

Bariatrische Chirurgie

*‘Onderzoek naar de effectiviteit van de
maagverkleinende operatie
vanuit het patiëntperspectief’*

Opdrachtgever: Evelien van der Vinne, Portfoliomanagement Menzis
Docentbegeleider: Karsten van Slooten, Christelijke Hogeschool Ede



Jolijn den Hertog
25 juni 2012
Afstudeeropdracht
Management, Economie en Recht



Colofon

Project: Bariatrische Chirurgie, *‘Onderzoek naar de effectiviteit van de maagverkleinende operatie vanuit het patiëntperspectief’*
Opdrachtgever: Menzis Zorgverzekeraar, Lawickse Allee 130, 6709 DZ Wageningen
 Evelien van der Vinne, Marketing Analist Portfoliomanagement
Afstudeerder: Jolijn den Hertog, HBO Management, Economie en Recht, jaar 4
 Christelijke Hogeschool Ede
Docentbegeleider: Karsten van Slooten, Christelijke Hogeschool Ede
Periode: Januari 2012 - Juni 2012

Afbeelding voorkant ontleend aan: <http://www.medicalfacts.nl>

Samenvatting

In 2011 werd er een onderzoek van het RIVM gepubliceerd waarin naar voren kwam dat meer dan 50% van de Nederlandse bevolking overgewicht heeft. Bekend is dat (ernstig) overgewicht gepaard gaat met een verhoogd risico op bepaalde aandoeningen en een slechte kwaliteit van leven. In Nederland worden er steeds meer operaties uitgevoerd ten behoeve van ernstig overgewicht (Bariatrische Chirurgie). De operaties kosten per persoon rond de €10.000,-. De behandelmethode is opgenomen in de basisverzekering en verzekeraars hebben de plicht om deze zorg in te kopen bij zorgaanbieders voor hun verzekerden. Bij Menzis ontstond de vraag: 'Hoeveel kennis is er binnen Menzis aanwezig over de effectiviteit van de maagverkleinende operaties?' Deze informatie is relevant, omdat verbeteringen in het behandeltraject kunnen leiden tot gewichtsverlies op de lange termijn en dit positieve effecten heeft op de zorgkosten, op de gezondheid van de bevolking en op de kwaliteit van leven van de patiënt.

Het doel van dit onderzoek is om de kennis over bariatrische chirurgie binnen Menzis te vergroten. Deze kennis is specifiek gericht op de ontwikkelingen binnen de onderzoekswereld, patiëntervaringen bij het gehele behandeltraject en kwantitatieve data over de operaties in Nederland (hoeveelheid, locatie en resultaten).

Binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. Bij de literatuurstudie is er met name gekeken naar de aanwezige kennis over de effectiviteit van de behandeling. In het databestand van Menzis is een analyse uitgevoerd naar hoeveel verzekerden in de periode van 2006-2010 een maagverkleining hebben gehad en is gekeken naar veranderingen in de medische kosten voor en na de operatie. Middels een enquête is inzicht verkregen in de ervaringen van patiënten met bepaalde zorgaanbieders in Nederland. Door het houden van drie interviews is het perspectief vanuit verschillende posities beter belicht. Ten slotte is er door een paar dagen mee te lopen bij zorgaanbieders een beeld verkregen van het huidige behandeltraject dat wordt aangeboden in Nederland. De informatie die voortkwam uit dit onderzoek is samengebracht in dit adviesrapport en op basis daarvan zijn er aanbevelingen gedaan naar Menzis.

In de periode 2006-2010 is het aantal verzekerden van Menzis die een maagverkleining hebben ondergaan toegenomen. Het aandeel in het totale aantal patiënten in Nederland die deze operatie hebben ondergaan is in deze jaren rond de 10% gebleven. Daarmee zijn de totale kosten voor Menzis gestegen van €1,5 miljoen in 2007 naar €5 miljoen in 2010.

De beroepsgroep van de heelkunde heeft indicatiecriteria opgesteld wanneer patiënten in aanmerking komen voor de operatie. Deze worden opgevolgd door zorgaanbieders in Nederland. Uit literatuurstudie blijkt dat de operatie effectief is wanneer patiënten langdurige multidisciplinaire begeleiding voor en na de operatie krijgen waardoor zij leren om te gaan met een gezonde leefstijl. Kwaliteit is bij deze operatie zeer belangrijk. Menzis maakt duidelijke afspraken met zorgaanbieders over deze kwaliteit, maar voor de verzekerde is het nog niet altijd duidelijk bij welke zorgaanbieder ze terecht kan voor een operatie die vergoed wordt.

