
Pneumoloog	Systematisch	2	19	11 %

Een preoperatieve consultatie bij andere zorgverleners (gynaecoloog, gastro-enteroloog, tandarts, anesthesist, fysiotherapeut, ...) wordt in sommige ziekenhuizen systematisch of soms buiten het ziekenhuis uitgevoerd, afhankelijk van de klinische situatie van de patiënt. Het aantal preoperatieve raadplegingen per zorgverlener varieert van 1 tot 3. In 1 geaudit ziekenhuis worden de preoperatieve raadplegingen en onderzoeken uitgevoerd tijdens een verblijf van 2 dagen (1 nacht) in het ziekenhuis.

5.2.1.1.4 GEGEVENS OVER DE DIEETTHERAPIE IN HET MEDISCH DOSSIER

In de meeste gevallen vinden we in de vorm van een beknopt verslag gegevens in het medisch dossier van de patiënt over een of meerdere pogingen van dieettherapie. Het is echter moeilijk om op basis van die informatie te besluiten dat de therapie minstens gedurende 1 jaar werd volgehouden zonder blijvend succes. In 3 ziekenhuizen hebben we gegevens van een periode van minimum 1 jaar over dieetbehandeling (1 of meerdere diëten), zonder blijvend succes, teruggevonden in het medisch dossier van de patiënt, gedocumenteerd door 1 zorgverlener.

Gegevens over de dieettherapie	#ZH	#ZH geantwoord	%
Gegevens uit de anamnese van de patiënt	16	19	84 %
Dieetbehandeling gedocumenteerd door een zorgverlener (diëtist of arts-nutritionist)	3	19	16 %

Sommige ziekenhuizen adviseren een preoperatief dieet (hyperproteïedieet of andere). De patiënt volgt het dieet tijdens de week voor of de twee weken voor de bariatrische ingreep.

5.2.1.1.5 BIJKOMENDE PREOPERATIEVE ONDERZOEKEN

Onderzoeken	Frequentie	#ZH	#ZH geantwoord	%
Echografie	Systematisch	14	19	74 %
	Volgens de klinische toestand van de patiënt	5	19	26 %
Gastroscopie, H. pylori	Systematisch	17	19	89 %
	Volgens de klinische toestand van de patiënt	2	19	11 %
RX SMD	Systematisch	2	19	11 %
	Volgens de klinische toestand van de patiënt	9	19	47 %
	Nooit	8	19	42 %



Andere bijkomende onderzoeken die systematisch gerealiseerd worden :

- Urinecollectie gedurende 24 uren (5 ziekenhuizen)
- Dexamethasone test (1 ziekenhuis) ;
- Polygrafie (1 ziekenhuis) ;
- Ureum ademtest na gastroscopie (1 ziekenhuis).

Andere aanvullende onderzoeken en hun klinische indicaties:

- Abdominale echografie (5 ziekenhuizen) : in geval van 'gastric bypass', bij vermoeden van leversteatose, bij gebruik van protonpompinhibitoren (PPI's) en andere onderliggende pathologie;
- Radiografie slokdarm-maag-duodenum (9 ziekenhuizen): in geval van een heringreep en bij uitgesproken hiatus hernia;
- Polysomnografie (19 ziekenhuizen): in geval van vermoeden van slaapapnoesyndroom;
- Spirometrie en radiografie van de thorax (2 ziekenhuizen) : volgens leeftijds- en risicoprofiel van de patiënt;
- Orale glucosetolerantietest (OGTT) (1 ziekenhuis) : in geval van diabetes mellitus;
- Slokdarm manometrie (1 ziekenhuis) : in geval van voorgeschiedenis van een 'Sleeve' of een 'Nissen';
- Longfunctieonderzoeken (1 ziekenhuis) ;
- Echografie van het hart (1 ziekenhuis).

5.2.1.1.6 MULTIDISCIPLINAIR BARIATRISCH OVERLEG

Vier van de 19 geaudite ziekenhuizen (21%) organiseren geen multidisciplinair bariatrisch overleg. Van de 15 ziekenhuizen die een multidisciplinair bariatrisch overleg organiseren, zijn er 7 die een gedateerd en ondertekend verslag van het overleg schrijven (37 % van de 19 geaudite ziekenhuizen).

Multidisciplinair bariatrisch overleg	#ZH	#ZH geantwoord	%
Uitgevoerd	15	19	79 %
Uitgevoerd, ondertekend en gedateerd verslag aanwezig	7	15	47 %

5.2.1.1.7 DUUR VAN DE PREOPERATIEVE BEGELEIDING

De duur van de preoperatieve begeleiding, namelijk de duur tussen de eerste consultatie in het ziekenhuis en de bariatrische ingreep, is minder dan 4 maand in 63% van de gevallen, en 4 tot 6 maand in 32% van de gevallen. In 5% van de gevallen is de duur van de preoperatieve begeleiding langer dan 6 maand.



Duur van de preoperatieve begeleiding	#ZH	#ZH geantwoord	%
Minder dan 4 maand	12	19	63 %
Van 4 tot 6 maand	6	19	32 %
Meer dan 6 maand	1	19	5 %

5.2.1.1.8 INFORMATIE VOOR DE PATIËNT

Andere informatiebronnen en hulpmiddelen dan die in onderstaande tabel (websites, video...) staan ter beschikking van de patiënt die een bariatrische ingreep beoogt.

Informatie voor de patiënt	#ZH	#ZH geantwoord	%
Brochures	17	19	89 %
Individuele informatie	19	19	100 %
Informatie in groep	10	19	53 %

5.2.1.2 PEROPERATIEVE PERIODE

In de tabellen hieronder tonen we de belangrijkste indicaties en contra-indicaties van de bariatrische ingrepen. Deze werden spontaan opgesomd door de chirurg die aanwezig was tijdens de audit van zorgpad. De lijst is bijgevolg niet exhaustief.

Voor de meeste ziekenhuizen is de belangrijkste indicatie voor de 'Sleeve' dat de patiënt een "volume-eter" is. In 5 ziekenhuizen is de belangrijkste reden van de keuze voor de 'Sleeve' het verzoek van de patiënt.

De 'Sleeve Nissen' ('Nissen' als aanvulling op de 'Sleeve') wordt in 2 ziekenhuizen aangeboden bij obese patiënten met gastro-oesofageale refluxziekte voor wie er een contra-indicatie bestaat voor de 'gastric bypass'. Bepaalde ziekenhuizen maken gebruik van de 'Magenstrasse & Mill gastroplastie', een techniek die wordt beschouwd als een omkeerbare gastroplastie.

'Sleeve': indicaties	#ZH	#ZH geantwoord	%
De patiënt eet grote hoeveelheden voedsel	11	18	61 %
Op vraag van de patiënt	5	18	28 %

'Sleeve': contra-indicaties	#ZH	#ZH geantwoord	%
Gastro-oesofageale refluxziekte, Barrett-slokdarm, H. pylori	14	18	78 %
Psychologische contra-indicaties	5	18	28 %



'Gastric bypass': indicaties	#ZH	#ZH geantwoord	%
Heringreep	6	18	33 %
Diabetes	6	18	33 %
Gouden standaard	3	18	17 %
Super-obese patiënt, 'knabbelaar/snoeper'	7	18	39 %

Voor 69% van de geauditte ziekenhuizen zijn inflammatoire aandoeningen van de darm (ziekte van Crohn) en/of het risico op malabsorptie contra-indicaties voor de 'gastric bypass'. Een ziekenhuis legt uit de 'mini gastric bypass' (ook genoemd: 'omega loop bypass' of 'one/single anastomosis gastric bypass') niet uit te voeren omwille van het risico op galreflux. Voor 1 ziekenhuis is de ziekte van Crohn geen contra-indicatie voor een 'gastric bypass'.

'Gastric bypass': contra-indicaties	#ZH	#ZH geantwoord	%
inflammatoire aandoeningen van de darm, malabsorptie (onder andere medicamenteus)	11	16	69 %
Psychologische contra-indicaties	5	16	31 %
Voor een niertransplantatie	2	16	13 %

'gastric banding': indicaties	#ZH	#ZH geantwoord	%
Ziekte van Crohn	1	17	6 %
Stollingsprobleem	1	17	6 %
Combinatie met andere technieken	3	17	18 %
Ziekenhuis voert de ingreep niet uit	11	17	65 %

Cholecystectomie: indicaties	'Sleeve'			'Gastric bypass'		
	#ZH	#ZH geantwoord	%	#ZH	#ZH geantwoord	%
Systematisch	1	18	6 %	3	18	17 %
Galstenen asymptomatisch	6	18	33 %	9	18	50 %
Galstenen symptomatisch	5	18	28 %	6	18	33 %

Sommige ziekenhuizen melden de operatieve moeilijkheid van cholecystectomie na een 'gastric bypass'.



5.2.1.3 POSTOPERATIEVE PERIODE IN HET ZIEKENHUIS

5.2.1.3.1 POSTOPERATIEVE ONDERZOEKEN IN HET ZIEKENHUIS

De mogelijke postoperatieve onderzoeken in het ziekenhuis zijn beschreven in de onderstaande tabel.

Postoperatieve onderzoeken in het ziekenhuis	#ZH	#ZH geantwoord	%
Echografie	0	19	0 %
Gastroscopie	0	19	0 %
RX SMD nooit	9	19	47 %
RX SMD systematisch	7	19	37 %
RX SMD volgens de klinische situatie	3	19	16 %
Bloedonderzoek systematisch	10	14	71 %
Bloedonderzoek in geval van diabetes	1	14	7 %
Bloedonderzoek nooit	3	14	21 %
Test met blauw methyleen (tijdens de operatie)	4	19	21 %

5.2.1.3.2 PREVENTIE VAN DIEPE VENEUZE TROMBOSE

Preventie van diepe veneuze trombose wordt in alle ziekenhuizen voorzien door de subcutane injectie van heparine met laag moleculair gewicht. Anti-trombose kousen wordt gebruikt in 17 ziekenhuizen.

Vier ziekenhuizen maken gebruik van discontinue compressie en in 4 ziekenhuizen worden patiënten begeleid door een kinesist.

5.2.1.3.3 PIJNMANAGEMENT

In de meeste ziekenhuizen zijn gestandaardiseerde schema's voor pijnmanagement of protocollen voor pijnmanagement beschikbaar. Twee ziekenhuizen gebruiken routinematig een PCA-pomp.

PCA-pomp	#ZH	#ZH geantwoord	%
Geen	11	19	58 %
Systematisch	2	19	11 %
Zelden / volgens de klinische situatie	6	19	32 %

Voor sommige ziekenhuizen is een bariatrische ingreep een absolute contra-indicatie voor het gebruik van NSAID's, terwijl bij andere ziekenhuizen NSAID's opgenomen zijn in de pijnschema's.



5.2.1.4 POSTOPERATIEVE PERIODE NA HET ZIEKENHUISVERBLIJF

5.2.1.4.1 AANBEVOLEN POSTOPERATIEVE RAADPLEGINGEN

We merken op dat de patiënt tijdens de ziekenhuisopname mondeling, al of niet met een papieren document ter ondersteuning, informatie krijgt met betrekking tot de postoperatieve begeleiding en de postoperatieve voeding. De informatie wordt verstrekt door de chirurg, de diëtist of de verpleegkundige die de hospitalisatie coördineert.

Een postoperatieve consultatie bij de volgende zorgverleners wordt aangeboden:

Zorgverlener	Frequentie	#ZH	#ZH geantwoord	%
Chirurg	Systematisch	17	18	95 %
Psycholoog/Psychiater	Systematisch	5	18	28 %
	Volgens de klinische situatie / op vraag van de patiënt	13	18	72 %
Diëtiste	Systematisch	16	18	89 %
	Op vraag van de patiënt	2	18	11 %
Endocrinoloog	Systematisch	2	16	13 %
Pneumoloog	Volgens de klinische situatie	6	18	33 %
Cardioloog	Volgens de klinische situatie	6	18	33 %

Het aantal geplande raadplegingen bij de chirurg in het eerste jaar postoperatief varieert van 2 tot 5.

In het tweede jaar postoperatief consulteren de patiënten reeds minder, ondanks de medische aanbevelingen van het bariatrisch team en de planning van de consultaties bij de chirurg. Een van de redenen van het verzuim is financieel.

Een systematische consultatie bij de psycholoog of de psychiater is gepland in 5 ziekenhuizen tijdens het eerste jaar na de operatie.

In het eerste jaar postoperatief worden systematische consultaties bij de diëtist/nutritionist gepland in 16 ziekenhuizen. De frequentie van de raadplegingen is zeer uiteenlopend (1 consultatie in 4 ziekenhuizen tot 6 consultaties in 3 ziekenhuizen). Twee ziekenhuizen plannen één of twee consultaties in het tweede jaar postoperatief en één ziekenhuis plant een consultatie na het tweede jaar postoperatief.

Op verzoek van de patiënt is de dieetdienst altijd beschikbaar. Aangezien de consultaties niet gratis zijn en weinig worden terugbetaald, vormt het financiële aspect een belangrijke rem voor de opvolging van de voeding.

Twee ziekenhuizen plannen in het eerste jaar postoperatief systematische consultaties bij een endocrinoloog (1 consult in één ziekenhuis en 2 consultaties in het andere ziekenhuis). In 6 ziekenhuizen



wordt een consultatie bij de cardioloog of de pneumoloog gepland, afhankelijk van de klinische situatie van de geopereerde patiënt.

Kinesitherapie wordt aangeboden door verschillende ziekenhuizen, met verschillende frequentie, en wordt ofwel vergoed door de verzekeringsinstelling ofwel betaald door het ziekenhuis zelf.

5.2.1.4.2 DUUR VAN DE POSTOPERATIEVE BEGELEIDING

De meerderheid van de bariatrische teams bevelen een langetermijnopvolging na de operatie aan. De intensiteit van de begeleiding hangt echter af van de patiënt zelf (financiële situatie, transport, persoonlijke keuzes, therapietrouw, enz.). Ondanks de initiatieven van het bariatrisch team om de patiënt langdurig bij te staan en te behandelen (afsprakenplanning, informatie aan de patiënt in groep of individueel...), is medische of paramedische begeleiding twee jaar na de operatie eerder zeldzaam.

In één ziekenhuis betaalt de patiënt vooraf een vaste prijs per stap van het bariatrische zorgpad. Deze prijs omvat de consultaties en de postoperatieve begeleiding.

5.2.1.4.3 SPECIFIEKE INITIATIEVEN

Vijftien ziekenhuizen bieden specifieke initiatieven aan om de begeleiding van patiënten na een bariatrische ingreep te verbeteren. Deze initiatieven worden vergoed door het ziekenhuis.

Bijvoorbeeld:

- Kookclub, discussiegroep, culinaire workshop, after work party ;
- Informatiebrochures, nieuwsbrieven ;
- Voorstel voor een revalidatieprogramma, aquagym, sportactiviteit, opnieuw atleet worden ;
- Informatiecampagne voor patiënten, behandelende artsen ;
- Actieve deelname aan studies (GastricSleeve).

5.2.1.4.4 REGISTER:

Het register is aanwezig in 15 ziekenhuizen. Het werd bevraagd tijdens de analyse van de kenmerken van de 12 bariatrische ziekenhuisverblijven.

Register	#ZH	#ZH geantwoord	%
Aanwezig	15	19	79 %
Afwezig	4	19	21 %



5.2.2 De geaudite bariatrische ziekenhuisverblijven

De resultaten tonen een samenvatting van alle observaties genoteerd tijdens de analyse van de 29 kenmerken (bijlage 2) van de 12 bariatrische ziekenhuisverblijven in de 19 ter plaatse geaudite ziekenhuizen (vertegenwoordigd door een geanonimiseerd nummer).

5.2.2.1 KENMERK 01 TOT EN MET 06: NUMMER VAN HET ZIEKENHUISVERBLIJF, LEEFTIJD VAN DE PATIËNT, GESLACHT VAN DE PATIËNT, DUUR VAN HET VERBLIJF, DIAGNOSIS RELATED GROUP (DRG), SEVERITY OF ILLNESS (SOI)

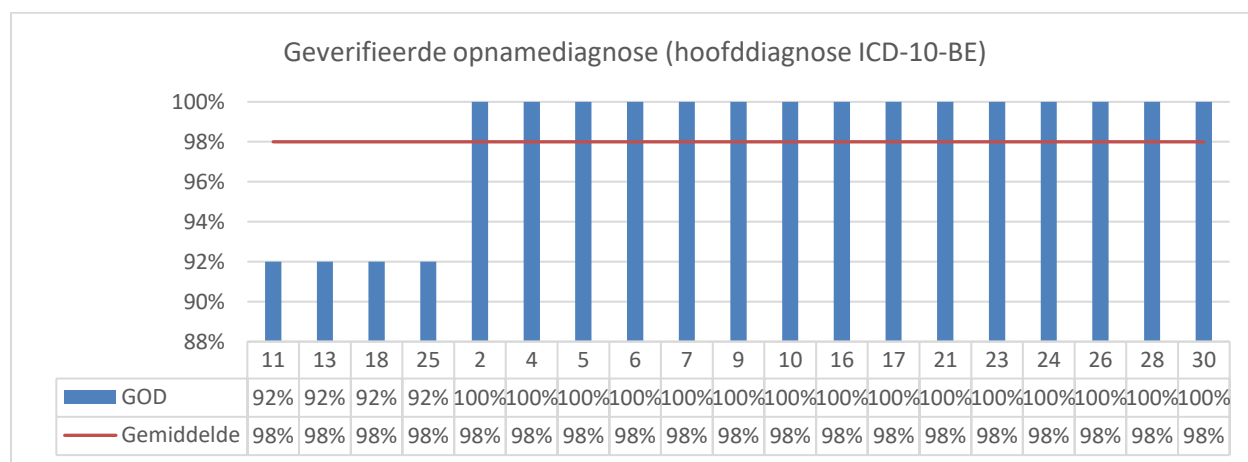
In alle geaudite ziekenhuizen werden de kenmerken 01 tot en met 06 correct geïdentificeerd voor alle geanalyseerde bariatrische verblijven.

5.2.2.2 KENMERK 07 : GEVERIFIEERDE OPNAMEDIAGNOSE (GOD) (ICD-10-BE HOOFDDIAGNOSE)

Figuur 22 toont de score (in %) van de 19 geaudite ziekenhuizen voor het kenmerk ‘geverifieerde opnamediagnose (GOD)’. Dit is de ICD-10-BE hoofddiagnose.

De hoofddiagnose van geselecteerde bariatrische verblijven is een code voor obesitas ingedeeld in de categorie E66 (overweight and obesity). Een score van 5/5 wordt toegekend wanneer de code correct is. Een score van 0/5 wordt gegeven wanneer dit niet het geval is.

Voor 15 ziekenhuizen is de score 100%. Vier ziekenhuizen scoren met 92% onder het gemiddelde van 98%.



Figuur 22: Kenmerk 07 Geverifieerde opnamediagnose (categorie E66)



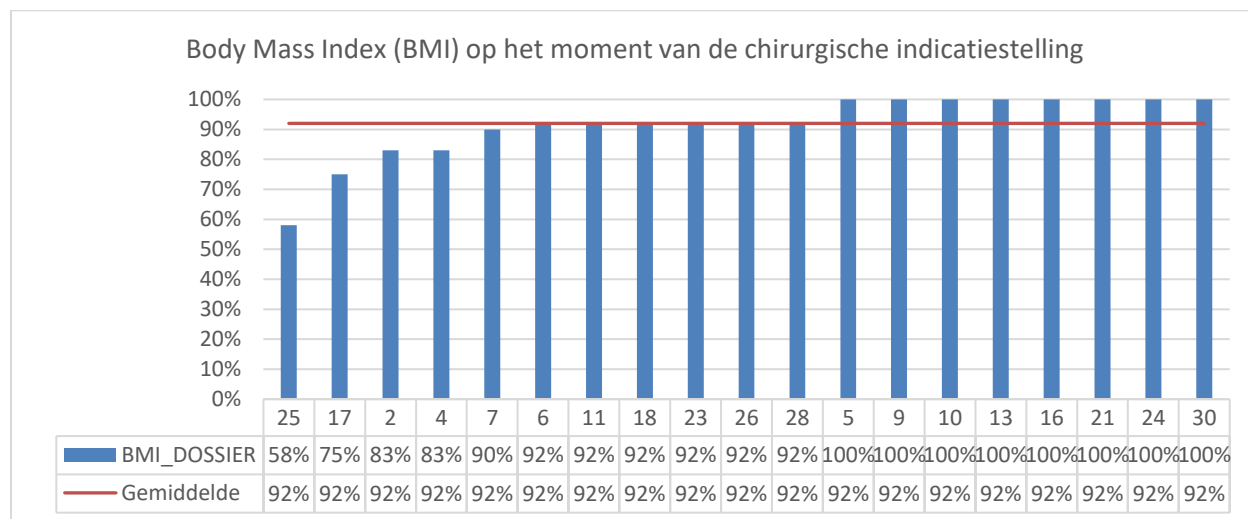
5.2.2.3 KENMERK 08 : BMI (MEDISCH DOSSIER)

Figuur 23 toont de score (in %) van de 19 geaudite ziekenhuizen voor het kenmerk "BMI (medisch dossier)". Het betreft de waarde van de Body Mass Index (BMI) op het moment van de chirurgische indicatiestelling.

De waarde van de BMI is de eerste voorwaarde voor de aanrekenbaarheid van een bariatrische ingreep "ter behandeling van obesitas", zoals gedefinieerd in het artikel 14d van de NGV. De waarde van de BMI is opgenomen in het medisch dossier van de patiënt, namelijk in het verslag van het multidisciplinair bariatrisch overleg met de gezamenlijke indicatiestelling tot chirurgische ingreep.

Een score van 10/10 wordt gegeven wanneer deze BMI voldoet aan de voorwaarden voor aanrekenbaarheid van de bariatrische ingreep, indien niet wordt een score van 0/10 toegekend.

In 8 van de 19 geaudite ziekenhuizen (42%) is voor alle 12 verblijven aan dit criterium voldaan. Deze 8 ziekenhuizen scoren 100%. Zes ziekenhuizen scoren 92% en bij 5 ziekenhuizen ligt de score (58 tot 90%) onder het gemiddelde van 92%.



Figuur 23: kenmerk 08 BMI (medisch dossier)

5.2.2.4 KENMERK 09 : ICD-10-BE CODE BMI

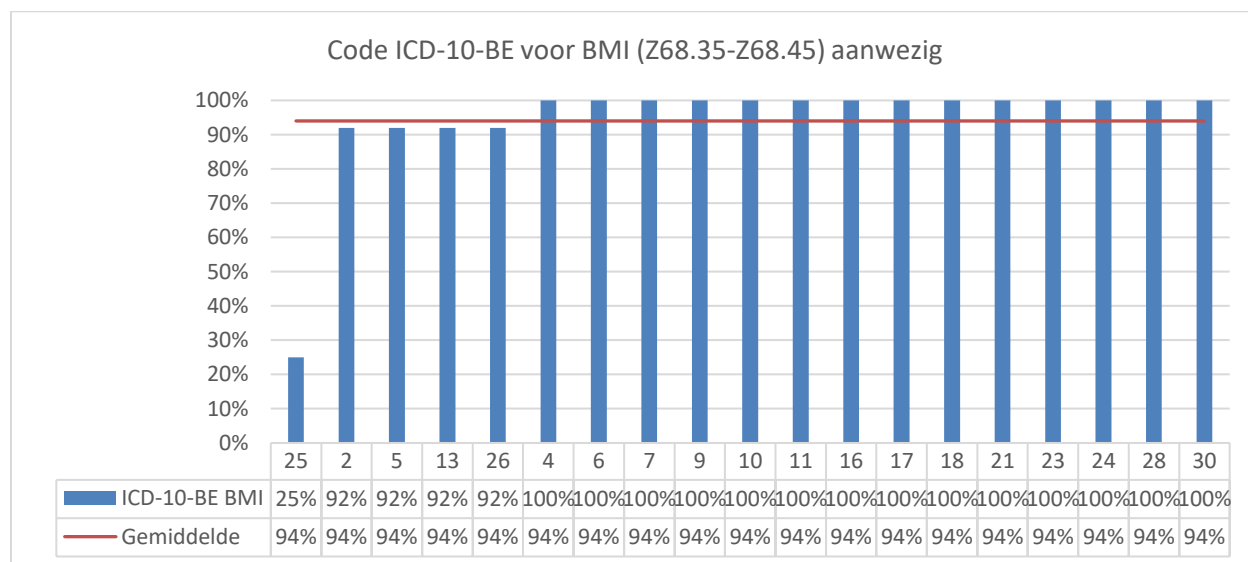
Figuur 24 toont de score (in %) van de 19 geauditeerde ziekenhuizen voor het kenmerk « ICD-10-BE code BMI (Z68.35-Z68.45) ».



Dit kenmerk wordt gebruikt om de correcte toepassing van de ICD-10-BE coderingsrichtlijnen voor de codering van de BMI van de patiënt tijdens het bariatrische ziekenhuisverblijf te auditen, ongeacht de voorwaarden van de NGV.

Een score van 5/5 wordt toegekend als de code aanwezig en correct is. Een score van 0/5 wordt toegekend indien de codering ontbreekt of onjuist is.

Voor 14 geaudite ziekenhuizen is de ICD-10-BE code voor de BMI aanwezig en correct geïdentificeerd voor alle geanalyseerde bariatrische verblijven. Deze 14 ziekenhuizen scoren 100% voor dit kenmerk. Eén ziekenhuis scoort 25%.



Figuur 24: kenmerk 09 ICD-10-BE CODE BMI

5.2.2.5 KENMERK 10 TOT EN MET 17 : DIABETES (MEDISCH DOSSIER), ICD-10-BE CODE DIABETES, HYPERTENSIE (MEDISCH DOSSIER), ICD-10-BE CODE HYPERTENSIE, SLAAPAPNEUSYNDROOM (MEDISCH DOSSIER), ICD-10-BE CODE SLAAPAPNEUSYNDROOM, HERINGREEP (MEDISCH DOSSIER), ICD-10-BE CODE HERINGREEP

De kenmerken 10 tot en met 17 (bijlage 2) werden ter plaatse besproken bij alle geanalyseerde bariatrische verblijven en er werd verslag over uitgebracht. Ze werden echter niet gescoord omdat ze in aanmerking werden genomen bij het punt "BMI (medisch dossier)". Dat het een heringreep betreft of dat de patiënt aan comorbiditeiten lijdt in het geval dat hij/zij met een BMI 35-39,9 een bariatrische ingreep ondergaat, is een van de voorwaarden opdat de verstrekking aanrekenbaar is (artikel 14d van de NGV).



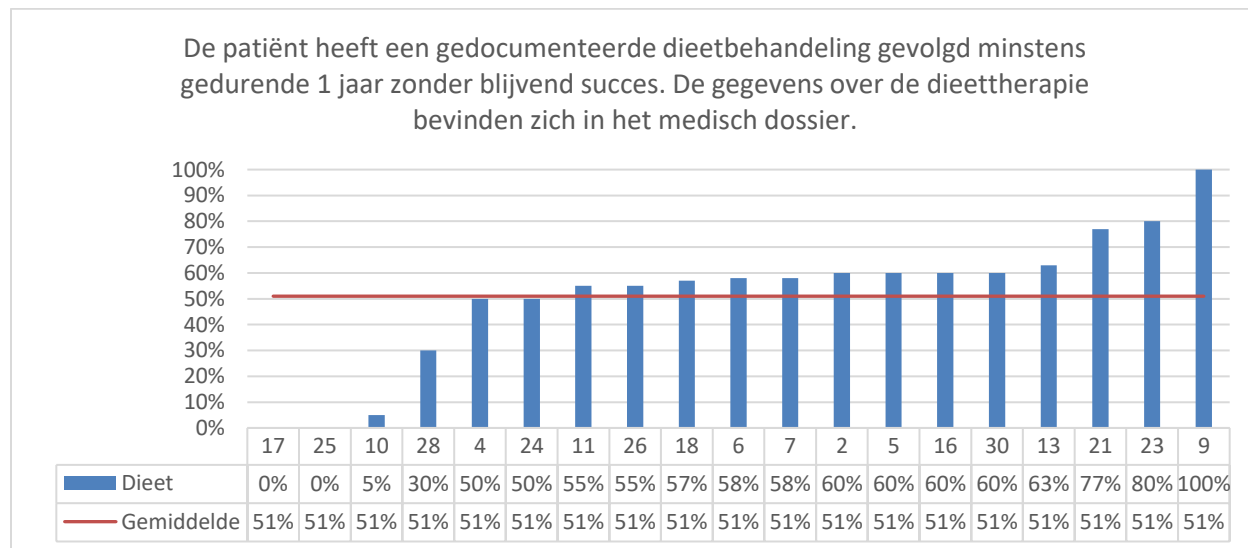
5.2.2.6 KENMERK 18 : GEDOCUMENTEERDE DIEETBEHANDELING

Figuur 25 toont de score (in %) van de 19 geaudite ziekenhuizen voor het kenmerk "gedocumenteerde dieetbehandeling".

Een voorwaarde voor de aanrekenbaarheid van een bariatrische ingreep ter behandeling van obesitas (artikel 14d van de NGV) luidt dat de patiënt minstens gedurende 1 jaar een gedocumenteerde dieetbehandeling heeft gevolgd zonder blijvend succes. De gegevens over de dieettherapie bevinden zich in het medisch dossier.

Wanneer de dieettherapie gedocumenteerd is in het medisch dossier van de patiënt (bijvoorbeeld met de verklaring van een nutritionist/diëtist of een behandelend arts), wordt het kenmerk van dit verblijf met 5/5 gewaardeerd. Indien de informatie van één of meer diëten in het dossier (patiëntenverklaring) aanwezig is, maar er een onnauwkeurigheid bestaat over de totale duur van het dieet, wordt een score van 3/5 toegekend. Als de documentatie van een dieettherapie ontbreekt, wordt een score van 0/5 toegekend.

Eén van de 19 geauditeerde ziekenhuizen scoort 100%. Bij 2 ziekenhuizen is er geen registratie van de dieettherapie waardoor de toegekende score 0% is. Voor 16 ziekenhuizen varieert de score van 5% tot 80%.



Figuur 25: kenmerk 18 Gedocumenteerde dieetbehandeling.



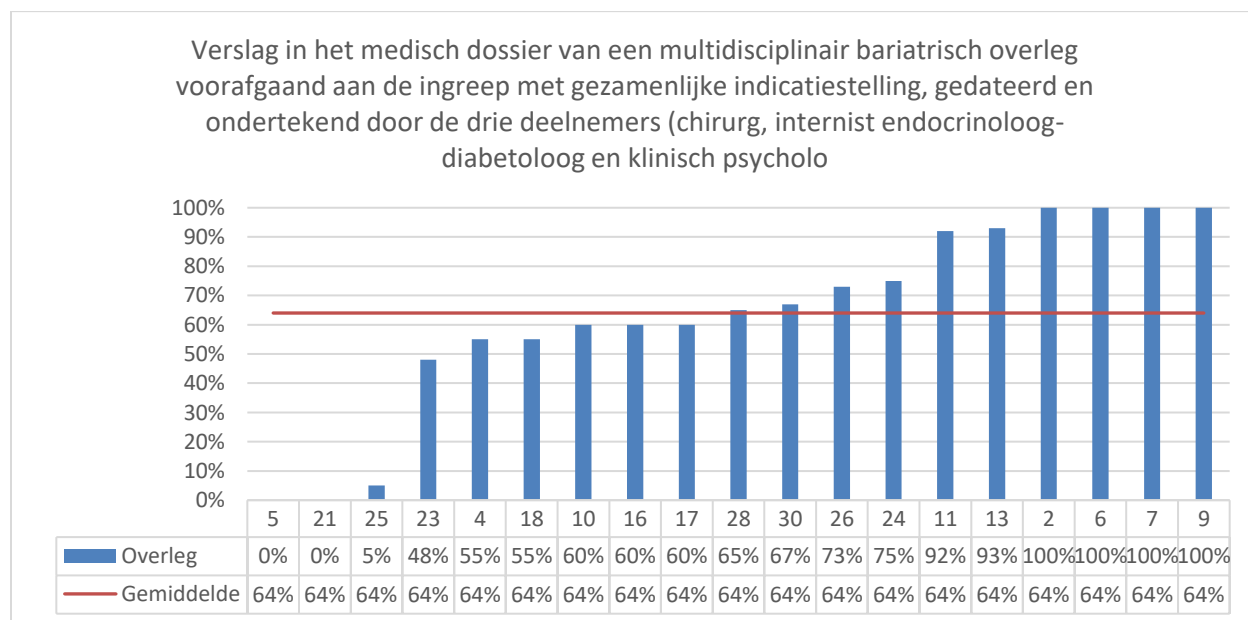
5.2.2.7 KENMERK 19 : MULTIDISCIPLINAIR BARIATRISCH OVERLEG

Figuur 26 toont de score (in %) van de 19 geaudite ziekenhuizen voor het kenmerk "multidisciplinair bariatrisch overleg". Het multidisciplinair bariatrisch overleg inclusief het verslag ervan is de 4e voorwaarde opdat een bariatrische ingreep ter behandeling van obesitas aanrekenbaar is (artikel 14d van de NGV).

Een multidisciplinair bariatrisch overleg waar naast de arts-specialist in de chirurgie tevens tenminste een arts-specialist in de inwendige geneeskunde met een bijzondere beroepstitel in de endocrinologie-diabetologie en een arts-specialist in de psychiatrie of een klinisch psycholoog aan deelnemen, wordt uitgevoerd. Het verslag van dit overleg met de gezamenlijke indicatiestelling tot chirurgische ingreep wordt ondertekend door de drie deelnemers van de vermelde disciplines. Het verslag van het overleg bevindt zich samen met de gegevens over de dieettherapie in het medisch dossier.

Wanneer aan het bovenstaande voldaan is en we een gedateerd en ondertekend verslag terugvinden, wordt voor het verblijf een score van 5/5 toegekend. Als het verslag aanwezig is in het medisch dossier van de patiënt, maar er gegevens ontbreken, wordt een score van 3/5 toegekend. Bij gebrek aan het verslag is de score 0/5.

In 4 ziekenhuizen is een gedateerd en ondertekend verslag beschikbaar voor alle verblijven. Deze ziekenhuizen scoren 100% voor dit kenmerk. In 2 ziekenhuizen is het verslag afwezig waardoor de score 0% is. In 13 ziekenhuizen varieert de score van 5% tot 93%.



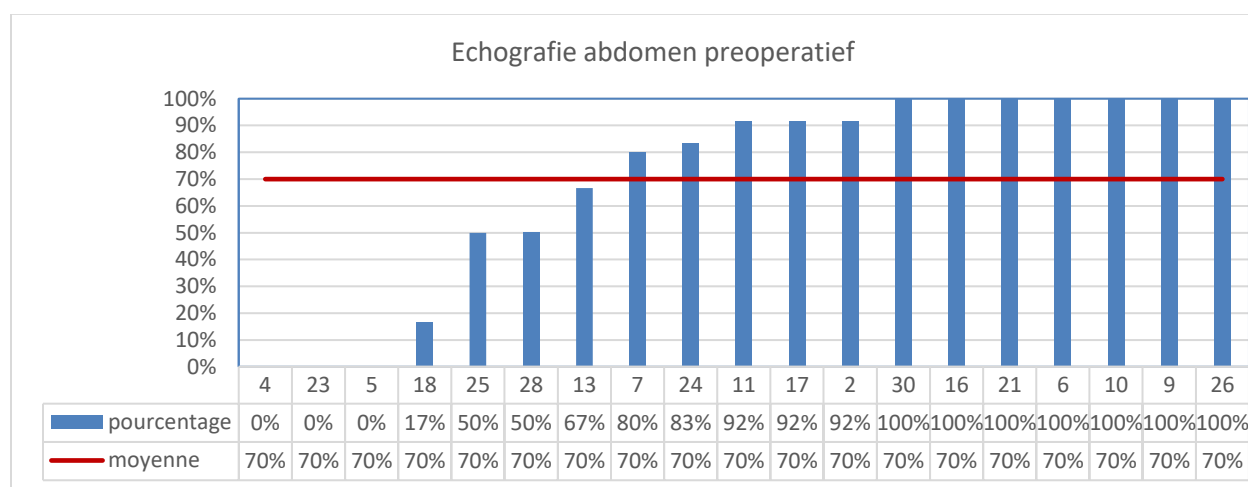
Figuur 26: kenmerk 19 Multidisciplinair bariatrisch overleg.



5.2.2.8 KENMERK 20 : ECHOGRAFIE VAN HET ABDOMEN

Figuur 27 toont de resultaten van de 19 geaudite ziekenhuizen voor het kenmerk “echografie van het abdomen”. Het auditteam noteerde of er preoperatief een echografie van het abdomen werd uitgevoerd. Het kenmerk wordt niet gescoord.

In 7 ziekenhuizen werd bij alle verblijven een preoperatieve echografie uitgevoerd. In 3 ziekenhuizen werd geen echografie van het abdomen uitgevoerd voor de bariatrische ingreep. Voor de andere 9 ziekenhuizen varieert het percentage van 17% tot 92%.

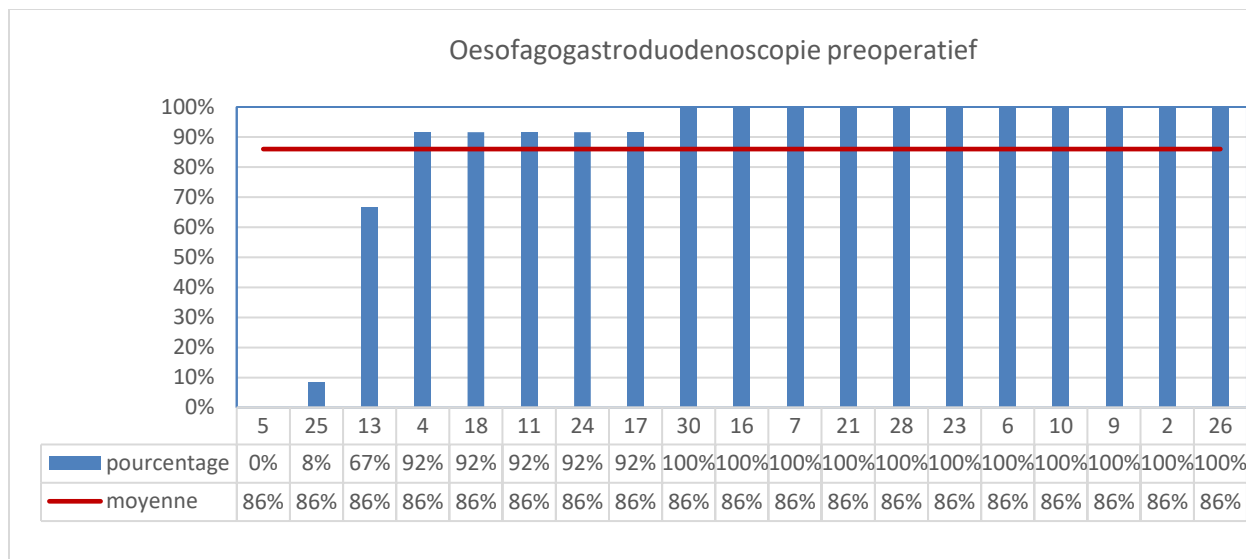


Figuur 27: kenmerk 20 Echografie van het abdomen.

5.2.2.9 ITEM 21 : OESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIE

Figuur 28 toont de resultaten van de 19 geaudite ziekenhuizen voor het kenmerk “oesofagogastroduodenoscopie”. Het auditteam noteerde of er preoperatief een oesofagogastroduodenoscopie werd uitgevoerd. Het kenmerk wordt niet gescoord.

In 11 ziekenhuizen werd voor alle verblijven een preoperatieve endoscopie uitgevoerd. In 1 ziekenhuis werd geen endoscopie uitgevoerd voor de operatie. Voor de andere 7 ziekenhuizen varieert het percentage van 8% tot 92%.



Figuur 28: kenmerk 21 Oesofagogastroduodenoscopie.

5.2.2.10 KENMERK 22 : OPERATIEF PROTOCOL

Dit kenmerk is niet gescoord.

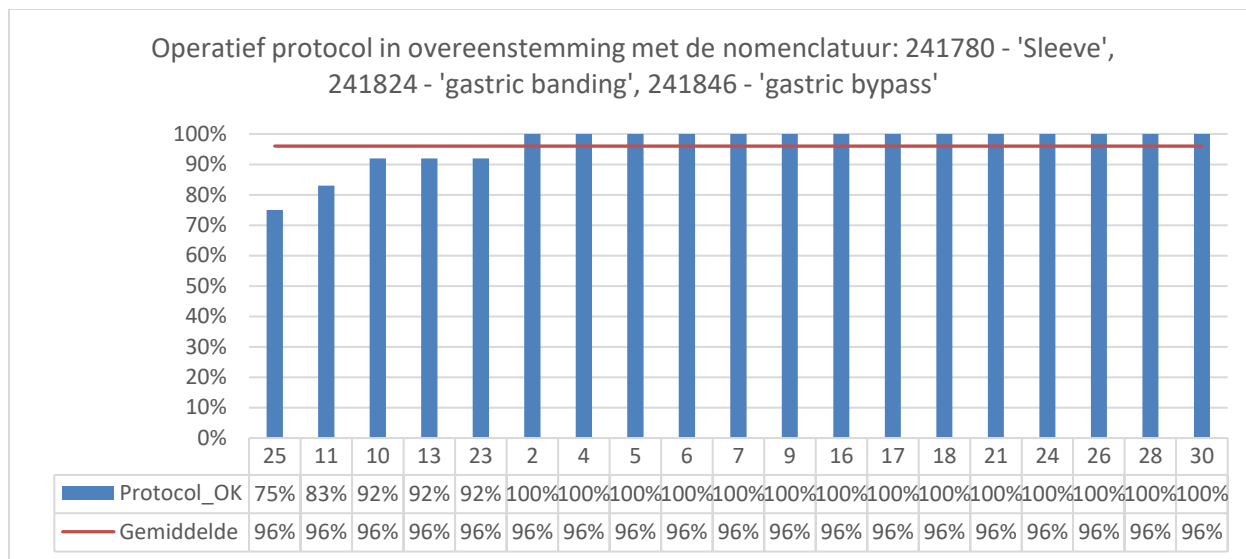
De operatieve protocollen zijn aanwezig voor alle verblijven in 17 van de 19 geaudite ziekenhuizen. Bij 2 ziekenhuizen ontbreekt met betrekking tot één verblijf het operatief protocol in het medisch dossier van de patiënt.

5.2.2.11 KENMERK 23 : OPERATIEF PROTOCOL IN OVEREENSTEMMING MET DE NOMENCLATUUR

Figuur 29 toont de score (in %) van de 19 geauditeerde ziekenhuizen voor het kenmerk “operatief protocol in overeenstemming met de nomenclatuur: 241780-‘Sleeve’, 241824-‘gastric banding’, 241846-‘gastric bypass’”.

Een score van 5/5 wordt toegekend wanneer de gedetailleerde beschrijving van de bariatrische ingreep in het operatief protocol van de chirurg overeenkomt met de door het ziekenhuis aangerekende nomenclatuurcode. Indien niet is de score 0/5.

In 14 ziekenhuizen zijn de operatieve protocollen in overeenstemming met de aangerekende nomenclatuurcode, wat tot een score van 100% leidt voor dit kenmerk. In 5 ziekenhuizen varieert de score tussen 75% en 92%. (zie punt 7.2 "Getarificeerde nomenclatuurcodes en uitgevoerde ingreep").



Figuur 29: kenmerk 23 Operatief protocol in overeenstemming met de nomenclatuur

5.2.2.12 KENMERK 24 : ICD-10-BE PROCEDURE CODE (ICD-10-PCS)

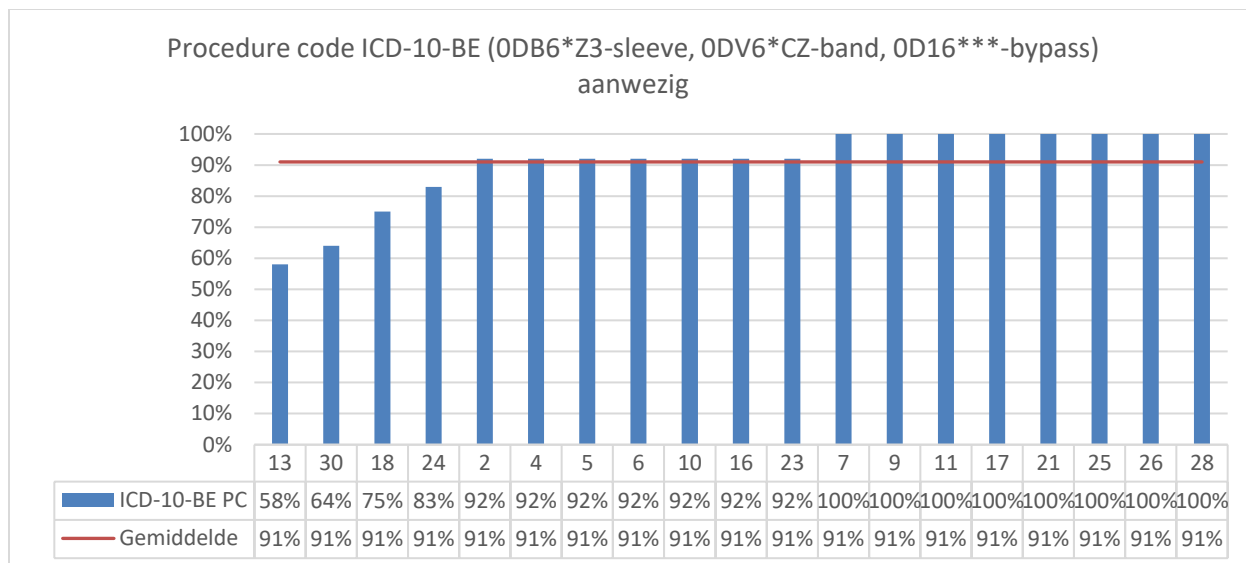
Figuur 30 toont de score (in %) van de 19 geaudite ziekenhuizen voor het item "ICD-10-BE procedure code".

Dit kenmerk wordt gebruikt om de correcte toepassing van de ICD-10-BE coderingsrichtlijnen voor de codering van de bariatrische ingreep (ICD-10-PCS) tijdens het bariatrische ziekenhuisverblijf te auditen.

Een score van 5/5 wordt toegekend als de code aanwezig is en correct is. Een score van 0/5 wordt toegekend indien de codering ontbreekt of onjuist is.

Voor 8 ziekenhuizen is de procedure code van de bariatrische ingreep aanwezig en correct geïdentificeerd voor alle geanalyseerde bariatrische verblijven. Deze 8 ziekenhuizen scoren 100% voor dit kenmerk.

Zeven ziekenhuizen scoren 92%. Vier ziekenhuizen scoren voor dit kenmerk met 58% tot 83% onder het gemiddelde van 91%.