Omdat Menzis in de toekomst de rol van gezondheidsorganisatie wil vervullen is het belangrijk dat zij de klant actief betreft bij afspraken die zij maakt met zorgaanbieders. Er moet dus blijvende interactie ontstaan voor en na de operatie met de verzekerde om het inkoopproces zo volledig mogelijk te maken. Daarbij moet zij zorgen dat de communicatie naar de patient over de kwaliteit duidelijk is.

De verwachting voor de komende jaren is dat het aantal uitgevoerde maagverkleinende operaties nog toe zal nemen. Voor Menzis is het belangrijk om onderzoek te gaan doen naar alternatieve behandelmethoden die minder kosten met zich mee brengen en ook effectief zijn.

Voorwoord

Voor u ligt het adviesrapport dat het resultaat is van mijn afstudeeropdracht bij Zorgverzekeraar Menzis en is uitgevoerd ter afsluiting van de bachelor Management, Economie en Recht aan de Christelijke Hogeschool te Ede. Het afstudeeronderwerp betreft de (kosten)effectiviteit van de Bariatrische Chirurgie vanuit klantperspectief. Van het begin tot aan het einde van mijn stageperiode heeft mij dit onderwerp zeer geboeid. De operatieve ingreep lijkt een zeer grote impact te hebben op het leven van een patiënt, maar toch wegen de positieve effecten van het gewichtsverlies zoveel zwaarder voor deze mensen. Ik hoop dat ik met dit rapport heb kunnen bijdragen aan het verbeteren van het behandeltraject vanuit patiëntenperspectief.

Voor de totstandkoming van dit rapport wil ik mijn afstudeerbegeleider Karsten van Slooten en mijn stagebegeleider Evelien van der Vinne hartelijk bedanken voor hun begeleiding. Dankzij hen heb ik ontzettend veel mogen leren tijdens het proces en heb ik de uitdaging mogen aangaan om mijn grenzen te verleggen in zowel wetenschappelijk als in praktijkgericht onderzoek.

Olga Bruers, manager van de Nederlandse Obesitas Kliniek, wil ik hartelijk bedanken. Ik vind het geweldig hoeveel moeite jij hebt gedaan om mij van goede informatie te voorzien en hoe ik zowel in Velp als in Arnhem een ontzettend leerzame dag mee heb kunnen maken. Daarnaast wil ik het Slotervaart Ziekenhuis en het Rijnstate Ziekenhuis bedanken voor de mogelijkheid om een dag mee te lopen en inzicht te krijgen in de processen.

Jaap Seidell, Dr. Acherman en Annette Born, hartelijk dank voor het nemen van de tijd om mij vanuit jullie invalshoek van goede informatie te voorzien. En alle patiënten hartelijk dank voor het invullen van de enquête.

Ook wil ik van Menzis de volgende mensen hartelijk bedanken:

Afdeling Portfoliomanagement: Frank Stol, Jan-Willem van Rossum, Jordy Hartemink, Wil Roozendaal, Birgit Kiesemeijer, René Bouma, Renée Willekes, Ronald Cremers, Arno Rutte, Gerrit Jansen, en Frances Zitter. Jullie hebben altijd opengestaan voor vragen en hebben mij echt opgenomen in het team. Dat was heel waardevol voor mij.

Ook wil ik Ingrid van Amersfoort, Monika Kop, Jenny Coster, Nienke Oosting en Lucie Peijnenburg hartelijk bedanken voor het vormgeven van mijn onderzoek en het beantwoorden van mijn vragen.

Als laatste wil ik graag alle overige betrokkenen bedanken die - op welke manier dan ook - een bijdrage hebben geleverd aan het voltooien van mijn opleiding en afstuderen welke ik hierboven nog niet genoemd heb.