Figuur 30: kenmerk 24 ICD-10-BE procedure code

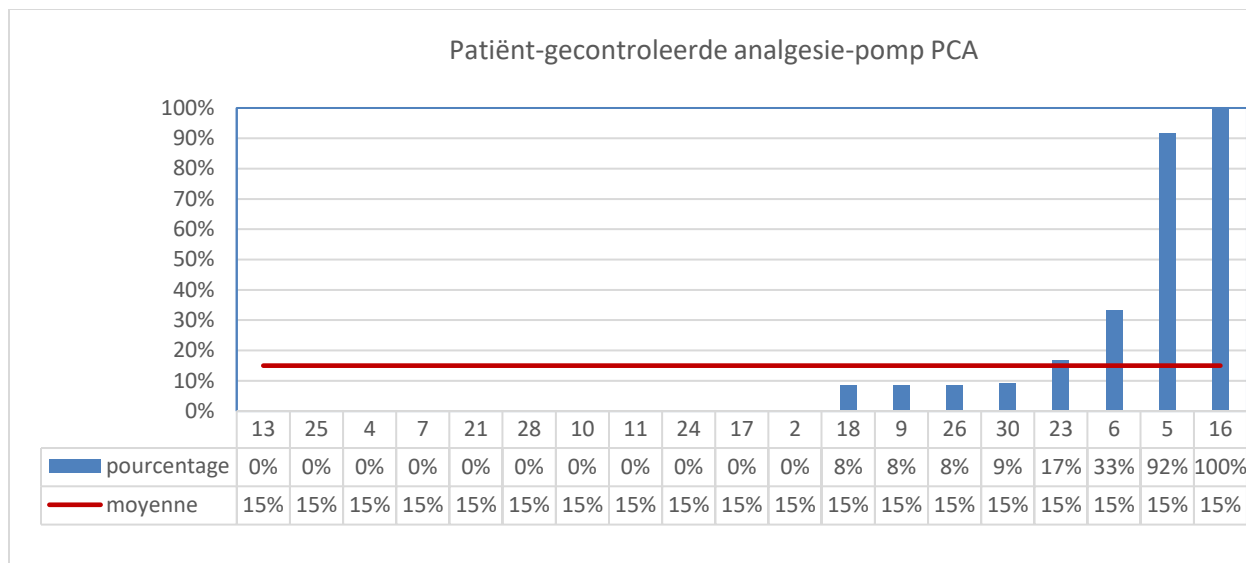
5.2.2.13 KENMERK 25 : COMPLICATIE TE WIJTEN AAN EEN HULPMIDDEL

Bij vier verblijven noteerden we een complicatie na een bariatrische ingreep (hemorragische complicaties, abces en fistel op anastomoseniveau).

5.2.2.14 KENMERK 26 : PCA-POMP

Figuur 31 toont per ziekenhuis het percentage patiënten waarbij het ziekenhuis een PCA-pomp aanrekende tijdens de ter plaatse geaudite bariatrische verblijven. De analyse gebeurt op basis van de nomenclatuurcode 202344 "Forfaitair honorarium voor het opstarten, de programmering en de dagelijkse supervisie en registratie, door een arts-specialist in de anesthesie-reanimatie, van een patiënt-gecontroleerde analgesie-pomp PCA (patient controlled analgesia) voor toediening van morphinomimetica en eventueel co-analgetica via intraveneuze weg (PCIA, patientcontrolled intravenous analgesia), postoperatief en/of na polytrauma, inclusief het gebruikte materieel en exclusief de gebruikte farmaca. De PCA-pomp moet toelaten volgende 4 parameters te programmeren: continue snelheid, PCA-dosis, PCA-blokkering en tijdslimiet".

In 11 van de 19 geaudite ziekenhuizen werd geen PCA-pomp gebruikt. In 2 ziekenhuizen wordt het systematisch of bijna systematisch toegepast. Daarnaast observeerden we dat 2 PCA-pompen onrechtmatig aangerekend werden waardoor ze niet zijn weergegeven in de figuur.



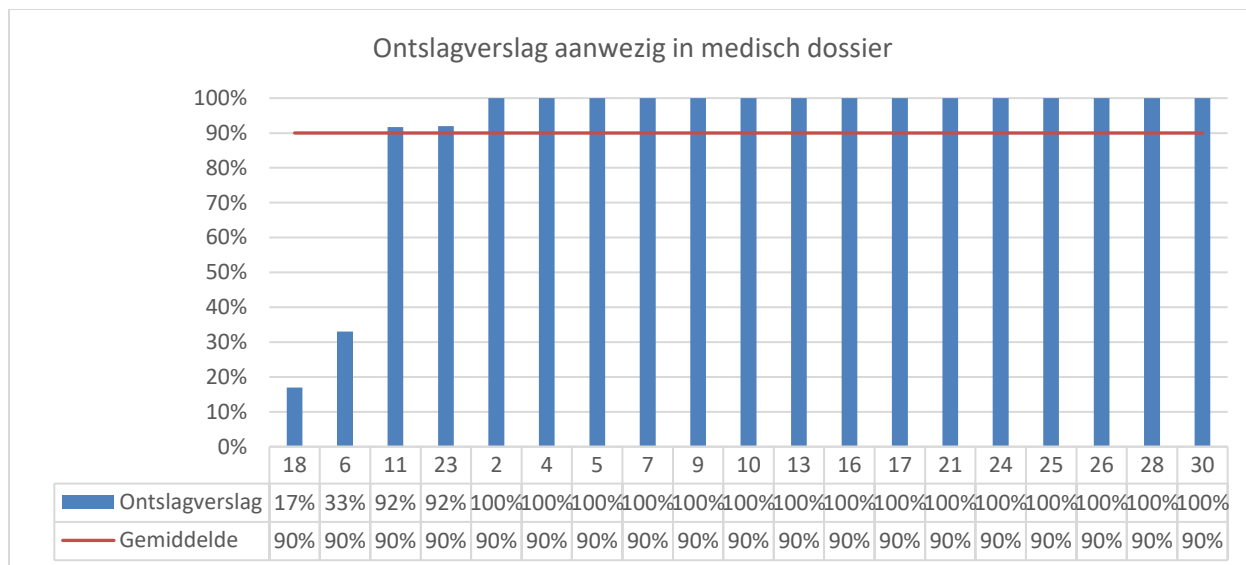
Figuur 31: kenmerk 26 PCA-pomp.

5.2.2.15 KENMERK 27 : ONTSLAGVERSLAG

Figuur 32 toont per ziekenhuis het percentage patiënten waarbij het ontslagverslag beschikbaar was voor de ter plaatse geaudite bariatrische verblijven.

De bepalingen van het ontslagverslag zijn beschreven in het koninklijk besluit van 3 mei 1999, in werking getreden op 30-01-2000, houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waarvan het medisch dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen. Het ontslagverslag omvat het voorlopig verslag dat de onmiddellijke continuïteit van de zorg waarborgt en het volledig verslag over het ziekenhuisverblijf, ondertekend door de arts die voor de patiënt verantwoordelijk is.

Vijftien ziekenhuizen scoren 100% voor het kenmerk. In 4 ziekenhuizen varieert de score tussen 17% en 92%.



Figuur 32: kenmerk 27 Ontslagverslag.

5.2.2.16 KENMERK 28 : AANBEVELINGEN

Aanbevelingen voor de onmiddellijke continuïteit van de zorg en postoperatieve begeleiding, namelijk alle informatie die het voor elke door de patiënt geconsulteerde arts zal mogelijk maken de continuïteit van de zorg te verzekeren, werden beknopt vermeld in het ontslagverslag.

Bij 5 ziekenhuisopnames waren de aanbevelingen aanwezig terwijl het ontslagverslag afwezig was.

5.2.2.17 KENMERK 29 : REGISTER VAN ALLE BARIATRISCHE INGREPEN

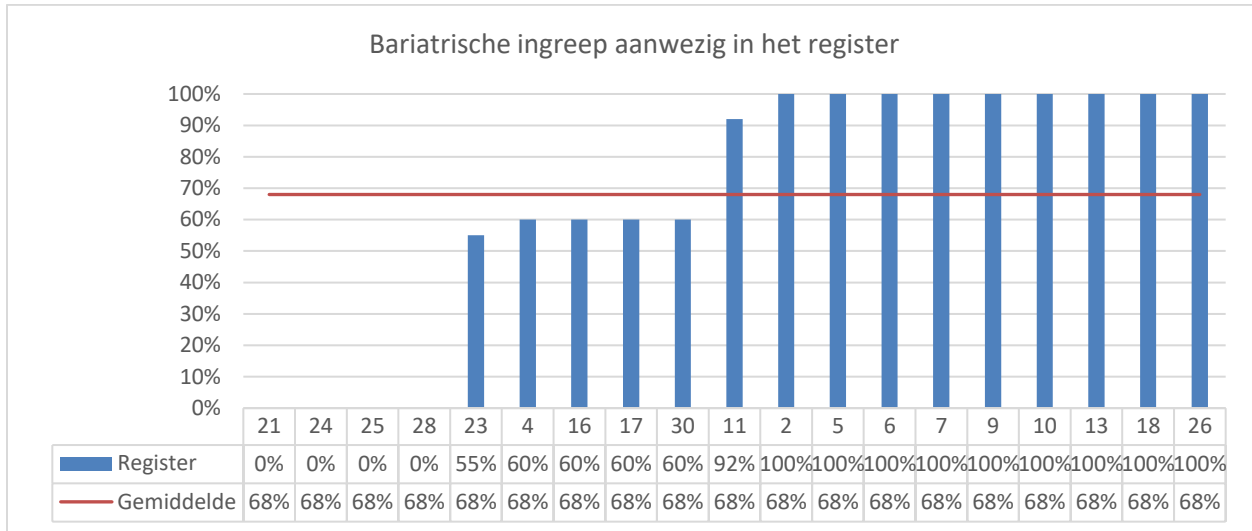
Per ziekenhuis wordt een register bijgehouden van alle bariatrische ingrepen. Dit is de 6^e voorwaarde opdat een bariatrische ingreep ter behandeling van obesitas aanrekenbaar is (artikel 14d van de NGV).

Een score van 5/5 wordt toegekend indien het register aanwezig is en voldoet aan de modaliteiten van de registratie, vastgesteld door het Verzekeringscomité.

Indien de bariatrische ingreep in het register is opgenomen maar inhoudelijk onvolledig is, wordt er 3/5 gescoord. Wanneer de bariatrische ingreep niet in het register is opgenomen, is de score 0/5.

Negen ziekenhuizen (47,37%) scoren 100% (Fig. 33). In 6 ziekenhuizen is het register aanwezig maar is het niet conform de vooropgestelde modaliteiten. De score varieert van 55% tot 92%.

In 4 ziekenhuizen ontbreekt het register of is het niet beschikbaar. De score is 0%.



Figuur 33: Kenmerk 29 Register van alle bariatrische ingrepen



5.2.3 Het elektronisch patiëntendossier (EPD) volgens bepaalde 'Belgian Meaningful Use Criteria' (BMUC)

Hieronder volgen enkele kenmerken van het elektronisch patiëntendossier volgens een deel van de resultaten van het onderzoek van de FOD VVVL in 2018. De antwoorden van de ziekenhuizen van dit onderzoek hielden rekening met de situatie van het ziekenhuis in functie van de datum van het antwoord, d.w.z. tussen eind 2017 en begin 2018. Bovendien konden de geaudite ziekenhuizen in het kader van de audit bariatrische heelkunde een vragenlijst invullen die gericht was op enkele BMUC in functie van de actuele situatie, d.w.z. in de eerste helft van 2019. Ten slotte hebben de observaties tijdens de audit de aandacht gevestigd op de situatie voor de referentieperiode 2016, aan de hand van de geaudite ziekenhuisverblijven. Hieronder volgen de observaties genoteerd in de geaudite ziekenhuizen waar een verpleegkundig-auditeur aanwezig was tijdens de audit bariatrische heelkunde.

In het algemeen zien we dat de resultaten van de audit ter plaatse in overeenstemming zijn met de verklaringen van de ziekenhuizen. Doch noteren we voor het criterium 'unieke patiëntidentificatie' een overmoedige verklaring in één ziekenhuis. We kunnen op dit moment geen volmaakte conclusies trekken over hoe dit verschil verklaard kan worden, aangezien de referentieperioden niet perfect overeenkomen.

Betreffende het criterium 'elektronisch voorschrift' zien we een aanzienlijke toename van het aantal ziekenhuizen dat reeds is uitgerust met een elektronisch voorschrijfsysteem.

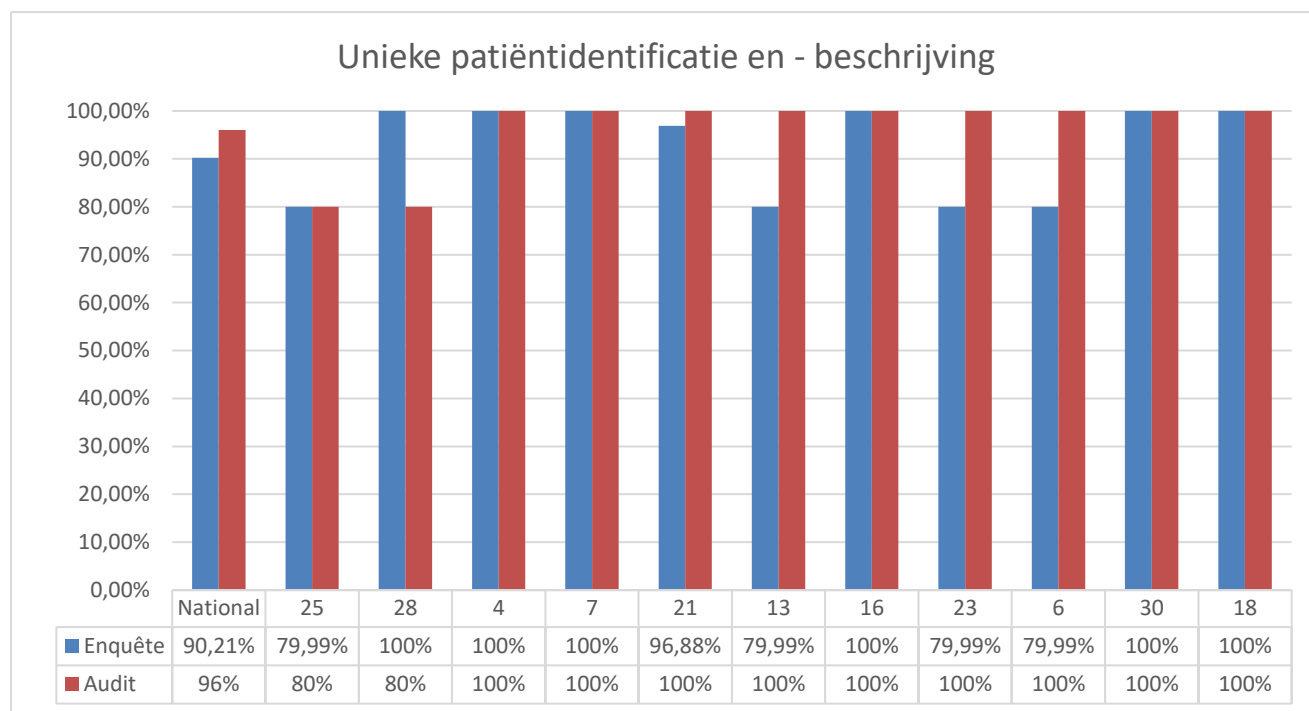
Voor het criterium 'geautomatiseerde communicatie met HUB's en interactie met e-Health' noteren we dat alle ziekenhuizen zijn aangesloten op het Hub-metahub systeem. Het is echter niet mogelijk om te bepalen of een ziekenhuis de patiëntengegevens daadwerkelijk deelt via het Hub-Metahub systeem. Het delen van patiëntengegevens is ook afhankelijk van de geïnformeerde toestemming van de patiënt. Het beleid met betrekking van het delen van gegevens kan verschillen tussen ziekenhuizen. Sommige ziekenhuizen delen automatisch alle gegevens, andere alleen het (voorlopig) ontslagverslag en bijvoorbeeld niet het operatief protocol. Het loont daarom de moeite om de te auditen criteria in team te verfijnen.

5.2.3.1 UNIEKE PATIËNTIDENTIFICATIE EN –BESCHRIJVING

Figuur 34 toont de huidige situatie met betrekking tot een uniek patiëntnummer in alle elektronische systemen die gegevens over patiënten registreren. Het criterium bekijkt het uniek patiënt- en verblijfsnummer voor elke patiënt en of het al dan niet nodig is om dit nummer meerdere keren in te voeren in de verschillende applicaties van het EPD. Op basis van de observaties in de ziekenhuizen tijdens de audit ter plaatse en de observaties met betrekking tot de geaudite ziekenhuisverblijven (2016), noteren we aanzienlijke verbeteringen in de mate van het uitvouwen van het EPD bij de vergelijking van de situatie in 2016, de resultaten van het onderzoek van 2018 en de huidige situatie in 2019. Zo waren in 2016 weinig



ziekenhuizen volledig geïnformatiseerd. In 2016 werden gegevens op papier gekoppeld met elektronische gegevens. Na het scannen van de papieren gegevens werden de gegevens samengebracht in een elektronische vorm.



Figuur 34: Unieke patiëntidentificatie en –beschrijving, vergelijking tussen het onderzoek van de FOD VVVL en de actuele geaudite situatie

De meerderheid van de ziekenhuizen gebruiken een elektronisch systeem dat geen herinvoer van het patiëntidentificatienummer vereist. Desalniettemin zijn er nog enkele ziekenhuizen waar het patiëntidentificatienummer opnieuw ingegeven wordt om van het ene elektronisch systeem naar het andere te gaan om gegevens op te zoeken.

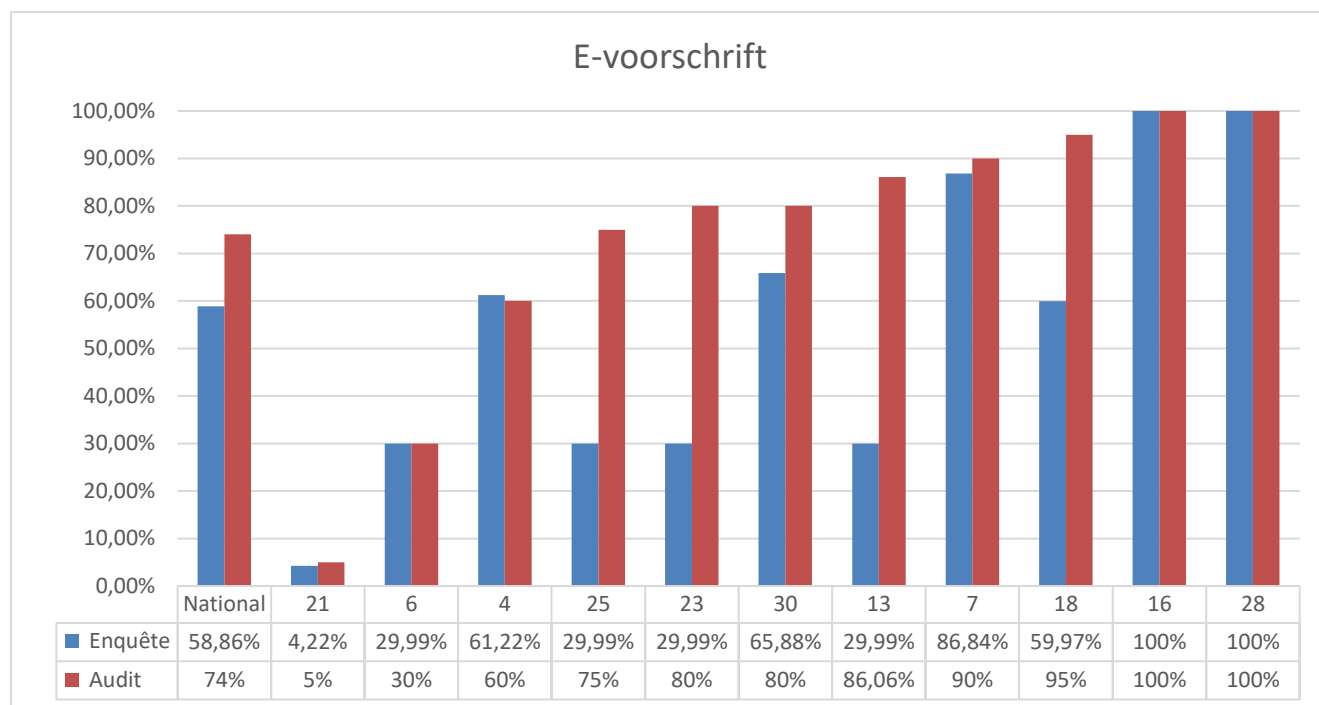
In elk ziekenhuis kent men aan de patiënt een uniek identificatienummer toe. Voor elk contact van de patiënt met het ziekenhuis wordt een uniek verblijfsnummer toegekend.

5.2.3.2 E-VOORSCHRIFT

De situatie is meer gedifferentieerd met betrekking tot het e-voorschrift, namelijk de geautomatiseerde invoer van geneesmiddelenvoorschriften door de zorgverstreker in het ziekenhuis (Fig. 35).



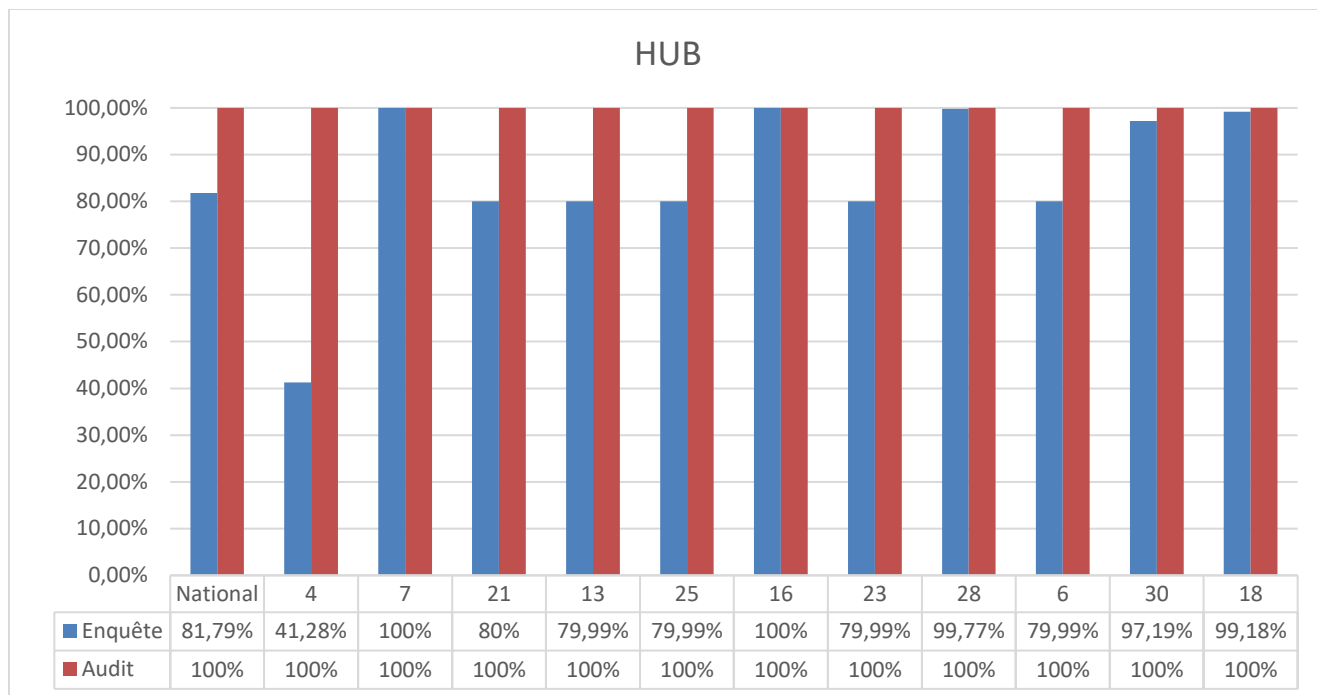
Bepaalde ziekenhuizen gebruiken e-voorschriften in de meeste of in alle diensten. Sommige ziekenhuizen zijn bezig met het uitvouwen van het elektronisch systeem en anderen gebruiken tot op heden voornamelijk het papieren geneesmiddelenvoorschrift.



Figuur 35: E-voorschrift, vergelijking tussen het onderzoek van de FOD VVVL en de actuele geaudite situatie

5.2.3.3 GEAUTOMATISEERDE COMMUNICATIE MET HUB'S EN INTERACTIE MET E-HEALTH

We zien een vergelijkbare situatie in de meeste ziekenhuizen (Fig. 36). Het EPD of het elektronisch systeem voor het archiveren van patiëntendossiers is gekoppeld aan de HUB (regionaal uitwisselingsysteem van medische gegevens tussen zorgverleners). Als de patiënt zijn toestemming heeft gegeven en er een therapeutische relatie bestaat, kunnen de gegevens in het systeem worden geraadpleegd door belanghebbenden buiten de ziekenhuis.



Figuur 36: Geautomatiseerde communicatie met HUB's en interactie met e-Health, vergelijking tussen het onderzoek van de FOD VVVL en de actuele geaudite situatie

5.2.4 De verpleegkundige items

Op basis van een beschrijvende analyse van de registratie van de verpleegkundige gegevens van de minimale ziekenhuisgegevens (VG-MZG) voor de geaudite bariatrische verblijven (zie bijlage over Portahealth voor de nationale en individuele tabellen), en op basis van de antwoorden op de vragenlijst betreffende de VG-MZG in het kader van de opvolging van de bariatrische patiënt in 2016 (zie bijlage 3), kunnen enkele nuttige verbeteringspunten worden aangehaald in verband met de codering van de VG-MZG.

De ziekenhuizen hebben de vragenlijst over de verpleegkundige items beantwoord met betrekking tot de huidige situatie, om de verbeteringen die zijn aangebracht in vergelijking met de geaudite dossiers voor het referentiejaar 2016 te kunnen belichten.

Tijdens de audit zijn de dossiers niet opnieuw gecodeerd, maar op basis van enkele opmerkingen konden bepaalde onjuistheden met betrekking tot de interpretatie van de coderingsrichtlijnen voor bepaalde punten worden aangehaald. De observaties en het advies zal de ziekenhuizen in staat stellen om aanpassingen te doen in het patiëntendossier in lijn met de nieuwe VG-MZG codeerhandleiding, versie 2.0⁴, die sinds de eerste helft van 2018 in gebruik is.

⁴ https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/manuel_de_codage_dihm_-_septembre_2017_-_version_officielle_2.0.pdf



5.2.4.1 ITEM E100 : SYMPTOOMMANAGEMENT: PIJN

Pijnmanagement is een centraal aandachtspunt bij bariatrische heelkunde. Het wordt voornamelijk in acht genomen in de ontwaakzaal en bij de onmiddellijke postoperatieve zorg. De 'Visual Analogue Scale' (VAS) en de 'Numeric Rating Scale' (NRS) zijn de meest gebruikte pijnschalen. Het zijn gevalideerde meetinstrumenten.

Meestal biedt de anesthesist een schema aan met betrekking tot het pijnmanagement. Het schema duidt aan welke geneesmiddelen toegediend kunnen worden bij een specifieke beoordelingsdrempel. Verschillende ziekenhuizen hebben onlangs het programma 'Enhanced Recovery After Surgery' (ERAS) ingevoerd. We observeren dat een procedure voor symptoommanagement van pijn door verpleegkundigen niet steeds aanwezig is, maar dat indien nodig een basisbehandeling wordt toegepast.

In 2016 hebben de geaudite dossiers een onjuiste registratie onthuld vanwege het ontbreken van een verwijzing naar een staand order of een voorschrift voor symptoommanagement van pijn.

Momenteel vergemakkelijken en rechtvaardigen de invoering van procedures en de invoering van het elektronisch verpleegkundig dossier deze registratie.

5.2.4.2 ITEM E200 : SYMPTOOMMANAGEMENT: NAUSEA EN/OF BRAKEN

Het beleid van nausea en/of braken is ook een prioriteit bij bariatrische heelkunde en is gelijkaardig het symptoommanagement van pijn. De opvolging vindt ook plaats op de recovery en postoperatief. De meest gebruikte schalen zijn de VAS, de NRS en 'The Index of Nausea, Vomiting, and Retching' (INVR). De instructies voor het gebruik en geldigheidsreferenties zijn goed geformaliseerd.

De detectie en het symptoommanagement van nausea volgen hetzelfde multimodale model voorgeschreven door de anesthesist. Ook voor dit item observeren we dat een procedure voor symptoommanagement door verpleegkundigen niet steeds aanwezig is, maar dat indien nodig een basisbehandeling wordt toegepast.

Met betrekking tot 2016 lieten de geaudite dossiers een onjuiste registratie zien vanwege het ontbreken van een verwijzing naar een staand order of een voorschrift voor symptoommanagement van nausea.

Momenteel vergemakkelijken en rechtvaardigen de invoering van procedures en de invoering van het elektronisch verpleegkundig dossier deze registratie.



5.2.4.3 ITEM G100 : OPVOLGING VAN DE VOEDINGS- OF VOCHTBALANS

Dit geheel van activiteiten wordt zelden gescoord tijdens een ziekenhuisverblijf bariatrische heelkunde.

Uit de geaudite dossiers blijkt dat de registratie van dit item overeenkomt met de meting van het gewicht bij de opname en bij ontslag op de eenheid. Het verschil tussen de twee metingen wordt berekend. In andere gevallen komt het overeen met een nauwkeurige opvolging van het urinedebiet onmiddellijk postoperatief.

Op de intensieve zorgen komt het item overeen met de precieze berekening van de in-out-balansen.

5.2.4.4 ITEM G300 : GLYCEMIEBELEID

Het glycemiebeleid wordt in de meeste gevallen preoperatief, in de ontwaakzaal en postoperatief geregistreerd op een niet-systematische manier en alleen bij patiënten met diabetes of bij patiënten met risico voor diabetes. Het glycemiebeleid wordt geregistreerd volgens specifieke medische richtlijnen. In deze situaties stelt de anesthesist een te volgen insulineschema op of vraagt een opvolging van de glycemiewaarden onmiddellijk na de operatie.

De geauditeerde dossiers tonen dat in bepaalde gevallen het glycemiebeleid bestaat uit slechts één detectie in de ontwaakzaal zonder verwijzing naar een procedure.

De andere belangrijke reden waarom een registratie van dit item onvoldoende scoort, is omdat de beoordeling van de glycemiewaarden ontbreekt, ook al is dit in het dossier voorzien.

We observeren ook dat zorg verleend door een lid van het diabetesteam, in bepaalde gevallen onjuist geregistreerd wordt.

5.2.4.5 ITEM H200 : AANTAL VERSCHILLENDE IV MEDICATIE EN H300 MEEST FREQUENT TOEGEDIENDE IV MEDICATIE

Deze items worden voor de referentieperiode van 2016 voornamelijk op de recovery en postoperatief geregistreerd.

Het betreft voornamelijk onderhoudsinfusen en het toedienen van pijnstillers, anti-emetica en protonpompinhibitoren.



In 2016 schreef men de geneesmiddelen voor op verschillende manieren, gaande van het papieren voorschrift tot het voorschrift met een intern registratie-instrument naar het e-voorschrift dat is geïntegreerd in het EPD.

De evolutie van de technieken en de toepassing van procedures in vele ziekenhuizen, zoals het ERAS programma, hebben het mogelijk gemaakt de intraveneuze toediening van geneesmiddelen aanzienlijk te verminderen om zo de orale toediening te bevorderen en de verblijfsduur te verkorten.

5.2.4.6 ITEM L100 : OPVOLGING VAN EEN WONDE EN/OF ZONES MET HUIDLAESIES EN/OF EEN VERBAND EN/OF GEBRUIKT MATERIAAL ZONDER UITGEVOERDE ZORGEN

Dit item wordt bijna uitsluitend in de ontwaakzaal en postoperatief geregistreerd.

De klinische beschrijving van de wonde wordt genoteerd op het overdrachtblad van de operatiekamer naar de verpleegeenheid. We zien dat deze beschrijving, die nodig is voor de registratie van dit item, in de geaudite dossiers van 2016 vaak ontbreekt.

5.2.4.7 ITEM N300 : VENEUZE BLOEDAFNAME

Het item wordt gecodeerd op een niet-systematische manier en de registratie blijkt zeer patiënt-afhankelijk.

De soort bloedafname en de validatie van de realisatie zijn goed beschreven in de geaudite dossiers.

We zien echter dat de veneuze bloedafname in verschillende ziekenhuizen uitgevoerd wordt door de centrale staalafname equipe. Dit verpleegkundig personeel is niet permanent of tijdelijk verbonden aan de geaudite verpleegeenheid.

We herinneren eraan dat veneuze bloedafname uitgevoerd door een ondersteunende zorgequipe niet kan geregistreerd worden in het kader van de VG-MZG.

De nauwkeurige aanduiding van de geschikte zorgverlener kan een foutieve registratie voorkomen.

5.2.4.8 ITEM N500 : CAPILLAIRE BLOEDAFNAME

Dit item wordt in het kader van bariatrische heekunde gelijktijdig met het glycemiebeleid geregistreerd.



Dit soort van bloedafname is niet systematisch voorzien in de context van bariatrische heelkunde en wordt bijgevolg alleen uitgevoerd bij patiënten met diabetes of bij patiënten met risico op diabetes.

De soort bloedafname en de validatie van realisatie worden in de meeste dossiers zorgvuldig genoteerd.

5.2.4.9 ITEM S100 : SPECIFIEKE EDUCATIE

Dit item van patiëntenvoorlichting wordt in de meeste gevallen preoperatief, in de ontwaakzaal en postoperatief geregistreerd.

De meest voorkomende onderwerpen waarover educatie wordt gegeven zijn: pijn, misselijkheid/braken, preoperatief douchen en voedingsleer. Het is voornamelijk de diëtiste die de patiënt kennis laat verwerven over voeding.

Een deel van deze informatie maakt deel uit van de zorgcontext waardoor registratie overbodig is.

We herinneren aan de registratierichtlijnen voor verpleegkundige items: activiteiten uitgevoerd door medewerkers van een ondersteunend team kunnen niet geregistreerd worden in het kader van de VG-MZG.

De analyse van de geauditeerde dossiers toont dat sommige registraties niet gerechtvaardigd zijn omwille van onvoldoende documentatie in het patiëntendossier omtrent de aard van de informatie, in relatie tot het herwinnen van de autonomie van de patiënt buiten het ziekenhuis.

Dit item is echter niet grondig onderzocht in de geaudite dossiers omdat de nieuwe VG-MZG codeerhandleiding, versie 2.0 die van toepassing is sinds 2018, de registratierichtlijnen verduidelijkt. Door de wijzigingen komen onjuistheden bij de registratie van dit item minder voor.

5.2.4.10 ITEM S200 : EDUCATIE MET BETREKKING TOT EEN HEELKUNDIGE INGREEP OF ONDERZOEK

Dit item van patiëntenvoorlichting wordt vrijwel alleen in de preoperatieve periode geregistreerd, en terecht.

Dit item hebben we niet diepgaand onderzocht bij de geaudite dossiers omdat de coderingsrichtlijnen sinds 2016 gewijzigd en verduidelijkt zijn. Sinds het bestaan van de codeerhandleiding versie 2.0, die van toepassing is sinds 2018, zijn onjuistheden met betrekking tot de registratie van dit item sterk afgenomen.



5.2.4.11 ITEM V300 : OPVOLGING VAN DE BIOLOGISCHE VITALE PARAMETERS : CONTINUE MONITORING

Dit item wordt voornamelijk geregistreerd bij het ontwaken en op de afdeling intensieve zorgen.

Dit zijn parameters die gevolgd worden met behulp van een toestel dat op een systematische manier de parameters monitort bij het ontwaken en op de dienst intensieve zorgen.

In de geaudite dossiers (2016) observeerden we incorrecte registraties waar er een duidelijke identificatie van het continue karakter van de meting afwezig was. De tweede belangrijke reden voor incorrecte registratie heeft te maken met opvolgen van de bloeddruk met een elektronische manchet. De registratierichtlijnen die gelden voor de gegevens van 2016 staan deze opvolging niet toe. De registratierichtlijnen die van toepassing zijn sinds juli 2018 maken het wel mogelijk om deze opvolging in aanmerking te nemen bij de registratie van dit item.

5.2.4.12 ITEMS V400 : OPVOLGING VAN BIOLOGISCHE VITALE PARAMETERS : DISCONTINUE MONITORING

Dit item wordt preoperatief, bij het ontwaken en postoperatief geregistreerd.

Het betreft de opvolging van parameters zoals de lichaamstemperatuur, de hartslagfrequentie, de bloeddruk, de ademhalingsfrequentie, de arteriële O₂-saturatiemeting, enz.

Deze parameters en de validatie van hun realisatie worden over het algemeen op een duidelijke en nauwkeurige manier genoteerd.

5.2.4.13 ITEM Z100 : EVALUATIE FUNCTIONEEL, MENTAAL, PSYCHOSOCIAAL

Dit item wordt nauwelijks geregistreerd bij bariatrische verblijven.



6 Synthese van de suggesties van de ter plaatse geaudite ziekenhuizen

De bariatrische teams hebben tijdens de audit ter plaatse enkele suggesties en overwegingen aangeboden, waarvan we hieronder een samenvatting weergeven.

6.1 Suggesties in verband met vergoedingscriteria voor bariatrische heelkunde

- In uitzonderlijke gevallen afwijken van de voorwaarden opdat verstrekkingen ter behandeling van obesitas (artikel 14d van de NGV) aanrekenbaar zijn:
 - ✓ Zeer gemotiveerde patiënt met leeftijd <18 jaar, als er strikte klinische indicaties zijn;
 - ✓ Patiënt die wacht op een niertransplantatie;
 - ✓ Diabetespatiënt met BMI 30-34,9;
- Vervangen van het criterium « minstens gedurende 1 jaar een gedocumenteerde dieetbehandeling hebben gevolgd zonder blijvend succes » door « documentatie van de opvolging van een dieetbehandeling gedurende 6 maand in een specifiek centrum is voorhanden, en de nauwgezetheid van de opvolging is gekoppeld aan een vergoeding ». De koppeling met de vergoeding laat een beter nazicht van de voorwaarde toe.
- Toevoegen van nieuwe voorwaarden opdat de verstrekking ter behandeling van obesitas (artikel 14d van NGV) aanrekenbaar is :
 - ✓ Verlies van gewicht voor de bariatrische ingreep met als doel de motivatie van de patiënt te beoordelen;
 - ✓ Aanwezigheid van metabool syndroom (te definiëren door een duidelijke consensus).
- Vanuit ethisch oogpunt de relevantie beoordelen van bariatrische heelkunde bij zeer jonge patiënten die voldoen aan de voorwaarden (langere duur van de zorg).
- Opstellen van een contract met patiënten die baat hebben bij preoperatieve lichaamsbeweging of een dieet om de BMI preoperatief te doen dalen, als voorwaarde opdat de verstrekking aanrekenbaar is.



6.2 Suggesties in verband met de financiering van het zorgpad

- Financiering van een administratief verantwoordelijke of een coördinator/contactpersoon voor het obesitascentrum;
- Financiering van de zorgverleners die deelnemen aan multidisciplinair bariatrisch overleg, naar analogie met het multidisciplinair oncologisch overleg;
- Financiering van de pre- en postoperatieve begeleiding van de patiënt:
 - ✓ Volgens de Nederlandse en Australische voorbeelden: terugbetaling van het remgeld aan de patiënt van de raadplegingen voor dieettherapie, psychologische behandeling en postoperatieve bewegingstherapie/oefentherapie op regelmatige basis (op basis van de aanwezigheid van de patiënt), of terugbetaling van het remgeld bij afloop van de consultatie of tijdens de daaropvolgende consultatie;
 - ✓ Vergoeding van behandelende artsen en andere zorgverleners voor het uitvoeren van verstrekkingen in het kader van het gecoördineerde zorgpad, zodat ingezet wordt op gevorderde begeleiding van obese patiënten en preventie van laattijdige postoperatieve complicaties;
- Ten laste nemen door de ziekteverzekering van het materiaal voor de bariatrische ingreep;
- Toekenning van een aparte bevoegdheidscode aan een arts die houder is van een attest voedingsleer.

6.3 Suggesties met betrekking tot de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

- Creatie van nieuwe verstrekingsnummers (rangnummers) voor RIZIV-facturatie:
 - ✓ Bariatrische heringrepen die alleen in gespecialiseerde centra aanrekenbaar zijn en waarvan de financiering buiten de wet betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg valt;
 - ✓ Bariatrische heringrepen met aangepaste honorering in functie van de duurtijd en de complexiteit van de ingreep;
 - ✓ Andere technieken, bijvoorbeeld de Transoral Outlet Reduction (TORe) uitgevoerd na de 'gastric bypass' of de « Endoscopic sutured gastroplasty » (Endoluminal gastroplasty as treatment of obesity by Endomina™), voorgesteld door een arts-specialist voor gastro-enterologie);
 - ✓ Raadpleging van een obese patiënt, in het kader van de bariatrische heelkunde, bij een klinisch psycholoog en een diëtist;
 - ✓ Heelkunde voor vroege of laattijdige complicaties (steeds vaker) na een bariatrische ingreep, bijvoorbeeld herstel van de doorgang na agressieve littekenvorming of bypassstenose, of heelkunde bij inwendige hernatie na 'gastric bypass';
- Verduidelijking van de aanrekening bij een tweevoudige ingreep in hetzelfde operatiegebied, bv. bariatrische heelkunde en heelkunde voor hiatushernia.



6.4 Andere algemene opmerkingen

- Behoeftte aan een academische autoriteit om de clandestiene ingrepen af te remmen. Gezien het grote aantal bariatrische ingrepen in België zien we ook veel complicaties;
- Behoeftte om complicaties van maagplicaturen die in bepaalde ziekenhuizen worden uitgevoerd te beheren. Deze ingrepen worden actueel door het ziekenhuis gefactureerd als cholecystectomie of als behandeling voor hiatushernia;
- Behoeftte aan de creatie van een authentiek bariatrisch zorgpad of een goed beheerde pre- en postoperatieve begeleiding die in elk centrum waar bariatrische heekkunde plaatsvindt, kan worden aangewend;
- Behoeftte aan massale investering in preventiecampagnes om de toename van obese patiënten in nood een halt toe te roepen;
- Behoeftte aan het opstellen van een overeenkomst in verband met de postoperatieve begeleiding, naar analogie met de overeenkomst inzake zelfregulatie van diabetes-mellitus-patiënten;
- Behoeftte aan de oprichting van medische centra specifiek voor de zorg van obese adolescenten;
- Behoeftte aan herziening van de wijze van toezending van 'bijlage 77' en aan vermindering van de administratieve lasten in verband met deze bijlage, zoals het opnieuw inzenden van het document wanneer de operatiedatum verandert;
- Belang van het aandringen op de motivatie van de patiënt gedurende het hele zorgpad met betrekking tot zijn eetgedrag (bv. via de ontwikkeling van een webapplicatie...);
- Behoeftte aan de automatisering van een nationaal bariatrisch register, naar analogie van het kankerregister.



7 Andere observaties van het auditteam

7.1 Heringrepen

Vierendertig van de 228 geaudite bariatrische verblijven betreffen een bariatrische heringreep (zie Fig. 37). De bariatrische ingreep die de heringreep vooraf ging, is in 59% van de gevallen een 'gastric banding' en in 18% van de gevallen een 'gastric bypass' of een 'Sleeve'. In 23% van de gevallen is de ingreep die de heringreep voorafging niet gedefinieerd.

Na de 'gastric banding' had 65% van de patiënten baat bij een 'gastric bypass' en 30% onderging een 'Sleeve'. Eén patiënt onderging opnieuw een 'gastric banding'. Eén 'Sleeve', uitgevoerd bij een patiënt met een BMI < 35 (27,8), werd aangerekend met de nomenclatuurcode 241485 (Subtotale gastrectomie).

Bij 3 patiënten die eerder een 'gastric bypass' hadden ondergaan, bestond de heringreep uit een 'mini gastric bypass', een 'distalisatie van de dunne darmlus' en een 'Sleeve'. Bij een patiënt met recidiverende obesitas na 'gastric bypass' bij wie een 'distalisatie van de dunne darmlus' is uitgevoerd, rekende het ziekenhuis de nomenclatuurcode 243246 (Segmentaire resectie van de dunne darm) aan. Een 'Sleeve' die wordt uitgevoerd na een 'gastric bypass' komt overeen met een resectie van de gastro-jejunale dilatatie.

Van de twee patiënten bij wie eerst een 'Sleeve' werd uitgevoerd, onderging de ene als heringreep een 'gastric bypass' en de andere een 'mini gastric bypass'.

Bariatrische ingreep	#	%	Heringreep	#	%
'gastric banding'	20	59%	'gastric bypass'	13	65%
			'Sleeve'	6	30%
			'gastric banding'	1	5%
'gastric bypass'	3	9%	'mini gastric bypass'	1	33%
			'Distalisatie dunne darmlus'	1	33%
			'Sleeve'	1	33%
'Sleeve'	3	9%	'gastric bypass'	2	67%
			'mini gastric bypass'	1	33%
Inconnu	8	23%	'gastric bypass'	5	62%
			'Sleeve'	2	25%
			'gastric banding'	1	13%

Figuur 37: Verdeling van de bariatrische verblijven met heringrepen.



7.2 Aangerekende nomenclatuurcodes en effectief uitgevoerde ingrepen

Bij 27 patiënten, voor wie de nomenclatuurcode voor 'gastric bypass' (241846) is aangerekend, werd daadwerkelijk de volgende ingreep uitgevoerd:

- 'mini gastric bypass' (24 patiënten) ;
- 'Sleeve' (2 patients) ;
- 'Single Anastomosis Duodenum-Ileum (SADI)' (1 patient).

De nomenclatuurcode voor 'Sleeve' (241780) werd aangerekend voor één patiënt die een 'mini gastric bypass' heeft ondergaan. Voor 5 patiënten die effectief een 'Sleeve' ondergingen, werden de volgende ingrepen aangerekend:

- 'gastric bypass' (241846) (2 patiënten) ;
- Subtotale gastrectomie (241485) bij BMI 27,8 (1 patiënt);
- 'gastric banding' (241824) (1 patiënt);
- Honorarium voor het pathologisch-anatomisch onderzoek, door inclusie en coupe, van zoveel prelevementen als nodig, ongeacht het aantal coupes en ongeacht het aantal onderzochte organen en met inbegrip van het eventueel macroscopisch onderzoek, voor volgende operatiestukken : - partiële mammelectomie met okselklier uitruiming, - totale mammelectomie met of zonder okselklier uitruiming, - partiële of totale pneumectomie, - partiële of totale slokdarmresectie, - bilaterale lies klierevidement, - lymfeklierevidement van 2 of meerdere groepen halsklieren, - tumorectomie van de mondbodem met of zonder mandibulectomie, - tumorectomie van het verhemelte met of zonder maxillectomie, - totale maxillectomie, - partiële of totale gastrectomie, - dunne darm resectie, - partiële of totale colectomie, - duodenopancreatectomie, - radicale, totale of subtotale hysterectomie, - abdominoperineale resectie, - partiële of totale laryngectomie, - totale cystectomie, - totale penisamputatie, - totale nefrectomie, - totale prostatectomie (met zaadblaasjes), - hartresectie, - hart long blok, - totale hepatectomie, - totale pelvectomie, - totale vulvectomie, - foetus van 14 tot en met 24 weken (588302) (1 patiënt) ».

Negen bariatrische ingrepen 'Sleeve' (241780), waren effectief 'Magenstrasse and Mill'. De nomenclatuurcode voor 'Sleeve' (241780) werd aangerekend voor een heringreep type 'resectie van gastrojunale dilatatie' na een 'gastric bypass'. Een andere heringreep na een 'gastric bypass', bestaande uit een anastomosedistalisatie, werd aangerekend als 'segmentaire resectie van de dunne darm' (243246) omdat er geen exacte nomenclatuurcode werd teruggevonden in de NVG.

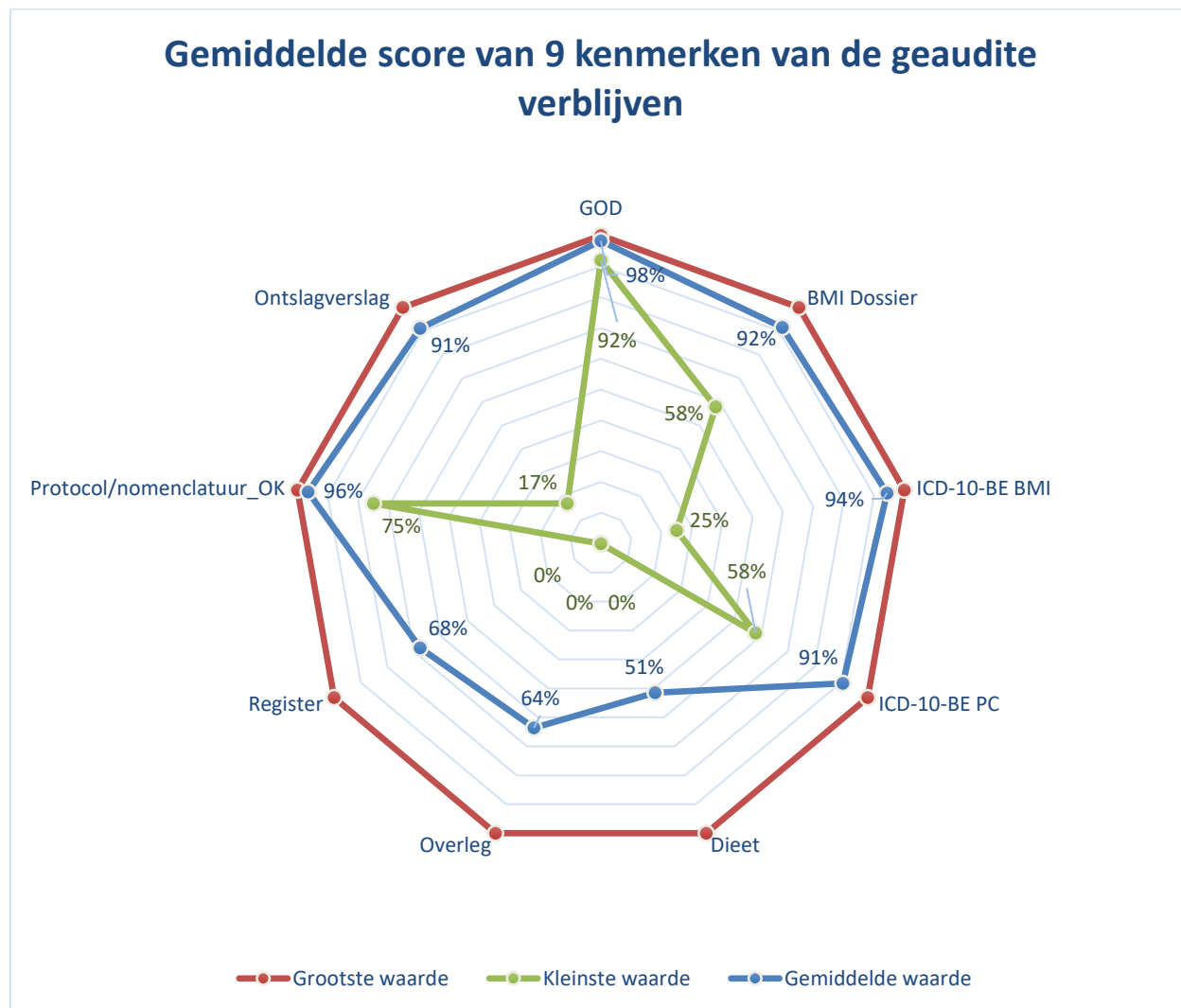
Twee patiënten met BMI < 35, ondergingen respectievelijk een 'gastric bypass' en een 'gastric banding', met aanrekening van 243342 (ingreep wegens darmobstructie (exclusief beklemd hernia) en 241043 (middenrijs- of hiatushernia langs abdominale weg). Tot slot werd een bariatrische ingreep bestaande uit een endoluminale gastroplastie door een gastro-enteroloog uitgevoerd bij een patiënt zonder comorbiditeit met BMI < 40. Het ziekenhuis rekende hiervoor de code 473060 aan (onderzoek van het hogere spijsverteringskanaal door middel van endoscopie).



8 Discussie

8.1 Algemene resultaten : zorgpad en geaudite ziekenhuisverblijven

De radargrafiek (Fig. 38) geeft de resultaten weer van 9 criteria die geanalyseerd werden voor telkens 12 geaudite verblijven in de 19 bezochte ziekenhuizen. Omwille van het beperkt aantal ziekenhuizen (19/97) en omwille van het feit dat die geselecteerd werden onder de ziekenhuizen met het hoogste aantal ingrepen, is er geen extrapolatie uitgevoerd.



Figuur 38: Laagste score, gemiddelde score en hoogste score voor 9 kenmerken voor de ter plaatse geaudite verblijven

Drie criteria (GOD, ICD-10-BE BMI, ICD-10-BE PC) zijn gebaseerd op de codering in ICD-10-BE die van toepassing is sinds 01/01/2015. Vijf criteria (BMI (medisch dossier), dieettherapie, multidisciplinair bariatrisch overleg, register, overeenstemming operatief protocol/nomenclatuur) staan in relatie met artikel 14d van de NGV betreffende de bariatrische heekkunde (bijlage KB van 14/09/1984) en uit artikel 22bis en ter van de verordening van geneeskundige verzorging (28/07/2003). Het kenmerk



‘ontslagverslag’ is gedefinieerd in het koninklijk besluit van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen.

De verwachte score is 100% voor het geheel van de criteria, omdat ze aan bod komen bij de voorwaarden om aanrekenbaar te zijn en bij de financiering van verblijven via het BFM.

8.1.1 Preoperatieve begeleiding

In de 19 geaudite ziekenhuizen blijkt de patiënt zich overwegend op eigen initiatief aan te bieden bij het bariatrisch team. De patiënt komt zeer weinig op verwijzing van de behandelende arts (met uitzondering van 2 ziekenhuizen) of een arts- specialist. De behandelende arts heeft bijgevolg niet vaak een actieve rol bij de initiatie van de heelkunde.

De bestudering van de preoperatieve begeleiding van de patiënt in het kader van bariatrische heelkunde, toont een ongelijkheid inzake de uitgevoerde consultaties en soorten uitgevoerde aanvullende onderzoeken. Deze ongelijkheid kan verklaard worden door de afwezigheid van Belgische aanbevelingen met betrekking tot de heelkundige aanpak bij de volwassene.

De preoperatieve consultaties worden systematisch gerealiseerd binnen de 19 geaudite ziekenhuizen bij de chirurg en bij de psychiater/klinisch psycholoog en binnen 18 ziekenhuizen bij de diëtist/nutritionist. De andere preoperatieve consultaties variëren van ziekenhuis tot ziekenhuis zowel op niveau van frequentie als op niveau van type geconsulteerde arts-specialist.

Preoperatief plannen de geaudite ziekenhuizen systematisch een echografie en een gastroscopie in respectievelijk 74% en 89% van de gevallen; dit kon geverifieerd worden tijdens de analyse van de bariatrische verblijven. Een radiografie slokdarm-maag-duodenum (RX SMD) wordt systematisch uitgevoerd in 11% van de gevallen (2 ziekenhuizen) en volgens klinische indicatie in 47% van de gevallen. Onderzoeken van het type polygrafie, dexamethasonetest, manometrie (in geval van ‘Sleeve’) en ademtest worden systematisch uitgevoerd in één instelling. In één van de geaudite ziekenhuizen worden de preoperatieve onderzoeken uitgevoerd tijdens een ziekenhuisverblijf van 2 dagen/1 nacht.

De duur van de preoperatieve begeleiding, m.a.w. de duur tussen de eerste consultatie en de ingreep, is minder dan 4 maanden in 63% van de gevallen, tussen 4 en 6 maanden in 32% van de gevallen en meer dan 6 maanden in 5% van de gevallen. In Frankrijk stelt de ‘Haute autorité de la santé’⁵ een preoperatieve fase met een minimumduur van zes maanden voor. In Zwitserland voorzien de richtlijnen van de ‘Swiss Society for the Study of Morbid Obesity’⁶ afgevaardigd door het ‘Office fédéral de la santé publique’, een minimuminterval van drie maanden.

⁵ www.has-sante.fr

⁶ www.smob.ch



8.1.2 Informatie aan de patiënt

Voor alle geaudite ziekenhuizen wordt de informatie aan de kandidaten voor bariatrische heelkunde rechtstreeks verstrekt door de specialisten. De helft van de ziekenhuizen organiseert eveneens collectieve informatiesessies en 17 ziekenhuizen stellen informatiebrochures ter beschikking van de patiënten.

8.1.3 Gedocumenteerde dieetbehandeling (kenmerk 18)

« ART14.D VAN DE NGV.

(...)

KB 3.8.2007 (INWERKINGTREDING 1.10.2007)

DEZE VERSTREKKINGEN ZIJN SLECHTS AANREKENBAAR OP DE VOLGENDE VOORWAARDEN :

(...)

3° MINSTENS GEDURENDE 1 JAAR EEN GEDOCUMENTEERDE DIEETBEHANDELING HEBBEN GEVOLGD ZONDER BLIJVENDE SUCCES;

4° (...) HET VERSLAG VAN HET OVERLEG BEVINDT ZICH SAMEN MET DE GEGEVENS OVER DE DIEETTERAPIE IN HET MEDISCH DOSSIER.

(...) »

De gemiddelde score voor het dieet is 51%. De aard, de duur (minstens 1 jaar) en de doeltreffendheid van het dieet zijn vaak niet verifieerbaar en het gaat meestal om een verklaring van de verzekerde. Meestal vermeldt de voedingsanamnese de antecedenten van diëten, volgens het verhaal van de patiënt, maar zonder precisering op het niveau van datum of duur. De informatie met betrekking tot voorgaande diëten zijn afwezig in de geaudite medische dossiers van patiënten van 3 ziekenhuizen.

Eén ziekenhuis bereikt de score van 100% dankzij een goede coördinatie en samenwerking met de behandelende arts die de verschillende door de patiënt gevolgde diëten heeft geïnventariseerd.

De geaudite ziekenhuizen vermelden de moeilijkheid om het door de patiënten gevolgde dieet op een gedocumenteerde wijze te inventariseren op een andere manier dan op het woord van de patiënt. De samenwerking met de behandelende arts zou kunnen bijdragen aan een betere documentatie. In dit kader zou een overeenkomst kunnen worden gesloten tussen de patiënt, de behandelende arts en de dienst die obese patiënten opvolgt.

Er kan opgemerkt worden dat één van de criteria om te genieten van een ingreep van bariatrische heelkunde in Zwitserland⁷ erin bestaat dat de patiënt in zijn traject reeds minstens twee jaar van conventionele behandelingen zonder resultaat heeft. Deze vereiste twee jaren dienen niet noodzakelijk opeenvolgend te zijn of direct aan de ingreep vooraf te gaan. Ze omvatten niet enkel de eventuele diëten en medicamenteuze behandelingen, maar ook de psychologische behandelingen.

⁷ Giusti V, Schwab L, Benoit M. Chirurgie bariatrique : quelle est la durée idéale de l'itinéraire préopératoire? Rev Med Suisse 2015, 11: 720-725 <https://www.revmed.ch/RMS/2015/RMS-N-467/Chirurgie-bariatrique-quelle-est-la-duree-ideale-de-l-itineraire-preoperatoire>



8.1.4 Multidisciplinair bariatrisch overleg (kenmerk 19)

In 4 geaudite ziekenhuizen organiseert de chirurg geen multidisciplinair bariatrisch overleg. In de 15 ziekenhuizen waar de chirurg een multidisciplinair bariatrisch overleg organiseert, stellen 7 teams van bariatrische heekunde een ondertekend en gedateerd rapport op dat conform is aan de NGV.

Voor de geaudite verblijven is de gemiddelde score voor het multidisciplinair bariatrisch overleg 64%. Tien ziekenhuizen hebben een score hoger dan het gemiddelde, waarvan 4 een score hebben van 100%. Bovendien bereiken 9 op 19 ziekenhuizen niet de gemiddelde score van 64%. Voor twee onder hen is dit multidisciplinair bariatrisch overleg onbestaande. De door de ziekenhuizen vermelde hindernissen bij de organisatie van een dergelijk overleg zijn vaak van financiële en/of organisatorische aard (bijvoorbeeld de elektronische handtekening).

Het doel van dit rapport van het multidisciplinair bariatrisch overleg is hoofdzakelijk om aan te tonen dat er een overleg bestaat tussen de betrokken zorgverstrekkers met een gemeenschappelijke en op de operatieve indicatie gebaseerde beslissing.

« **ART14.D VAN DE NGV.**

(...)

KB 3.8.2007 (INWERKINGTREDING 1.10.2007) + KB 29.4.2008 (INWERKINGTREDING 1.6.2008)

DEZE VERSTREKKINGEN ZIJN SLECHTS AANREKENBAAR OP DE VOLGENDE VOORWAARDEN :

(...)

4° NA HET UITVOEREN VAN EEN MULTIDISCIPLINAIR BARIATRISCH OVERLEG WAAR NAAST DE GENEESHEER-SPECIALIST IN DE CHIRURGIE TEVENS TENMINSTE EEN GENEESHEER-SPECIALIST IN DE INWENDIGE GENEESKUNDE MET EEN BIJZONDER BEROEPSTITEL IN DE ENDOCRINOLOGIE-DIABETOLOGIE EN EEN GENEESHEER-SPECIALIST IN DE PSYCHIATRIE OF EEN KLINISCH PSYCHOLOOG AAN HEBBEN DEELGENOMEN. HET VERSLAG VAN DIT OVERLEG MET DE GEZAMENLIJKE INDICATIESTELLING TOT CHIRURGISCHE INGREEP WORDT ONDERTEKEND DOOR DE DRIE DEELNEMERS VAN DE VERMELDE DISCIPLINES. HET VERSLAG VAN HET OVERLEG BEVINDT ZICH SAMEN MET DE GEGEVENS OVER DE DIEETTHERAPIE IN HET MEDISCH DOSSIER.

(...) »

8.1.5 Technieken van ingrepen

Wat betreft het type heekunde geattesteerd door de 97 ziekenhuizen, vertegenwoordigen de 'gastric bypass' en de 'Sleeve' respectievelijk 59% en 32% van de bariatrische ingrepen (zie fig. 1). De techniek van de 'gastric banding' is over het algemeen minder frequent (2% van de ingrepen), hoewel zij ten minste 5% van de bariatrische interventies vertegenwoordigt in 8 ziekenhuizen. Eén van hen onderscheidt zich van de anderen door de uitvoering van een 'gastric banding' in 60% van de verblijven voor bariatrische heekunde. Nochtans blijkt dat de 'gastric banding' een matige doeltreffendheid heeft en minder effect heeft op het gewichtsverlies in vergelijking met de 'gastric bypass' en de 'Sleeve' en dat ze vooral op lange



termijn gekenmerkt wordt door een verhoogd aantal van hernieuwde gewichtstoename en van complicaties die leiden tot frequente heringrepen (tot 40 à 50%)⁸.

De attestatie van andere nomenclatuurcodes vertegenwoordigt 7% van de verblijven (1109 verblijven) (fig. 1). Onder hen is de code 241043 'Middenrifs- of hiatushernia langs abdominale weg' geattesteerd in 25% van de gevallen (figuur 2). Ter herinnering : het gaat om codes die aangerekend werden in het kader van verblijven geklasseerd in APR-DRG 403 en/of waarvan de hoofddiagnose uit categorie E66 (overgewicht and obesity) komt en die geklasseerd zijn in een chirurgische APR-DRG.

Voor de 19 geaudite ziekenhuizen worden de indicaties en contra-indicaties van de 'gastric bypass' en 'Sleeve' hernomen in punt 5.2.1.2. Er wordt opgemerkt dat voor 1 ziekenhuis de ziekte van Crohn geen contra-indicatie is voor een 'gastric bypass'. In het kader van een ingreep van het type 'Sleeve' voert één ziekenhuis systematisch een cholecystectomie uit en 6 ziekenhuizen in geval van asymptomatische galblaaslithiase. Tijdens een operatie van het type 'gastric bypass' wordt in 3 ziekenhuizen systematisch een cholecystectomie uitgevoerd en in 9 ziekenhuizen in geval van symptomatische galblaaslithiase.

Vierendertig verblijven van de 228 onderzochte betreffen patiënten die gehospitaliseerd zijn voor een heringreep na bariatrische heelkunde (zie fig. 37). Het gaat hoofdzakelijk over patiënten die vroeger een ingreep met 'gastric banding' hebben gehad (20 verblijven die 59% van de gevallen vertegenwoordigen). Van hen ondergingen 13 patiënten een 'gastric bypass' (65%), 6 patiënten een 'Sleeve' (30%) en 1 patiënt een 'gastric banding' (5%). Dit sluit aan bij de vaststellingen van het KCE over onder andere het verhoogde aantal heringrepen na een 'gastric banding' en dus over het obsoleete karakter ervan.

8.1.6 Postoperatieve begeleiding

Uit de analyse van de postoperatief uitgevoerde onderzoeken blijkt dat er, net als bij de preoperatief uitgevoerde onderzoeken, variatie bestaat tussen de ziekenhuizen met betrekking tot uitgevoerde raadplegingen en aanvullende onderzoeken.

Postoperatief voert 37% van de geaudite ziekenhuizen systematisch een RX SMD uit (7 ziekenhuizen) en 21% een test met methyleen blauw (4 ziekenhuizen). Een bloedafname wordt in 71% van de gevallen (10 ziekenhuizen) systematisch uitgevoerd.

Postoperatieve raadplegingen worden door ziekenhuizen georganiseerd gedurende de eerst 2 jaren na de bariatrische ingreep.

Postoperatieve raadplegingen bij de chirurg worden in 95% van de gevallen systematisch aangeboden, in 28% van ziekenhuizen plant men ook een raadpleging bij de psychiater/klinisch psycholoog (5

⁸ Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). Bariatric surgery : An HTA report on the efficacy, safety and cost-effectiveness. Brussel, KCE, 2019.

https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_316_Bariatric_surgery_Report_0.pdf



ziekenhuizen). In 89% van de ziekenhuizen is er een postoperatieve raadpleging bij de diëtist/nutritionist voorzien (16 ziekenhuizen) en in 13% ook bij endocrinoloog (2 ziekenhuizen).

Andere postoperatieve consulten variëren van ziekenhuis tot ziekenhuis wat betreft de frequentie en de zorgverlener, afhankelijk van de klinische toestand van de patiënt.

We merken op dat patiënten tijdens het tweede jaar postoperatief steeds minder consulteren, overwegend om financiële redenen.

Wat pijnmanagement postoperatief betreft, plaatsen 9 van de 97 ziekenhuizen bij meer dan 70% van de patiënten (geïdentificeerd door de code 202344 van de nomenclatuur) een PCA-pomp na de bariatrische ingreep. De PCA-pomp werd daarentegen in 34 ziekenhuizen in 2016 bij bariatrische verblijven niet aangerekend.

De PCA-pomp werd niet gebruikt in 11 van 19 geaudite ziekenhuizen. Twee ziekenhuizen, daarentegen, rekenden de PCA-pomp nagenoeg systematisch aan tijdens een bariatrisch verblijf. Het gebruik van NSAID's is nogal controversieel omdat sommige ziekenhuizen bariatrische heekkunde als een absolute contra-indicatie voor het gebruik van NSAID's beschouwen, terwijl andere ziekenhuizen NSAID's weloverwogen postoperatief gebruiken.

Preventie van diepe veneuze trombose werd in de 19 geaudite ziekenhuizen voorzien door inspuiting van heparine met een laag moleculair gewicht. Steunkousen werden gebruikt in 17 van de 19 geaudite ziekenhuizen. Vier ziekenhuizen boden discontinue compressie aan en 4 ziekenhuizen kinesitherapie.

8.1.7 Register van bariatrische ingrepen (kenmerk 29)

« ART14.D VAN DE NGV

(...)

KB 13.6.2010 (INWERKINGTREDING 1.09.2010)

DEZE VERSTREKKINGEN ZIJN SLECHTS AANREKENBAAR OP DE VOLGENDE VOORWAARDEN :

(...)

6° PER ZIEKENHUIS WORDT TEVENS EEN REGISTER BIJGEHOUDEN VAN ALLE BARIATRISCHE INGREPEN. DE MODALITEITEN VAN DEZE REGISTRATIE WORDEN VASTGESTELD DOOR HET VERZEKERINGSCOMITÉ.

(...)

28 JULI 2003. - VERORDENING TOT UITVOERING VAN ARTIKEL 22, 11°, VAN DE WET BETREFFENDE DE VERPLICHTE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING EN UITKERINGEN, GECOÖRDINEERD OP 14 JULI 1994.

NOTIFICATIE EN REGISTRATIE VAN EEN BARIATRISCHE INGREEP



ART 22BIS 01/09/2010 : DE NOTIFICATIE VOOR EEN BARIATRISCHE INGREEP, BEDOELD ONDER HET OPSCHRIFT " BEHANDELING VAN OBESITAS " IN ARTIKEL 14, D), 5°, VAN DE NOMENCLATUUR WORDT OPGESTELD VOLGENS HET MODEL DAT IS OPGENOMEN IN DE BIJLAGE 77.

ART22TER 01/09/2010 : HET REGISTER BEDOELD ONDER HET OPSCHRIFT " BEHANDELING VAN OBESITAS ", IN ARTIKEL 14, D), 6°, VAN DE NOMENCLATUUR, WORDT OP ELEKTRONISCHE WIJZE BIJGEHOUDEN. HET BEVAT MINSTENS DE GEGEVENS DIE ZIJN OPGENOMEN IN DE NOTIFICATIE ZOALS BEDOELD IN ARTIKEL 22BIS. »

Het register per ziekenhuis van alle bariatrische ingrepen voldoet aan de modaliteiten vastgesteld door het Verzekeringscomité en bijgevolg minstens de gegevens van het notificatieformulier 'bijlage 77' bevatten. Het betreft identificatiegegevens van de patiënt en het ziekenhuis, de geplande bariatrische ingreep, de datum van de geplande bariatrische ingreep, de indicaties van de bariatrische ingreep (BMI en comorbiditeiten of heringreep).

De gemiddelde score voor het register is 68%. Een register van alle bariatrische ingrepen is aanwezig bij 15 van de 19 ziekenhuizen maar bij 6 ervan ontbreekt een deel van de informatie. In 4 ziekenhuizen is het register afwezig.

Het register in zijn huidige vorm is niet geschikt voor onderzoek en/of statistische doeleinden. Een gestandaardiseerd register kan een oplossing bieden.

Er bestaan momenteel andere internationale registers zoals iBAR "iBAR-International BAriatric Registry", SOFFCO.MM⁹ (Société Française et francophone de Chirurgie de l'Obésité et des Maladies Métaboliques), IFSO¹⁰ (International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders),...

8.1.8 Geverifieerde opnamediagnose (GOD) (kenmerk 07)

De keuze van de hoofddiagnose van het verblijf stemt overeen met de coderingsrichtlijnen (ICD-10-BE 2015 codeerhandleiding). De gemiddelde score voor dit item is 98% en hoeft geen bijzondere opmerkingen.

8.1.9 BMI (medisch dossier) (kenmerk 08)

« ART14.D VAN DE NGV
(...) »

**DEZE VERSTREKKINGEN ZIJN SLECHTS AANREKENBAAR OP DE VOLGENDE VOORWAARDEN :
KB 13.6.2010 (INWERKINGTREDING 1.09.2010)**

⁹ <https://soffcomm.org/>

¹⁰ <http://www.ifso.com/>



1° OP HET MOMENT VAN DE CHIRURGISCHE INDICATIESTELLING $BMI \geq 40$ OFWEL $BMI \geq 35$ IN COMBINATIE MET MINSTENS ÉÉN VAN VOLGENDE CRITERIA :

A) MET GENEESMIDDELEN BEHANDELDE DIABETES;

B) THERAPIERESISTENTE HYPERTENSIE GEDEFINIEERD ALS EEN BLOEDDRUK $>140/90$ MMHG, ONDANKS BEHANDELING GEDURENDE MINSTENS 1 JAAR MET EEN GELIJKTIDIGE INNAME VAN 3 ANTIHYPERTENSIVA;

C) SLAAPAPNEUSYNDROOM GEOBJECTIVEERD DOOR MIDDEL VAN POLYSOMNOGRAFISCH ONDERZOEK UITGEVOERD IN EEN CENTRUM MET EEN OVEREENKOMST ZOALS BEDOELD IN ARTIKEL 22, 6° EN 23, § 3, VAN DE WET VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING EN UITKERINGEN VAN 14 JULI 1994, BETREFFENDE DE DIAGNOSE EN BEHANDELING VAN HET OBSTRUCTIEF SLAAPAPNEUSYNDROOM;

D) HERINGREEP NA COMPLICATIE OF ONVOLDOENDE RESULTAAT VAN EEN VORIGE BARIATRISCHE INGREEP;

(...) »

De BMI die op het moment van de chirurgische indicatie is gedefinieerd, wordt meestal bepaald tijdens de eerste raadpleging bij de arts-specialist in de heelkunde.

De gemiddelde score voor de geaudite verblijven voor dit kenmerk is 92%. Acht procent van de geaudite verblijven voldoet niet aan de aanrekeningsvoorwaarden zoals gedefinieerd in de NGV.

8.1.10 ICD-10-BE code BMI (kenmerk 09)

Figuur 6 (aantal en percentage van de bariatrische ingrepen per gecodeerde BMI-categorie) laat zien dat bij 4% van de verblijven in de 97 ziekenhuizen een BMI < 35 geregistreerd wordt tijdens de hospitalisatie.

Figuur 8 (percentage bariatrische verblijven zonder gecodeerde BMI) laat zien dat 3 van de 97 ziekenhuizen met een score van 15%, 25% en 70% zonder gecodeerde BMI verschillen van de andere ziekenhuizen.

Eén van de 19 geaudite ziekenhuizen heeft bij 75% van de bariatrische verblijven geen BMI gecodeerd, 4 ziekenhuizen hebben bij 8% van de bariatrische verblijven geen BMI-codering.

De registratie van de gecodeerde BMI van het verblijf voldoet aan de coderingsrichtlijnen (ICD-10-BE 2015 codeerhandleiding). De gemiddelde score voor dit kenmerk is 94%.

Bij categorie E66 (overweight and obesity), vereist een instructienota de registratie van een extra code uit categorie Z68 om de BMI te identificeren, indien bekend.

De BMI is zeker relevant voor het bariatrisch verblijf en wordt gecodeerd, maar het ontbreken van de gecodeerde BMI wordt vaak verklaard door het ontbreken van informatie (BMI, gewicht en lengte) in het ontslagverslag.

Merk op dat de BMI gecodeerd tijdens het bariatrisch verblijf verschillend kan zijn van de BMI genoteerd in het medisch dossier ten tijde van de chirurgische indicatiestelling.



8.1.11 Operatief protocol in overeenstemming met de nomenclatuurcode (kenmerk 23)

De gemiddelde score voor dit kenmerk is 96%. Voor 14 ziekenhuizen is de score 100% en voor 5 ziekenhuizen is de score 75% - 92%. Dit wordt verklaard doordat een andere nomenclatuurcode werd aangerekend, of omdat een adequate nomenclatuurcode volgens het ziekenhuis ontbrak (gedetailleerde informatie in punt 7.2 'aangerekende codes en effectief uitgevoerde ingrepen').

Sommige ingrepen ter behandeling van obesitas zijn bij patiënten met een BMI < 35 aangerekend met bijvoorbeeld de nomenclatuurcodes 241485 (Subtotale gastrectomie), 243342 (Ingreep wegens darmobstructie (exclusief beklemde hernia)) en 241043 (Middenrifs- of hiatushernia langs abdominale weg) bij patiënten die respectievelijk een 'Sleeve', een 'gastric bypass' en een 'gastric banding' hebben ondergaan.

Sommige nomenclatuurcodes worden aangerekend bij gebrek aan codes die de ingreep gedetailleerd omschrijven. In het bijzonder is een bariatrische heringreep na een 'gastric bypass' bestaande uit een anastomosedistalisatie aangerekend met nomenclatuurcode 243246 (Segmentaire resectie van de dunne darm).

Sommige ingrepen ter behandeling van obesitas zijn niet omschreven in de NGV, zoals de 'mini gastric bypass' of de 'resectie van de duodeno-jejunale dilatatie' na een 'gastric bypass' en worden aangerekend met respectievelijk 241846 (Reducerende gastroplastie met bileopancreatische of gastro-jejunale diversie (Scopinaro, gastric bypass, duodenal switch) (ter behandeling van obesitas)) en 241780 (Reducerende gastroplastie (Mason, Sleeve) (ter behandeling van obesitas)).

We herinneren eraan dat elke ingreep het IDEAL-model volgt zoals beschreven in het KCE-rapport over bariatrische heelkunde van 13 juni 2019¹¹. Voor patiënten die ter behandeling van obesitas een bariatrische ingreep vragen maar niet voldoen aan de criteria vermeld in de aanrekeningsvoorwaarden van de NGV, kan er geen andere ingreep aangerekend worden, overeenkomstig de interpretatieregel die hieronder wordt uiteengezet:

« FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

INTERPRETIEREGELS BETREFFENDE DE NOMENCLATUUR VAN DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN

OP VOORSTEL VAN DE TECHNISCHE GENEESKUNDIGE RAAD VAN 28 APRIL 2009 EN IN UITVOERING VAN ARTIKEL 22, 4°BIS, VAN DE WET BETREFFENDE DE VERPLICHTE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING EN UITKERINGEN, GECOÖRDINEERD OP 14 JULI 1994, HEEFT HET COMITÉ VAN DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING OP 16 NOVEMBER 2009 DE HIERNAGAANDE INTERPRETIEREGEL VASTGESTELD :

INTERPRETIEREGELS BETREFFENDE DE VERSTREKKINGEN VAN ARTIKEL 14 D) - HEELKUNDE OP HET ABDOMEN - VAN DE NOMENCLATUUR VAN DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN :

INTERPRETIEREGEL 21

VRAAG

SINDS 1 OKTOBER 2007, VOORZIET ARTIKEL 14 D) VAN DE NOMENCLATUUR VAN DE GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN IN SPECIEFIEKE VERSTREKKINGEN VOOR DE BEHANDELING VAN OBESITAS DIE TERUGBETAALBAAR ZIJN ONDER WELBEPAALENDE VOORWAARDEN (BMI, OUDERDOM, DIEETBEHANDELING, MULTIDISCIPLINAIR BARIATRISCH OVERLEG).

¹¹ <http://www.ideal-collaboration.net/>



WELKE VERSTREKKING(EN) MAG MEN AANREKENEN VOOR BARIATRISCHE HEELKUNDE UITGEVOERD BIJ EEN PATIËNT DIE NIET AAN DEZE CRITERIA VOLDOET ?

ANTWOORD

AANGEZIEN ER VOOR BARIATRISCHE HEELKUNDE SPECIFIEKE VERSTREKKINGEN MET TERUGBETALINGSCRITEERIA VOORZIEN ZIJN IN ARTIKEL 14 D) VAN DE NOMENCLATUUR, IS HET NIET TOEGELATEN ANDERE VERSTREKKINGEN AAN TE REKENEN VOOR DE HEELKUNDIGE BEHANDELING VAN OBESITAS, OF DE PATIËNT AL DAN NIET BEANTWOORDT AAN DE CRITERIA OPGENOMEN ONDER HET OPSCHRIFT « BEHANDELING VAN OBESITAS ».

DE HIERVOREN VERMELDE INTERPRETATIEREGEL TREEDT IN WERKING DE DAG VAN ZIJN PUBLICATIE IN HET BELGISCH STAATSBAD.

**DE LEIDEND AMBTENAAR,
H. DE RIDDER.**

DE VOORZITTER, G. PERL

GEPUBL. OP 08-02-2010

NUMAC : 2010022064 »

8.1.12 ICD-10-BE procedure code (ICD-10-PC) (kenmerk 24)

We verwachten dat de registratie van de procedurecode in overeenstemming is met de coderingsrichtlijnen (codeerhandleiding ICD-10-BE, 2015). De gemiddelde score is 91%.

Een van de meest voorkomende onvolmaaktheden is het weglaten van de registratie van het begrip 'verticaal' als 7e karakter van de procedurecode voor de 'Sleeve', ODB64Z3 'Excision of Stomach, Percutaneous Endoscopic Approach, Vertical'. Daardoor wordt het verblijf ingedeeld bij APR-DRG Medical 421.

In het kader van de wet betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg heeft de FOD VVVL op de website een 'hulpbrochure voor de codering ICD-10-BE' ter beschikking gesteld van de ziekenhuizen. In het bijzonder wordt een hoofdstuk gewijd aan bariatrische heelkunde.

8.1.13 Ontslagverslag (kenmerk 27)

« KB 3.9.1999 (INWERKINGTREDING 30.01.2000)

KONINKLIJK BESLUIT HOUDENDE BEPALING VAN DE ALGEMENE MINIMUMVOORWAARDEN WAARVAN HET MEDISCH DOSSIER, BEDOELD IN ARTIKEL 15 VAN DE WET OP DE ZIEKENHUIZEN, GEOÖRDINEERD OP 7 AUGUSTUS 1987, MOET VOLDOEN.

(...)

ART. 3. § 1. HET IN ARTIKEL 2, § 1, 9°, BEDOELD ONTSLAGVERSLAG OMVAT :

1° HET VOORLOPIG VERSLAG DAT DE ONMIDDELLIJKE CONTINUÏTEIT VAN DE ZORG WAARBORGT;

2° HET VOLLEDIG VERSLAG OVER HET ZIEKENHUISVERBLIJF, ONDERTEKEND DOOR DE ARTS DIE VOOR DE PATIËNT VERANTWOORDELIJK IS.

§ 2. HET IN § 1, 1°, BEDOELDE VERSLAG WORDT :

1° HETZIJ AAN DE PATIËNT MEEGEGEVEN DIE HET AAN ZIJN BEHANDELLENDE ARTS EN AAN IEDER BETROKKEN ARTS BEZORGT;

2° HETZIJ AAN DE BEHANDELLENDE ARTS EN IEDER BETROKKEN ARTS BEZORGD.



BEDOELD VERSLAG BEVAT ALLE INFORMATIE DIE HET VOOR ELKE DOOR DE PATIËNT GECONSULTEERDE ARTS MOET MOGELIJK MAKEN DE CONTINUÏTEIT DER ZORG TE VERZEKEREN.

§ 3. HET IN § 1, 2° BEDOELD VERSLAG WORDT DOOR DE ARTS VAN HET ZIEKENHUIS AAN DE DOOR DE PATIËNT AANGEWEZEN ARTS OVERGEMAAKT.

DIT RAPPORT OMVAT DE MEEST KENMERKENDE ANAMNESTISCHE, KLINISCHE, TECHNISCHE EN THERAPEUTISCHE GEGEVENS OVER DE HOSPITALISATIE EN DE VEREISTE NAZORG.

ART. 4. HET MEDISCH DOSSIER, IN HET BIJZONDER HET ONTSLAGVERSLAG, MOET DE THERAPEUTISCHE EN DIAGNOSTISCHE AANPAK GETROUW WEERGEVEN. »

De gemiddelde score voor het item 'ontslagverslag' is 91%. Daarvoor scoren 15 ziekenhuizen 100% en 4 ziekenhuizen behalen een score variërend van 17% tot 92%.

8.2 EPD en verpleegkundige items

8.2.1 BMUC-criteria

In het algemeen stellen we vast dat de resultaten van het auditbezoek in overeenstemming zijn met de verklaringen van de ziekenhuizen.

De geaudite ziekenhuizen hebben zeer verschillende informaticaniveaus. Elk van de ziekenhuizen heeft verschillend geïnvesteerd in de informatisering van hun patiëntendossiers, afhankelijk van hun respectievelijke prioriteiten. Er was dus een zekere ongelijkheid aan de ene kant, maar bovenal een gemeenschappelijke wens om een krachtig, praktisch en volledig geïntegreerd instrument te hebben.

We stellen echter een overschatting vast van het criterium "Unieke patiëntidentificatie" in een ziekenhuis in vergelijking met de huidige situatie. We kunnen op dit moment echter geen absolute conclusies trekken over hoe dit verschil verklaard kan worden, aangezien de referentieperioden niet perfect overeenkomen. Voor het "elektronisch voorschrijven" zien we een aanzienlijke toename van het aantal ziekenhuizen dat reeds is uitgerust met een elektronisch voorschrijfsysteem. Voor het criterium "geautomatiseerde communicatie met het HUB-systeem en interacties met e-health" is vastgesteld dat alle ziekenhuizen zijn aangesloten op het Hub-metahub systeem. Het is echter niet mogelijk om vast te stellen of een ziekenhuis de documenten van een patiënt daadwerkelijk deelt via het Hub-Metahub systeem. Het mag niet vergeten worden dat dit afhankelijk is van de geïnformeerde toestemming van de patiënt. Ook het beleid inzake gegevensuitwisseling kan per ziekenhuis verschillen. Sommige ziekenhuizen delen automatisch alle documenten, andere ziekenhuizen delen de (tijdelijke) ontslagbrief maar bijvoorbeeld niet de operatieve protocols.



8.2.2 Verpleegkundige items

Het is belangrijk om in gedachten te houden dat vanwege de beschikbaarheid van de meest recente gegevens tijdens de audit, de geauditeerde verpleegkundige gegevens in 2017 werden geregistreerd onder verwijzing naar versie 1.6 van het codeerhandboek.

Naar aanleiding van de vorige VG-MZG audits en de actualisering van de NRG's zijn de coderingsregels herzien met het oog op de vereenvoudiging en verduidelijking van bepaalde registratievoorwaarden.

De opmerkingen die tijdens de audit zijn gemaakt op basis van de informatie in de geaudite dossiers, de geregistreerde gegevens en de huidige situatie hebben het mogelijk gemaakt om vele aanpassingen aan de geldende regels vast te stellen. Deze verbeteringen suggereren een verbetering van zowel de kwaliteit van de informatie in het patiëntendossier als van de kwaliteit van de geregistreerde gegevens die voor verschillende behoeften en doeleinden door de administratie worden gebruikt.



9 Conclusie

Obesitas is een multifactoriële ziekte die grotendeels afhankelijk is van omgeving en gedrag (genetische gevoeligheid, familiaal karakter, omgevingsfactoren, eetgedrag, psychologische en sociale factoren, ...). Obesitas komt in de OESO-landen¹² gemiddeld bij 19,5% van de bevolking voor. Met een percentage van 18,6% in België rechtvaardigen epidemiologische gegevens dat we inspanningen kunnen doen om de obesitasepidemie die zich momenteel ontwikkelt, te bestrijden. Het globale karakter van de toename van de prevalentie van obesitas doet ons geloven dat er naast de individuele aanpak een algemeen preventiebeleid mag gevoerd worden dat tal van sociale kwesties mee in rekening neemt (politiek, urbanisering, economie, agrovoedingssector, horeca, docenten, gezondheidswerkers, enz.).

Het blijkt dat bariatrische heelkunde leidt tot een aanzienlijk en duurzaam gewichtsverlies bij de meerderheid van de patiënten. Er is ook een verbetering van fysieke componenten van de kwaliteit van leven, een diabetesremissie bij diabetespatiënten en een afname van vroegtijdige sterfte als gevolg aandoeningen veroorzaakt door obesitas¹³.

Toch zijn deze ingrepen zwaar, vaak onomkeerbaar en niet zonder risico. Psychologische problemen kunnen optreden of verergeren, gerelateerd aan veranderingen in het lichaam die niet voldoen aan de verwachtingen van patiënten (gevoelens van kwetsbaarheid of vreemdheid) of die, ondanks het verlies van gewicht, niet de problemen oplossen die de patiënt aan zijn obesitas toeschrijft. Deze kloof tussen ideaal en realiteit kan, naast gewichtstoename, leiden tot het ontstaan van verslavingen, anorexia, angst en depressieve stoornissen¹⁴. Publicaties¹⁵ melden een verhoogd zelfmoordrisico na een bariatrische ingreep. Psychologische zorg voor en na de bariatrische heelkunde verdient belangrijke aandacht.

Meerdere studies tonen aan dat onvoldoende postoperatieve begeleiding gevolgen kan hebben, zoals minder gewichtsverlies of neurologische complicaties als gevolg van vitaminetekorten. In Nederland is het percentage patiënten dat men uit het oog verliest tijdens de postoperatieve zorg lager dan in andere landen¹⁶. Deze resultaten worden verklaard door de implementatie van een goed gecoördineerd zorgprogramma waarbij de huisarts in alle stadia betrokken is. De huisarts is degene die patiënten doorverwijst naar de obesitaskliniek en die regelmatig verslagen ontvangt van het verdere verloop. Zes preoperatieve raadplegingen zijn verplicht, waardoor in 30% van de gevallen de operatie wordt geweigerd. Alleen bepaalde erkende ziekenhuizen zijn bevoegd om bariatrische heelkunde uit te voeren, met de verplichting om ten minste 200 operaties per jaar uit te voeren, door minimaal 2 chirurgen. Acht

¹² <https://www.cerin.org/rapports/lobesite-dans-le-monde-ocde-2017>

¹³ https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_316A_Obesitas_chirurgie_Synthese.pdf

¹⁴ Salamon-Dezaille MH, Poitou-Bernert C. Prise en charge psychologique avant et après une chirurgie bariatrique Soins 2016, 61(811): 31-33.

¹⁵ Tindle HA, Omalu B, Courcoulas A, Marcus M, Hammers J, Kuller LH. Risk of Suicide after Long Term Follow-up from Bariatric Surgery. Am J Med 2010, 123(11): 1036-1042.

¹⁶ <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2017/12/Chirurgie-bariatrique-rapport-final-27-novembre.pdf>



obesitasklinieken verzekeren de pre- en postoperatieve begeleiding (psychologische, dieet- en lichaamsbeweging), die verplicht in een groep wordt uitgevoerd. Deze begeleiding omvat 28 consulten van een halve dag gedurende de eerste twee jaar, gevolgd door jaarlijkse consulten van een halve dag gedurende ten minste 5 tot 7 jaar. In geval van niet-naleving worden financiële sancties opgelegd aan de patiënt.

Zoals voorgesteld voor de pathologie van de wervelkolom¹⁷ en geïnspireerd door initiatieven in Nederland, kan de Belgische overheid een multidisciplinair organisatie-model ontwikkelen. Verschillende experts, waaronder de behandelende arts, werken in dit model samen en beslissen na een effectief multidisciplinair overleg of de patiënt geschikt is voor behandeling met een bariatrische ingreep. Huisartsen zijn de managers van het globaal medisch dossier en staan daardoor centraal in de zorg van de obese patiënt.

Het algemene zorgpad, dat vaak wordt genoemd als de oplossing voor een beter beheer van obesitas, is niet gedefinieerd in termen van frequentie/type van consultaties en aanvullende onderzoeken. Het is daarom belangrijk om de competenties in kaart te brengen, de pre- en postoperatieve begeleiding te standaardiseren en de nodige middelen te mobiliseren voor het gehele zorgproces: coördinator, voedingsdeskundige, artsen-specialisten in de interne geneeskunde, diëtist, fysiotherapeut, psycholoog/psychiater, maatschappelijk assistent, artsen-specialisten in de heelkunde en behandelende arts. Deze multidisciplinaire en gecoördineerde zorg kan een weloverwogen en gerechtvaardigde toegang tot heelkunde of een andere behandeling garanderen.

In de praktijk wordt opgemerkt dat het moeilijk is om de duur en de aard van het zorgpad te documenteren. Als oplossing kan begeleiding van de obese patiënt in het ziekenhuis gedurende een bepaalde periode dienen als voorwaarde voor toegang tot bariatrische heelkunde.

Het is noodzakelijk dat de bevoegde autoriteiten specifieke aanbevelingen doen met betrekking tot de bariatrische operatietechnieken (verouderde ingrepen, heringrepen, nieuwe technieken, enz.), zo nodig met aanpassing van de nomenclatuur.

Het register, zoals vereist door de NGV, is in zijn huidige vorm verouderd. De meeste ziekenhuizen hebben een eigen register van bariatrische ingrepen. De inhoud van het register verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis en wordt niet gebruikt om de kwaliteit van de zorg of de begeleiding op nationaal niveau te verbeteren. Om de relevantie, de kwaliteit, de klinische en de functionele doeltreffendheid en de efficiëntie van de medische en heelkundige behandeling van obesitas beter te kunnen beoordelen, is het van belang een nationaal register op te stellen, zodat vergelijking met niet-heelkundig behandelende obese personen mogelijk is.

Het is van essentieel belang om de betrokkenheid van de patiënten te versterken en hen te motiveren door hun zeggenschap te bevorderen (aanmoediging van expertpatiënten en patiëntengroepen die actief bijdragen aan de zorg) en door de mogelijkheid te bekijken om bepaalde onderzoeken, raadplegingen of

¹⁷ Het akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019

https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/akkoord_artsen_ziekenfondsen_2018_2019.pdf



nuttige supplementen (preoperatief dieet, vitaminen en supplementen om tekorten te voorkomen en te behandelen, ...) terug te betalen. Het niet terugbetalen van revalidatie en raadplegingen bij de diëtist en de psycholoog is in tegenspraak met de erkende behoefte aan begeleiding van obese personen. Een manier om patiënten te motiveren om het zorgpad te volgen, is de volledige begeleiding (raadplegingen, heekunde, vitaminen, ...) terug te betalen op basis van deelname. Dit kan het vroegtijdig stopzetten van follow-up verminderen.

Wat de informatisering van het patiëntendossier en de geregistreerde gegevens betreft, is het nodig dat de ziekenhuizen hun inspanningen verderzetten en dat deze aangemoedigd worden. Ziekenhuizen die al verder gevorderd zijn, ronden hun projecten af en houden deze up-to-date. Ziekenhuizen met enige vertraging op dit niveau zullen hun reflecties en onderzoek voortzetten om de implementatie van het elektronisch patiëntendossier door te voeren.



10 Bijlagen

Bijlage 1: Vragenlijst zorgpad bariatrische heelkunde

VRAGENLIJST ZORGPAD

De analyse (vraag en antwoord) is een weergave van het multidisciplinair zorgpad van de obesitaspatiënt, opgenomen voor bariatrische heelkunde, in 2016. Het zorgpad wordt opgedeeld in een preoperatief, een peroperatief en een postoperatief deel.

PREOPERATIEF :

Door wie wordt de patiënt verwezen?

Chronologie van de raadplegingen:

In verband met de eerste raadpleging:

Door :

Duur van de raadpleging (min) :

In verband met de anamnese (vragen gesteld tijdens de eerste raadpleging)

Voeding :

Fysieke activiteit :

Professionele activiteit :

Familiale voorgeschiedenis obesitas:

Psychiatrische voorgeschiedenis:

Overige medische voorgeschiedenis :

In verband met de raadpleging bij de diëtist/nutritionist

Aanwezigheid van een verslag/spoor in het dossier van de patiënt :

Opvolgen van een dieet gedurende minstens 1 jaar :

In verband met de bijkomende uitgevoerde onderzoeken

Endoscopie:

Opsporen Helicobacter pylori :

Echografie:

Andere:

In verband met de verificatie van de primaire regels van de nomenclatuur

Arteriële hypertensie:

Diabetes:

Slaapapneusyndroom:

Welk zorgpad stelt men voor bij een patiënt die niet beantwoordt aan de RIZIV criteria ?



In verband met het multidisciplinair bariatrisch overleg

Duur per patiënt (min) :

Interval tussen de vergadering en de interventie :

In verband met informatie aan de patiënt

Informatie met betrekking tot de verschillende chirurgische technieken (voordelen en nadelen van de verschillende technieken) :

Succesratio, hervalratio :

Mogelijke complicaties :

Opvolging (frequentie van de raadplegingen bij chirurg, dieet, labo) :

Een door de patiënt ondertekend document dat aangeeft welke informatie hij heeft gekregen (informed consent) :

Informatie aan de huisarts na de beslissing van het multidisciplinaire team?

Duur van het preoperatieve zorgpad/Tijd tussen de eerste raadpleging en de ingreep? (maand):

OPERATIE

In verband met de keuze van de chirurgische techniek

Indicatie sleeve :

Contra-Indicatie sleeve :

Indicatie ring :

Contra-indicatie ring :

Indicatie bypass :

Contra-indicatie bypass :

Indicatie cholecystectomie :

POSTOPERATIEF BELEID IN HET ZIEKENHUIS

Gerealiseerde complementaire onderzoeken ?

Opvolgprotocol op korte termijn (dag 0, dag 1, dag 2) ?

Preventie DVT:

Pijnbeleid :

Andere :

Hoeveel nachten postoperatief blijft de patiënt (bij maagband, bij gastric bypass, bij sleeve resectie)?

POSTOPERATIEF BELEID, NA HET ZIEKENHUISVERBLIJF

Voorziene raadplegingen

Bij de chirurg:

Bij de dietiste:

Bij de psychologe / arts specialist in de psychiater:

Andere:

Duur opvolging (jaar):

Multidisciplinair overleg :

Documenten met informatie (voeding, levenswijze, ...):

Informatie ivm te contacteren personen in geval van problemen ivm met de bariatrische ingreep:

Verslag voor de behandelende arts:

Tijd tot versturen van het verslag:



TARIFICATIE

Hoe komt deze tot stand ?
Controle nadien?

BIJZONDERE INITIATIEVEN

Op medische vlak / begeleiding van de patiënt : praatgroep, kookatelier, fysische revalidatie, andere?

IMPACT OP HET LEVEN VAN DE PATIËNT

Psychologische, fysische gevolgen?
Gevolg op werkonbekwaamheid:

REGISTER

Register van alle bariatrische ingrepen aanwezig?
Formaat van het register:



Bijlage 2: Kenmerken van de bariatrische ziekenhuisverblijven (29 items voor analyse)

DOSSIERBESPREKING: KENMERKEN VAN ZIEKENHUISVERBLIJVEN

Tijdens de bespreking van de dossiers van de geselecteerde ziekenhuisverblijven zullen deze kenmerken overlopen worden.
De te bespreken verblijfsnummers worden twee dagen voor de audit verstuurd, via e-mail.

1. Dossier aanwezig
2. Leeftijd van de patiënt
3. Geslacht van de patiënt
4. Duur van de opname
5. Diagnosis Related Group (DRG)
6. Severity of Illness (SOI)
7. Geverifieerde opnamediagnose (GOD) (ICD-10-BE diagnose) (E66.01 Morbid (severe) obesity due to excess calories of E66.2 Morbid (severe) obesity with alveolar hypoventilation (Pickwickian syndrome))
8. Waarde van de Body Mass Index (BMI) op het moment van de heelkundige indicatiestelling en/of het moment van het multidisciplinair overleg
9. ICD-10-BE code BMI (Z68.35-Z68.45) aanwezig
10. Diabetes behandeld met medicatie
11. Indien diabetes: ICD-10-BE code diabetes (E08. -> E13.) aanwezig
12. Therapieresistente hypertensie gedefinieerd als een bloeddruk >140/90mmHg, ondanks behandeling gedurende minstens 1 jaar met een gelijktijdige inname van 3 antihypertensiva
13. Indien hypertensie: ICD-10-BE hypertensie code (I10.->I15.) aanwezig
14. Slaapapneusyndroom (SAS) geobjectiveerd door middel van polysomnografisch onderzoek uitgevoerd in een centrum met een overeenkomst zoals bedoeld in artikel 22, 6° en 23, § 3, van de wet voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (GVU) van 14 juli 1994, betreffende de diagnose en behandeling van het obstructief slaapapneusyndroom
15. Indien SAS: ICD-10-BE slaapapneucode (G47.30-G47.39) aanwezig
16. Heringreep na complicatie of onvoldoende resultaat van een vorige bariatrische ingreep
17. Indien heringreep: ICD-10-BE code (Z98.84: bariatric surgery status) aanwezig
18. De patiënt heeft minstens gedurende 1 jaar een gedocumenteerde dieetbehandeling gevolgd zonder blijvend succes
19. Aanwezigheid in het dossier van een rapport van een multidisciplinair bariatrisch overleg met gezamenlijke indicatiestelling voorafgaand aan de heelkunde, ondertekend door drie deelnemers (chirurg, internist, klinisch psycholoog/psychiater)
20. Echografie van het abdomen aanwezig
21. Oesofagogastroduodenoscopie voorafgaand aan de ingreep aanwezig
22. Operatieverslag aanwezig



23. Operatieverslag in overeenstemming met de nomenclatuur (241780-sleeve, 241824-anneau, 241846-bypass)
24. ICD-10-PCS procedure (ODB6*Z3-sleeve, ODV6*CZ-ring, OD16***-bypass)
25. Complicatie of voorval met het gebruikte hulpmiddel
26. Pijnpomp werd gebruikt
27. Ontslagbrief aanwezig
28. Hospitalisatieverslag met opvolging en aanbevelingen aanwezig
29. In register aanwezig

Indien u vragen heeft, kan u deze stellen via het e-mailadres Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be



Bijlage 3: Vragenlijst BMUC en verpleegkundige item met betrekking tot de bariatrische verblijven

Vragenlijst betreffende het elektronisch patiëntendossier (EPD) in het kader van de opvolging van de bariatrische patiënt (actuele status) en betreffende de verpleegkundige gegevens van de minimale ziekenhuisgegevens (VG-MZG) in het kader van de opvolging van de bariatrische patiënt (in 2016)

Gelieve deze vragenlijst volledig in te vullen en terug te mailen (in .docx), samen met bijlagen (in .pdf), naar Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be

Wil u dit document met bijlagen terugzenden voor Xx xx 2019

Indien u vragen heeft, kan u deze stellen via het e-mailadres Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be

1. Het elektronisch patiëntendossier (EPD) van de bariatrische patiënt

1.1 De unieke patiëntidentificatie

- 1.1.1 Hoe worden de niet-geïnfomatiseerde onderdelen van het patiëntendossier gearchiveerd?
- 1.1.2 Is er een procedure die de exacte toewijzing van de onderdelen van het patiëntendossier aan de juiste patiënt garandeert? Gelieve deze procedure toe te voegen in bijlage.

Wanneer een patiëntdossier geconsulteerd wordt, moet men de patiëntidentificatie opnieuw ingeven wanneer men verandert van toepassing of zoekdomein? Zo ja, welke patiëntidentificatie?

1.2. Het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen

- 1.2.1. Welke zorgeenheden of diensten maken gebruik van het elektronisch voorschrift? Hoeveel procent van de voorschriften in het ziekenhuis is elektronisch?
- 1.2.2. Op welke manier wordt de toediening van een elektronisch voorgeschreven geneesmiddel gevalideerd en gevisualiseerd?

1.3 De geautomatiseerde communicatie met Hubs en interactie met e-health

- 1.2.3. Kan men vanuit het patiëntendossier brieven, een Sumehr ... consulteren op de Hub?



2. De verpleegkundige gegevens van de minimale ziekenhuisgegevens (VG-MZG) van de bariatrische patiënt

2.1 Item E100: Symptoommanagement: pijn

- 2.1.1 Welk(e) gevalideerd(e) meetinstrument(en) worden er gebruikt? Gelieve ons de gebruiksaanwijzingen en wetenschappelijke referenties te bezorgen.
- 2.1.2 Wat is het gevolgde klinisch beleid (protocol) omtrent de opvolging van pijn i.v.m. bariatrische chirurgie?

2.2 Item E200: Symptoommanagement: nausea en/of braken

- 2.2.1 Welk(e) gevalideerd(e) meetinstrument(en) worden er gebruikt? Gelieve ons de gebruiksaanwijzingen en wetenschappelijke referenties te bezorgen.
- 2.2.2 Wat is het gevolgde klinisch beleid (protocol) omtrent de opvolging van nausea en/of braken i.v.m. bariatrische chirurgie?

2.3 Item G100: Opvolging van de voedings- of vochtbalans

- 2.3.1 Hoe en wanneer wordt het gewicht gecontroleerd?
- 2.3.2 Wordt de voedingstoestand gecontroleerd? Indien ja, hoe?

2.4 Item G300: Glycemiebeleid

- 2.4.1 Wordt er een protocol gevolgd bij het glycemiebeleid voor bariatrische chirurgie?
- 2.4.2 Hoe wordt het interpreteren van de resultaten geformaliseerd?
- 2.4.3 Indien er één zorgplan en/of educatieplan gebruikt wordt, gelieve ons dan een voorbeeld bezorgen.

2.5 Item H200: Aantal verschillende IV medicatie en H300 meest frequent toegediende IV medicatie

- 2.5.1 Wat zijn de meest voorkomende geneesmiddelen die via deze weg worden toegediend in de context van bariatrische chirurgie?
- 2.5.2 Hoe worden ze voorgeschreven?
- 2.5.3 Hoe wordt hun toediening gevalideerd?

2.6 Item L100 : Opvolging van een wonde en/of zones met huidlaesies en/of een verband en/of gebruikt materiaal zonder uitgevoerde zorgen

- 2.6.1 Wat zijn de types van wonden of materialen die een opvolging nodig hebben i.v.m. de bariatrische chirurgie?



2.7 Item N300: Veneuze bloedafname

- 2.7.1 Wordt dit type bloedafname gedaan in de context van bariatrische chirurgie?
- 2.7.2 Wie voert de bloedafname uit?
- 2.7.3 Hoe wordt het type afname aangegeven in het verpleegkundig dossier?
- 2.7.4 Waar worden de resultaten van de analyses weergegeven?

2.8 Item N500: Capillaire bloedafname

- 2.8.1 Wordt dit type bloedafname gedaan in de context van bariatrische chirurgie?
- 2.8.2 Wie voert de bloedafname uit?
- 2.8.3 Hoe wordt het type afname aangegeven in het verpleegkundig dossier?
- 2.8.4 Waar worden de resultaten van de analyses weergegeven?

2.9 Item S100: Specifieke educatie

- 2.9.1 Over welke onderwerpen wordt het meest informatie gegeven met als doel om de zelfstandigheid te herwinnen?
- 2.9.2 Indien er één educatieplan gebruikt wordt, gelieve ons dan een voorbeeld bezorgen.

2.10 Item S200 : Educatie met betrekking tot een heelkundige ingreep of onderzoek

- 2.10.1 Indien er één educatieplan gebruikt wordt, gelieve ons dan een voorbeeld bezorgen.

2.11 Item V300 : Opvolging van de biologische vitale parameters : continue monitoring

- 2.11.1 Welke parameters worden met een discontinue meting opgevolgd in de context van bariatrische chirurgie?
- 2.11.2 Hoe wordt het continue karakter van elke opgevolgde parameter geïdentificeerd?
- 2.11.3 Op welke wijze en hoe wordt deze gevalideerd en genoteerd binnen het dossier?

2.12 Item V400 : Opvolging van biologische vitale parameters : discontinue monitoring

- 2.12.1 Welke parameters worden met een discontinue meting opgevolgd in de context van bariatrische chirurgie?

Op welke wijze en hoe wordt deze gevalideerd en genoteerd in het dossier?

2.13 Item Z100 : Evaluatie functioneel, mentaal, psychosociaal

- 2.13.1 Welk(e) gevalideerd(e) meetinstrument(en) worden er gebruikt? Gelieve ons de gebruiksaanwijzingen en wetenschappelijke referenties te bezorgen.



Bijlage 4: Algemene aankondiging Audit Ziekenhuizen



Project Audit Ziekenhuizen
FOD VVVL - RIZIV - FAGG
Tervurenlaan 158
1150 Brussel

Ter attentie van de algemeen directeur
en betrokken diensthoofden

Onze referentie: GA-nl Project Audit BAR CHIR

Betreft: informatie over het project 'Audit Ziekenhuizen' – 'Proof of Concept': audit over het thema bariatrische heelkunde

Brussel, 05 februari 2019

Geachte mevrouw, meneer

De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL), het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) werken onder andere samen aan het redesign van de gezondheidszorgadministraties. Hierbij is, binnen het programma 'Passerelles', audit van de ziekenhuizen als een prioritair domein gedefinieerd. In het actieplan handhaving in de gezondheidszorg 2018-2020 staat het principe van de audit van ziekenhuizen ook vermeld, met een focus op het goed en doelmatig gebruik van de ingezette middelen. Hiervoor is een aparte eenheid « Audit Ziekenhuizen» in oprichting.

De algemene doelstellingen van het project, met betrekking tot zorg verbonden aan het ziekenhuis, zijn:

- de kwaliteit en efficiëntie van de zorgverlening voor de burger verbeteren
- de besteding van de overheidsmiddelen optimaliseren

Door toename van de transparantie en eenvoud in het toezicht op ziekenhuizen door de verschillende overheidsinstellingen (only once principle) streeft de eenheid 'audit ziekenhuizen' naar *conformiteit* aan normen en regels van de federale gezondheidszorgadministraties, *doelmatigheid* van de geleverde zorg als geheel, en 'best practices' in de Belgische ziekenhuizen.



De ziekenhuisaudits nodigen uit tot verbeterprojecten op het niveau van de ziekenhuizen en de zorgverleners, met nadruk op het feedback geven en aanspreken, het uitnodigen tot uitleg en verbeterinitiatieven en het begeleiden en monitoren.

Het auditteam bestaat uit artsen-auditeurs, verpleegkundigen-auditeurs en apothekers-auditeurs. De auditeurs maken onder andere gebruik van federale gekoppelde gegevens (minimale ziekenhuisgegevens FOD en facturatiegegevens van het RIZIV). In de geïntegreerde aanpak van de audit van ziekenhuizen kan ook plaats zijn voor het evalueren van de multidisciplinaire zorgpaden, medische hulpmiddelen, het elektronische patiëntendossier (EPD), e.a.

Ter validatie van een aantal aspecten van het project « Audit Ziekenhuizen» vindt een 'Proof Of Concept' plaats, waarbij ziekenhuisaudits over bariatrische heelkunde uitgevoerd zullen worden.

OORSPRONG VAN DE GEKOPPELDE GEGEVENS

Het RIZIV verzamelt anonieme statistische bestanden over aangerekende zorg per ziekenhuisverblijf. Dit zijn anonieme ziekenhuisverblijven (AZV). De ziekenhuizen sturen op anonieme wijze en voor elke opgenomen patiënt gegevens over de medische diagnoses en uitgevoerde ingrepen (MZG) naar de FOD VVVL.

De Technische Cel¹⁸ koppelt deze gegevens om per pathologiegroep een overzicht te krijgen over de verleende zorg en de door de ziekteverzekering terugbetaalde kosten. De Technische Cel maakt deze overzichten voor ieder ziekenhuis apart en voor alle ziekenhuizen samen. De informatie is gebaseerd op de gevalideerde MZG gegevens van de FOD VVVL en facturatiegegevens afgeleverd door de verzekeringsinstellingen aan het RIZIV (AZV).

De gegevens die ontstaan uit de koppeling van de AZV en de MZG worden gebruikt om:

- verbanden tussen de uitgaven van de verzekering voor de geneeskundige verzorging en pathologiegroepen te analyseren, of
- financieringsregels, normen en kwaliteitsvoorwaarden in het kader van een doelmatig gezondheidszorgbeleid uit te werken.

Met deze koppeling van de gegevens wenst de federale overheid de ziekenhuizen, de artsen en de wetenschappelijke instellingen maximaal te informeren over het gebruik van de medische middelen en hun kostprijs voor het deel van de zorgverlening in de ziekenhuizen.

AUDIT MET GARANTIE OP CONFORMITEIT, DOELMATIGHEID EN 'BEST PRACTICES'

De ziekenhuisaudit *conformiteit, doelmatigheid en 'best practices'* past binnen het redesign van de gezondheidszorgadministraties; de audit draagt bij aan de ondersteuning, kwaliteitsbewaking en het toezicht in de ziekenhuizen. Het staat los van andere audits die de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen ondersteunen aan de hand van een internationaal accreditatieprogramma (bijvoorbeeld Joint

¹⁸ Technische Cel voor de verwerking van de gegevens met betrekking tot de ziekenhuizen:
<https://tct.fgov.be/webetct/etct-web/>



Commission International (JCI), Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ),). Via tegensprekelijke en objectieve rapportering aan het geauditeerde ziekenhuis worden het auditteam en het geauditeerde ziekenhuis partners in zorgmanagement. Aan de hand van een verbetertraject worden meetbare afspraken gemaakt en opvolgaudits gepland.

AUDITONDERWERPEN: O.A. LAAGVARIABLE ZORG

In 2015 heeft de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Maggie De Block, een plan van aanpak ontwikkeld om het ziekenhuislandschap en de ziekenhuisfinanciering te reorganiseren. Betreffende het ziekenhuislandschap, zal het creëren van ziekenhuisnetwerken toelaten om efficiënt te beantwoorden aan de nieuwe behoeften van patiënten en aan de evolutie van de medische technologieën en behandelingen. Tegelijkertijd zal het nieuwe financieringssysteem van laagvariabele zorg toelaten om de zorg die weinig verschilt van patiënt tot patiënt, correct te financieren door in alle betrokken ziekenhuizen dezelfde bedragen vast te stellen. Sinds 19 juli 2018 kent België de wet betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg. De thematische aanpak van de audit van ziekenhuizen laat zich onder andere inspireren door de lijst van patiëntengroepen van laagvariabele zorg.

METHODE

- 1) Na het bepalen van de objectieven voeren de auditeurs een desktop analyse uit van de beschikbare data en literatuur
- 2) Een (geanonimiseerde) benchmark ten opzichte van andere ziekenhuizen wordt uitgevoerd.
- 3) het multidisciplinaire team van het geauditeerde medische (sub)specialisme en het zorgpad van de patiënt worden bevraagd in de geselecteerde ziekenhuizen.
- 4) Via een reeks ziekenhuisverblijven worden zowel de conformiteit aan normen en regels van de gezondheidszorgadministraties als de doelmatigheid van de geleverde zorg als geheel geauditeerd. 'Best practices' kunnen bijvoorbeeld getoetst worden aan de criteria van de laagvariabele zorg, evidence based medicine (EBM), kwaliteitsindicatoren (KI), kritieke prestatie-indicatoren (KPI), outcome parameters, richtlijnen, benchmarking, etc.
- 5) De audit gebeurt volgens de algemeen geldende auditprincipes: uniform, systematisch, onafhankelijk, aftoetsen van afspraken (regels, procedures, normen,...) om op een objectieve manier na te gaan in hoeverre er afwijkingen bestaan tussen de doelstellingen en de werkelijkheid. Hierbij hanteert men normen en referentiekaders als uitgangspunten.
- 6) De auditeurs leggen een tegensprekelijk rapport voor aan de geauditeerde, met bevindingen, 'best practices', verbeterpunten en meetbare afspraken voor opvolging van verbetertrajecten voor het ziekenhuis. Waar nodig krijgt het verbetertraject een verplichtend karakter. Globale bevindingen van een geauditeerd thema kunnen vertaald worden naar overeenkomsten met de sector met opvolgbare acties.
- 7) Tenslotte worden opvolgaudits voor de verbetertrajecten uitgevoerd. Zo is er een continue uitwisseling van informatie tussen de gezondheidszorgadministraties en de ziekenhuizen.

KEUZE VAN HET AUDITONDERWERP VOOR DE PROOF OF CONCEPT

De eenheid « Audit Ziekenhuizen » werkt onder andere mee aan de ondersteuning, de kwaliteitsbewaking en het toezicht van de ziekenhuizen in het kader van de laagvariabele zorg. Bariatrische heelkunde is een van de 57 patiëntengroepen, opgenomen in het Koninklijk Besluit van 2



december 2018 tot uitvoering van de wet van 19 juli 2018 betreffende de gebundelde financiering van de laagvariabele ziekenhuiszorg.

Obesitas is een belangrijk en toenemend maatschappelijk probleem en gaat gepaard met significante morbiditeit. Bariatrische heelkunde biedt de mogelijkheid om gewichtsreductie te bekomen en geassocieerde ziektebeelden te remediëren. Dit type heelkunde is onderworpen aan een aantal criteria volgens de internationale richtlijnen en nomenclatuur voor geneeskundige verstrekkingen. De audit *conformiteit, doelmatigheid* en *'best practices'* kadert in een verdere sensibilisering van de personen en ziekenhuizen die betrokken zijn bij het zorgpad van de obesitaspatiënt.

COMMUNICATIE EN RAPPORTAGE

Het auditteam communiceert met het ziekenhuis via verschillende kanalen: e-mail, telefoon, De audits ter plaatse worden twintig dagen op voorhand aangekondigd met een e-mail gericht aan de algemeen directeur van het ziekenhuis. De audits ter plaatse zullen plaatsvinden van februari tot en met mei 2019. De lijst met verblijfsnummers die besproken zullen worden, worden twee dagen voor de audit ter plaatse, bekend gemaakt aan het ziekenhuis. Tijdens de audit ter plaatse wordt onder andere het zorgpad van de obesitaspatiënt getoetst aan de hand van de beschikbare informatie (website, brochures, aangerekende nomenclatuur, EPD, wetgeving, codering, richtlijnen, EBM, ...). Binnen de dertig dagen na de audit ontvangt het ziekenhuis een objectief en tegensprekelijk rapport van het auditbezoek. Opvolg audits kunnen gepland worden. Een samenvattend rapport voor het auditthema zal na het uitvoeren van de audits beschikbaar gesteld worden.

VRAGEN

Met vragen kan u terecht bij Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be

Met de meeste hoogachting,

dr. Nick De Swaef,
projectleider 'Audit Ziekenhuizen'



Bijlage 5: Aankondiging audit bariatrische heelkunde aan de geselecteerde ziekenhuizen



Project Audit Ziekenhuizen
FOD VVVL - RIZIV - FAGG
Tervurenlaan 211
1150 Brussel

Ziekenhuis X
Ter attentie van de algemeen directeur
en betrokken diensthoofden
Adres
Adres

Onze referentie: AA-nl BAR CHIR *ziekenhuisnummer (XXX)*

Betreft: Audit bariatrische heelkunde

In bijlage: de checklist A BAR CHIR *ziekenhuisnummer (XXX)*

Brussel, *datum*

Geachte mevrouw, meneer,

In het kader van de 'redesign' van de gezondheidszorgadministraties bestaan passerelles tussen overheidsinstellingen, waaronder de eenheid « Audit Ziekenhuizen » die zich toelegt op *conformiteit, doelmatigheid en 'best practices'* in de Belgische ziekenhuizen. Het is een co-governance structuur met de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL), het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG). De methode van audit is gebaseerd op een analyse van de federale gekoppelde gegevens (minimale ziekenhuisgegevens (MZG) en facturatiegegevens van het RIZIV).

Een audit betreffende bariatrische heelkunde zal plaatsvinden in uw ziekenhuis op de volgende datum: *xx - maand 2019*.

De audit richt zich hoofdzakelijk op het multidisciplinair zorgpad van de obesitaspatiënt, opgenomen voor bariatrische heelkunde, met inbegrip van de verschillende registraties en procedures, kaderend in dit thema.

In deze brief wordt uitgelegd hoe de selectie van de ziekenhuizen is gebeurd, hoe deze audit in uw ziekenhuis zal verlopen en wat er van u verwacht wordt.



DE SELECTIE

De selectie van de ziekenhuizen gebeurde in twee tijden.

Eerst werden de ziekenhuisverblijven geselecteerd waarbij de patiënt het ziekenhuis verlaten heeft in 2016, volgens de onderstaande criteria:

- ❖ Een van de 3 nomenclatuurcodes voor bariatrische heelkunde ("241780", "241824" of "241846") werd gefactureerd tijdens het verblijf en/of
- ❖ Verblijven geklasseerd in APR-DRG (All Patient Refined - Diagnosis Related Groups) 403 (Obesitasprocedures) en/of
- ❖ Verblijven met als hoofddiagnose een code uit de categorie E66 (Overweight and obesity) en geklasseerd als een chirurgische APR-DRG.

In 97 Belgische ziekenhuizen werden verblijven in verband met bariatrische heelkunde aangetroffen.

Als tweede stap werden de ziekenhuizen gerangschikt volgens het aantal verblijven.

De dertig ziekenhuizen met het grootste aantal ziekhuisverblijven in verband met bariatrische heelkunde werden geselecteerd voor een audit ter plaatse.

De ziekenhuizen waarvan een verstrekker betrokken is bij een lopend controleonderzoek over bariatrische heelkunde op federaal niveau, tijdens de geaudite periode, werden uitgesloten.

DE AUDIT TER PLAATSE OP XX-XX-2019

Het auditteam verwacht dat op *xx-maand* 2019 de volgende personen aanwezig zijn tijdens het auditen van de aspecten waarvoor zij verantwoordelijk zijn :

- 1) De SPOC (single point of contact) voor de audit : aan te duiden door het ziekenhuis. De SPOC coördineert het vlotte verloop van de audit ter plaatse en de communicatie met het auditteam (bv. aanbieden van de gevraagde informatie).
- 2) De medisch directeur
- 3) De MZG-verantwoordelijke
- 4) De verantwoordelijke voor facturatie
- 5) Het diensthoofd bariatrische heelkunde of een chirurg bariatrische heelkunde
- 6) De hoofdapotheker
- 7) De hoofdverpleegkundige van de betrokken dienst



PLANNING VAN DE AUDIT TER PLAATSE

De dag wordt als volgt georganiseerd (een gedetailleerde uurregeling, in onderling overleg, wordt 15 dagen voor de audit verstuurd, via e-mail):

- 1) Kennismaking en presentatie door het auditteam
- 2) Voorstelling van het algemeen functioneren van de dienst
- 3) Bezoek aan de betrokken ziekenhuisafdelingen
- 4) Interne bespreking auditteam
- 5) Bespreking van de geselecteerde ziekenhuisverblijven (de te bespreken verblijfsnummers worden twee dagen voor de audit verstuurd, via e-mail)
- 6) Vergadering ter afsluiting

DE CHECKLIST

Als bijlage vindt u een checklist. Gelieve deze digitaal in te vullen en binnen de 15 dagen op te sturen naar [✉Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be](mailto:Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be). Gelieve de gevraagde documenten in .pdf toe te voegen (indien beschikbaar).

VRAGEN

Met vragen kunt u terecht bij dr. Nick De Swaef, waarnemend leidinggevende van de eenheid « Audit Ziekenhuizen » ([✉Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be](mailto:Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be)).

Het auditteam dankt u voor uw medewerking.

Hoogachtend,



Bijlage 6: Checklist audit bariatrische heelkunde.

Checklist audit bariatrische heelkunde

Om de communicatie met het auditteam te vergemakkelijken, gelieve:

- Deze checklist volledig in te vullen en terug te mailen (in .docx), samen met eventuele bijlages (in .pdf) (cf. punt 3) naar Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be

Wil u dit document met bijlagen terugzenden voor

Xx xx 2019

Indien u vragen heeft, kan u deze stellen via het e-mailadres Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be

1. Algemene gegevens van de dienst bariatrische heelkunde

Naam: Klik hier om in te vullen.

Straat: Klik hier om in te vullen.

Nr.: Klik hier om in te vullen.

Postcode: Klik hier om in te vullen.

Stad: Klik hier om in te vullen.

Algemeen telefoonnummer: Klik hier om in te vullen.

Website: Klik hier om in te vullen.

E-mailadres: Klik hier om in te vullen.



2. Contactgegevens van de betrokken personen

2.1 De SPOC (single point of contact) voor de audit : aan te duiden door het ziekenhuis, de SPOC coördineert het vlotte verloop van de audit ter plaatse. De SPOC coördineert ook de communicatie met het auditteam (bv. aanbieden van de gevraagde informatie).

Naam: Klik hier om in te vullen.

Voornaam: Klik hier om in te vullen.

Telefoonnummer: Klik hier om in te vullen.

E-mailadres: Klik hier om in te vullen.

2.2 De medisch directeur

Naam: Klik hier om in te vullen.

Voornaam: Klik hier om in te vullen.

Telefoonnummer: Klik hier om in te vullen.

E-mailadres: Klik hier om in te vullen.

2.3 De MZG-verantwoordelijke

Naam: Klik hier om in te vullen.

Voornaam: Klik hier om in te vullen.

Telefoonnummer: Klik hier om in te vullen.

E-mailadres: Klik hier om in te vullen.

2.4 De verantwoordelijke voor de facturatie

Naam: Klik hier om in te vullen.

Voornaam: Klik hier om in te vullen.

E-mailadres: Klik hier om in te vullen.



2.5 Een verantwoordelijke EPD (elektronisch patiëntendossier)

Naam: Klik hier om in te vullen.

Voornaam: Klik hier om in te vullen.

E-mailadres: Klik hier om in te vullen.

2.6 Het diensthoofd bariatrische heelkunde

Naam: Klik hier om in te vullen.

Voornaam: Klik hier om in te vullen.

Telefoonnummer: Klik hier om in te vullen.

E-mailadres: Klik hier om in te vullen.

2.7 De hoofdapotheker

Naam: Klik hier om in te vullen.

Voornaam: Klik hier om in te vullen.

E-mailadres: Klik hier om in te vullen.

2.8 De hoofdverpleegkundige(n) van de betrokken dienst(en)

Naam: Klik hier om in te vullen.

Voornaam: Klik hier om in te vullen.

Telefoonnummer: Klik hier om in te vullen.

E-mailadres: Klik hier om in te vullen.

3. Bijlagen: specifieke informatie

Gelieve bijlagen (in .pdf) toe te voegen bij het versturen van de checklist naar Nick.DeSwaef@riziv-inami.fgov.be

- De samenstelling van het multidisciplinair team bariatrische heelkunde
- alle documentatie die ter beschikking is en kan bijdragen tot een goede voorbereiding van een audit ter plaatse (vb: beschikbare procedures, informatiefolders voor patiënt / arts, organisatie van het team bariatrische heelkunde, gebruikte guidelines,)



Bijlage 7: Planning audit bariatrische heelkunde.

 Planning van de audit

<p>Ziekenhuis, n°</p> <p>Adres</p>
--

4. Datum van de audit

00 / 00 / 2019

5. Aanwezige auditoren

<u>Naam:</u>	<u>Functie:</u>

6. Planning

Uur	Onderwerp	Vereiste personen	Lokaal
9.30-9.45u.	Voorstelling van de eenheid en de POC Audit Ziekenhuizen - bariatrische heelkunde	Medisch directeur, het bariatrisch team	
9.45-12u.	Audit zorgpad bariatrische heelkunde	het bariatrisch team	
12-13u.	Pauze - maaltijd		
13-16.15u.	Audit ziekenhuisverblijven - 12 patiëntendossiers	Verantwoordelijke MZG en referentiepersoon voor verpleegkundige items	Lokaal dat de projectie van dossiers toelaat
16.15-16.30u.	Slotwoord		



Bijlage 8: Andere codes van de nomenclatuur aangerekend bij een ziekenhuisverblijf ingedeeld bij een APR-DRG 403 en/of waarvan de hoofd diagnose in de categorie E66 valt en ingedeeld bij een chirurgische APR-DRG.

N° NGV	De omschrijving van de verstrekking	Totaal
241043	Middenrijs- of hiatushernia langs abdominale weg	279
588302	Honorarium voor het pathologisch-anatomisch onderzoek, door inclusie en coupe, van zoveel prelevementen als nodig, ongeacht het aantal coupes en ongeacht het aantal onderzochte organen en met inbegrip van het eventueel macroscopisch onderzoek, voor volgende operatiestukken : - partiële mamectomie met okselklier uitruiming, - totale mamectomie met of zonder okselklier uitruiming, - partiële of totale pneumectomie, - partiële of totale slokdarmresectie, - bilaterale lies klierevidement, - lymfeklierevidement van 2 of meerdere groepen halsklieren, - tumorectomie van de mondbodem met of zonder mandibulectomie, - tumorectomie van het verhemelte met of zonder maxillectomie, - totale maxillectomie, - partiële of totale gastrectomie, - dunne darm resectie, - partiële of totale colectomie, - duodenopancreatetectomie, - radicale, totale of subtotale hysterectomie, - abdominoperineale resectie, - partiële of totale laryngectomie, - totale cystectomie, - totale penisamputatie, - totale nefrectomie, - totale prostatectomie (met zaadblaasjes), - hartresectie, - hart long blok, - totale hepatectomie, - totale pelvectomie, - totale vulvectomie, - foetus van 14 tot en met 24 weken	85
473060	Onderzoek van het hogere spijsverteringskanaal door middel van endoscopie	84
241463	Totale gastrectomie met oesofago-jejunale anastomose of subtotale gastrectomie met herstellen van de transit, door interpositie van een darmsegment	75
200104	Anesthesie verricht tijdens een verstrekking : Gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 390 of N 650 of I 750 en hoger dan K 300 of N 500 of I 600	71
243246	Segmentaire resectie van de dunne darm	47
241544	Resectie van de maag of reducerende gastroplastiek zonder onderbreking van de continuïteit	41
202344	Forfaitair honorarium voor het opstarten, de programmering en dedagelijkse supervisie en registratie, door een arts-specialist in de anesthesie-reanimatie, van een patiënt-gecontroleerde analgesie-pomp PCA (patient controlled analgesia) voor toediening van morfinomimetica en eventueel co-analgetica via intraveneuze weg (PCIA, patient controlled intravenous analgesia), postoperatief en/of na polytrauma, inclusief het gebruikte materieel en exclusief de gebruikte farmaca. De PCA-pomp moet toelaten volgende 4 parameters te programmeren : continue snelheid, PCA-dosis, PCA-blokkering en tijdslimiet.	32
241485	Subtotale gastrectomie	30
243644	Exploratieve laparotomie	28
241566	Degastro-gastrectomie	28
243342	Ingrep wegens darmobstructie (exclusief beklemd hernia)	25
241286	Exerisis van uitgebreide vetschort met functionele hinder : Resectie met huidplastiek en transpositie van de navel	20
451441	Radiografie van de oesofagus (minimum vier clichés) en van de maag en duodenum in serie (minimum zes clichés) met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten	19
243283	Entero-anastomose	19
460784	Medische beeldvorming - Radiologie, artikel 17, forfaitair honorarium inzake medische beeldvorming per opname	19
350523	** Laparoscopie, zonder afname voor biopsie, inclusief pneumoperitoneum	15
242465	Cholecystectomie	14
200200	Anesthesie verricht tijdens een verstrekking : Gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 240 of N 400 of I 450 en hoger dan K 180 of N 300 of I 350	14



N° NGV	De omschrijving van de verstrekking	Totaal
591080	Forfaitair honorarium, betaalbaar per opname in een algemeen ziekenhuis, met uitzondering van de T-diensten of per dag die recht geeft op het maxiforfeit of dagziekenhuisforfeit voor één van onderstaande ingrepen uit de limitatieve lijst, voor zover het laboratorium : a) als medisch-technische dienst is opgenomen in een ziekenhuis of groepering van ziekenhuizen zoals gedefinieerd in hoofdstuk III van het koninklijk besluit van 30 januari 1989; b) als medisch-technische dienst is opgenomen in een ziekenhuis dat beschikt over een volgens hoofdstuk III van het koninklijk besluit van 21 maart 2003 erkend zorgprogramma oncologie; c) erkend is voor alle disciplines van de klinische biologie, eventueel met uitsluiting van de pathologische anatomie; d) 24 uur per dag de continuïteit verzekert in samenwerking met de eenheden voor intensieve verzorging en de wachtdienst van het ziekenhuis; e) in zijn personeelsformatie minstens 4 equivalent voltijdse biologen heeft, van wie minstens 1 geneesheer-specialist of een apotheker of een licentiaat in de wetenschappen die beiden een opleiding van ten minste vijf jaar moeten hebben gevolgd, overeenkomstig de bepalingen van de bijlage bij het ministerieel besluit van 3 september 1984 tot vaststelling van de criteria voor de machtiging en de erkenning van de apothekers die bevoegd zijn om verstrekkingen te verrichten die tot de klinische biologie behoren	14
xxxxxx	Geen code aangerekend tijdens de periode	12
241942	Heelkundige behandeling van een incisionele buikwandhernia (inclusief recidief na behandeling van een primaire buikwandhernia en parastomale hernias)	9
459583	Computergestuurde tomografie van het abdomen, met of zonder contrastmiddel, met registreren en clichés, minimum 15 coupes, voor het hele onderzoek	8
243622	Ingrep wegens perforatie van een ander abdominaal orgaan dan de appendix	7
241625	Gastro-enterostomie	6
241581	Reconversie van de gastroduodenale transit na vroegere gastrectomie	5
244742	Eenvoudige cholecystectomie, geassocieerd met één van de verstrekkingen nrs 241032-241043, 241393 - 241404, 241415 - 241426, 241430 - 241441, 241452 - 241463, 241474 - 241485, 241496 - 241500, 241511 - 241522, 241533 - 241544, 241555 - 241566, 241570 - 241581, 241614 - 241625, 241710 - 241721, 241776 - 241780, 241813 - 241824, 241835 - 241846, 244716 - 244720, 242631 - 242642, 243036 - 243040, 243051 - 243062, 243073 - 243084, 243095 - 243106, 243110 - 243121, 243176 - 243180, 243191 - 243202, 243213 - 243224, 244016 - 244020, 244031 - 244042, 244053 - 244064, 237016 - 237020, 237031 - 237042, 237053 - 237064, 237075 - 237086, 237090 - 237101, 238011 - 238022 of 261671 - 261682 die tegen 100 pct mogen worden gecumuleerd met de hoofdbewerking	4
241765	Exerese van overtollige huid ter hoogte van een lidmaat, die een functionele hinder veroorzaakt, na een gedocumenteerd en gestabiliseerd gewichtsverlies van ten minste 20%	4
588280	Honorarium voor het pathologisch-anatomisch onderzoek, door inclusie en coupe, van zoveel prelevementen als nodig, ongeacht het aantal coupes en ongeacht het aantal onderzochte organen, en met inbegrip van het eventueel macroscopisch onderzoek voor volgende operatiestukken : - lymfeklierexerese, - eenzijdige lymfeklier okselevidement, - eenzijdige lymfeklier liesevidement, - heelkundige longbiopsie, - totale of partiële thymectomie, - resectie van subaponeurotische tumoren, - partiële pancreatetectomie, - partiële hepatectomie, - cholecystectomie, - splenectomie, - mesenteriale tumorectomie, - retroperitoneale tumorectomie, - oogbol resectie, - speekselklierresectie (met uitzondering van de accessoire speekselklieren), - partiële of totale glossectomie, - thyroïdectomie, - parathyroïdectomie, - pharyngectomie, - incisionele borstbiopsie, - borsttumorectomie, - partiële cystectomie (met uitzondering van de endoscopische blaasresectie), - heelkundige of endoscopische prostaatadenomectomie, - epididymectomie, - orchidectomie, - partiële penis amputatie, - diepe hals tumorectomie, - partiële nefrectomie, - uni- of bilaterale adnexectomie, - ovariectomie, - totale salpingectomie, - partiële vulvectomie, - baarmoederhals conisatie of -resectie, - bijnier resectie, - zenuwbiopsie, - spierbiopsie, - hersen-, ruggemerg- of hypofyse- tumor resectie, - bottumor resectie, - tonsillectomie (> 18 jaar), - adenoïdectomie (> 18 jaar)	4
243600	Ingrep wegens abdominale hemorrhagie	3
241883	Heelkundige behandeling van een eenzijdige inguinale, femorale of obturatorhernia	3
211223	Honorarium voor de installatie van en het continu toezicht op een patiënt verpleegd in de lokalen van een erkende functie intensieve zorg : De eerste dag	3
473804	Wegnemen van tumors en/of coagulatie van letsels (2e en 3e duodenum)	3
241662	Pyloroplastie	3
257040	Totale of subtotale tweezijdige thyroïdectomie met dissectie van de nervi laryngei recurrentes en de bijschildklieren	3



N° NGV	De omschrijving van de verstrekking	Totaal
242384	Laparoscopie of laparotomie voor afname van leverbiopsie	3
250180	Huid- of fascio-cutane flap, hoofdbewerking	3
220242	Verwijderen van diepliggende, vreemde lichamen uit weefsels	2
560501	Individuele kinesiotherapie zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft	2
243062	Hemicolectomie rechts of links of segmentaire colonresectie of sigmoïdrectie of partiële rectumresectie met herstel van de continuïteit	2
241721	Operatieve behandeling van een maagfistel	2
451404	Radiografie van de oesofagus (minimum zes clichés) en van de maag (minimum twee clichés) met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten	2
251624	Reducerende borstplastie wegens borsthypertrofie die functionele hinder veroorzaakt	2
472102	Dilatatie van de oesophagus met behulp van een pneumatische sonde	2
257025	Eenvoudige totale thyreoïdectomie of gedeeltelijke thyreoïdectomie	2
477385	Polysomnografie na de leeftijd van één jaar	2
290264	Arthroplastie van de knie door unicompartimentele prothese met femorale en tibiale component	2
589061	Percutane endovasculaire dilatatie met of zonder plaatsing van stents(s) onder controle door medische beeldvorming van een artiriële vernauwing en/of occlusie inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en al het gebruikte materieel, exclusief de dilatatiecatheter(s), de farmaca en de contrastmiddelen . Voor de andere slagaders dan de coronaire	2
242023	Duodeno-pancreatectomie	2
254844	Volledige eenzijdige heilkundige behandeling van inflammatoire pathologie van twee sinussen	1
471726	Bronchoscopie zonder afname voor biopsie	1
246665	Transparsplana vitrectomie	1
232805	Lumbale laminarthrectomie van meer dan twee niveaus wegens compressie van cauda equina ten gevolge van congenitale vernauwing (Syndroom van Verbiest) of verworven vernauwing van het ruggemerkkanaal	1
473104	Onderzoek van de dunne darm met een endoscoop die is uitgerust met een hulpmiddel om het inbrengen ervan langs orale weg te vergemakkelijken	1
261564	Endoscopische resectie van de prostaat, inclusief cystoscopie	1
444323	Forfaitair honorarium voor curietherapie gecombineerd met uitwendige bestralingsreeks voor een patiënt die beantwoordt aan de criteria of lijdt aan een aandoening opgenomen in categorie 6	1
262382	Therapeutische ureteroscopie of ureterorenoscopie met ureterdilatatie onder controle door medische beeldvorming voor de behandeling van lithiasis, abcessen, letsels of stenose	1
241264	Exeresis van uitgebreide vetschort met functionele hinder : Elliptische resectie	1
276080	Heelkundige behandeling van een ruptuur van het rotatorenkapsel, ongeacht de techniek : door rechtstreeks herstel van één of meerdere pezen	1
472404	Extractie van een of meer vreemde lichamen van het spijsverteringskanaal door middel van endoscopie	1
276581	Bloedige behandeling van een femurfractuur, ongeacht het niveau	1
475086	** Elektrocardiografische onderzoeken, met protocol, ten minste 12 verschillende derivaties	1



N° NGV	De omschrijving van de verstrekking	Totaal
281105	Arthrodesia tussen de cervicale wervellichamen, inclusief het nemen van de ent	1
565504	Complex moleculair genetisch onderzoek voor het opsporen van een constitutionele aandoening (niveau 3) (Diagnoseregule 6, 10, 18)	1
227802	Borstsparende volledige resectie van een bewezen kwaadaardig borstletsel met macroscopisch voldoende veiligheidsmarge, en resectie van schildwachtlymfeklier, met peroperatoir anatomo-pathologisch onderzoek van de schildwachtlymfeklier	1
241500	Antrectomie met vagotomie	1
290920	Osteotomie van de tibia, ongeacht het niveau	1
451522	Radiografie van de oesofagus (minimum vier clichés) en van maag en duodenum in serie (minimum zes clichés) en van de transit van de dunne darm, inclusief eventueel de ileoocaecale streek en het colon (minimum zes clichés) met radioscopisch onderzoek met beeldversterker en televisie in gesloten keten	1
306924	* Volledige uitneembare bovenprothese	1
242480	Cholecystectomie met peroperatoire cholangiografie	1
588265	Honorarium voor het pathologisch-anatomisch onderzoek door inclusie en coupe, van zoveel prelevementen als nodig, ongeacht het aantal coupes en ongeacht het aantal onderzochte organen, en met inbegrip van het eventueel macroscopisch onderzoek, voor volgende prelevementen : Bipten van volgende diepe organen : - lever, - nier, - nierbekken, - bijnier, - prostaat, - borst, - lymfeklier, - beenmerg, - bot, - schildklier, - speekselklier, - pleura, - long, - testikel, - peritoneum, - retroperitoneum, - mediastinum, - hersenen	1
241920	Heelkundige behandeling van een primaire buikwandhernia (inclusief navelbreuk, epigastrische hernia, Spigheliaanse hernia of lumbale hernia)	1
243165	Appendectomie in de koude of in het acute stadium met of zonder perforatie	1
241706	Gastrostomie	1
243681	Insnijden en draineren, langs abdominale weg, van een mesocoliacaal of bekkenabces	1
243106	Ileo-colorectoplastie	1
227146	Middenrijs- of hiatushernia of middenrijs- of hiatuseventratie, langs thoracale of thoraco-abdominale weg	1
475985	Percutane plaatsing van (één of meer) blijvende intracavitare elektrode(n) langs transveneuze weg	1
599546	Bijkomend honorarium voor de 's nachts, tijdens het week of op een feestdag verrichte dringende verstrekkingen: Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan K 180 of N 300 of I 300 en gelijk aan of lager dan K 300 of N 500 of I 500	1
256546	Amygdalectomie, met of zonder adenoïdectomie, bij volwassenen, d.w.z. degene die achttien jaar is of ouder	1
243320	Heelkundige behandeling van dunnedarmobstructie door adhesiolyse zoals volgens Noble, Childs of Baker, met inbegrip van de gastrostomie	1
241684	Gastrostomie	1
442400	Tomografisch onderzoek tijdens een scintigrafie, met verwerking op computer die ten minste twee niet-parallelle reconstructievlakken omvat, met protocol en iconografische documenten (Single-photon emission computed tomography - SPECT)	1
220323	Heelkundige bewerking wegens diepe tumoren of letsels aan het gelaat of lippen, exclusief huidletsels	1
353264	** Laparoscopie, met afname voor biopsie, inclusief pneumoperitoneum	1
589142	Percutane occlusie onder controle door medische beeldvorming van de arteriële of veneuze vascularisatie van pathologische letsels of van arteriële bloeding in de faciale, thoracale, abdominale of bekkenstreek, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en de gebruikte catheters, exclusief de gebruikte embolisatiecatheter(s), de farmaca, de contrastmiddelen en het embolisatiemateriaal	1



N° NGV	De omschrijving van de verstrekking	Totaal
424023	Normale of ingewikkelde verlossing inclusief het honorarium voor de eventuele anesthesie, met uitsluiting van de anesthesieën door de geneesheren, specialisten voor anesthesie	1
592001	Forfaitair honorarium dat per verpleegdag wordt betaald voor de verstrekkingen inzake klinische biologie van de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden	1
431760	Vagina- en vulvoplastiek	1
599561	Bijkomend honorarium voor de 's nachts, tijdens het weekend of op een feestdag verrichte dringende verstrekkingen: Voor de verstrekkingen waarvan de betrekkelijke waarde hoger is dan K 120 of N 200 of I 200 en gelijk aan of lager dan K 180 of N 300 of I 300	1
432504	Diagnostische laparoscopie zonder biopsie, inclusief het pneumoperitoneum	1
432526	Diagnostische laparoscopie met biopsie of cytologie inclusief het pneumoperitoneum	1
Algemeen Totaal		1.109



11 Bibliografie

Referentie	Link internet
Het akkoord artsen-ziekenfondsen 2018-2019	https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/akkoord_artsen_ziekenfondsen_2018_2019.pdf
Bijlage 77: Notificatieformulier voor bariatrische ingreep	<a "))&rech='1&language=fr&tri=dd+AS+RANK&numero=1&table_name=titre&F=&caller=image_a1&fromtab=titre&la=F&nm=2010022327&pdf_page=28&pdf_file=http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2010/07/29_2.pdf"' href="http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl?=&sql=(text+contains+(">http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a.pl?=&sql=(text+contains+(""))&rech=1&language=fr&tri=dd+AS+RANK&numero=1&table_name=titre&F=&caller=image_a1&fromtab=titre&la=F&nm=2010022327&pdf_page=28&pdf_file=http://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2010/07/29_2.pdf
Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC)	https://www.health.belgium.be/nl/belgian-meaningful-use-criteria-bmuc
Hulpbrochure voor de codering ICD-10-BE	https://www.health.belgium.be/nl/hulpbrochure-voor-de-codering-icd-10-be
Technische Cel van het RIZIV	https://tct.fgov.be/webetct/etct-web/
Gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen van 10 juli 2008	http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2008071090&table_name=wet
Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.	http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1994071438&table_name=wet
Minimale Ziekenhuis Gegevens - Bijkomende richtlijnen Verpleegkundige Gegevens - Codeerhandleiding VG-MZG. Januari 2011. Versie 1.6	https://www.health.belgium.be/nl/mzg-bijkomende-richtlijnen-vg-codeerhandleiding-vg-mzg-jan-2011-versie-16
Handboek ICD-10-BE codering(V2.3) 2017	https://www.health.belgium.be/fr/icd-10-be-publications-manuel-de-codage-icd-10-be-v23-2017
Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte	http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1984091430&table_name=wet



Referentie	Link internet
verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen	
Actieplan e-gezondheid 2019-2021	https://www.health.belgium.be/nl/actieplan-e-gezondheid-2019-2021
Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.	http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1984091430&table_name=wet