Jolijn den Hertog

Wageningen, 25 juni 2012

Inhoud

Samenvatting	1
Voorwoord	2
1 Inleiding	2
2 Methodologie	3
2.1 Informatieverzameling	3
2.2 Kwantitatieve analyse	3
2.3 Kwalitatieve gegevensverzameling	4
3 Medische Technology Assessment (MTA-Studie)	5
4 Epidemiologie & Demografie	6
5 Medisch-Biologische kennis	10
5.1 Bariatrische Chirurgie	13
6 Medische Effectiviteit	16
7 Medische effectiviteit - Kwaliteit van Leven	23
8 Sociale Aspecten	25
9 Organisatorische aspecten	27
10 Juridische & Ethische Aspecten	33
10.1 Juridisch	33
10.2 Ethisch	35
11 Financiën en Kosten	38
12 Conclusie	41
13 Aanbevelingen	44
14 Discussie	47
15 Bibliografie	48
Bijlage 1 Verklaring van begrippen	I
Bijlage 2 Verantwoording Methodologie Databestand & Vragenlijst	II
15.1 Verantwoording Databestand	II
15.2 Verantwoording Enquête	III
Bijlage 3 (Ernstig) Overgewicht per provincie, ontwikkeling 1981 - 2010	V
Bijlage 4 Cijfers Amerika	VI
Bijlage 5 Cijfers Nederland	VI
Bijlage 6 Samenvatting Onderzoek Kwaliteit van Leven	VII
Bijlage 7 Informed Consent Slotervaartziekenhuis	VIII
Bijlage 8 Onderzoeksresultaten andere studies op mortaliteit en complicaties	X
Bijlage 9 Overige Resultaten Enquête	XI
Bijlage 10 Vragenlijst Enquête	XII
Bijlage 11 Onderzoeksvoorstel	1

1 Inleiding

Vanuit de afdeling Portfoliomanagement van Zorgverzekeraar Menzis kwam de vraag om onderzoek te doen naar de resultaten van de Bariatrische Chirurgie (chirurgie die als doel heeft het gewicht te verminderen). Deze operatieve behandelmethodes van obesitas is opgenomen in de basisverzekering. Bij Menzis kwam de constatering dat deze operatie vergoed wordt, maar dat er weinig kennis aanwezig is van de resultaten van de operatie. De constatering kwam na een aflevering van Zembla over bariatrische chirurgie genaamd 'Slink in één dag'. In deze aflevering wordt er een negatief beeld geschetst van de resultaten van de maagverkleiningsoperaties. Er komen verschillende mensen aan het woord die aangeven in de periode na hun operatie veel afgevallen te zijn, maar na enige maanden toch weer gewoon aankomen door het vervallen in het oude eet- en beweegpatroon. De vraag ontstond dus, moet Menzis deze operatie nog wel inkopen bij de zorgaanbieders en vergoeden voor haar cliënten?

De visie van Menzis is om in de toekomst nog beter de rol van belangenbehartiger te vervullen waarbij de klant centraal staat in alle werkzaamheden. Bij dit onderzoek is het patiëntenperspectief meegenomen door middel van een enquête. Hoe heeft de patiënt het traject ervaren en welke verbeteringen zouden eventueel nog gedaan kunnen worden?

De volgende **centrale onderzoeksvraag** kwam hierbij tot stand:

'In welke mate kan Menzis bijdragen aan de (kosten)effectiviteit van het bariatrisch behandeltraject voor (potentiële) verzekerden van Menzis vanuit de rol als belangenbehartiger?'

Om een goed antwoord te geven op de onderzoeksvraag, zijn de volgende **subvragen** geformuleerd:

1. Welke factoren dragen bij aan de effectiviteit van het bariatrisch behandeltraject?
2. Hoeveel verzekerden van Menzis c.q. Nederlanders hebben in het verleden een maagverkleiningsoperatie ondergaan ten behoeve van ernstig overgewicht?
3. Wat zijn resultaten per maagverkleinende operatie op basis van medisch-inhoudelijke uitkomstindicatoren?
4. Wat zijn resultaten per maagverkleinende operatie op basis van patiënt-georiënteerde uitkomstindicatoren?
5. Wat is het strategisch belang voor Menzis bij dit onderwerp?
6. Welke visies bestaan er van stroming voor en tegen de bariatrische chirurgie?
7. Welke kosten gaan gepaard met het bariatrisch behandeltraject?

Het adviesrapport is onderdeel van een afstudeeropdracht en geschreven vanuit de opleiding Management, Economie en Recht aan de Christelijke Hogeschool in Ede. Dit maakt de inslag van dit onderzoek bedrijfskundig en mensgericht. Bij het uitwerken van het adviesrapport is gebruik gemaakt van de Medische Technology Assessment (MTA-studie). De uitleg van deze methode is te lezen in het adviesrapport. De toelichting van bepaalde relevante begrippen voor dit onderzoek is te vinden in bijlage 1.

In dit rapport vindt u ten eerste een beschrijving van de methodologie die gebruikt is bij het onderzoek en een uitleg van de MTA-studie. Vervolgens vindt u per deelonderwerp een beschrijving van de huidige kennis op dit gebied. Afsluitend de conclusie die antwoord geeft op bovenstaande onderzoeksvragen. Op basis daarvan worden aanbevelingen gegeven over vervolgstappen die Menzis kan nemen op dit gebied.

2 Methodologie

Binnen dit onderzoek is gebruik gemaakt van mixed methods. Dit houdt in dat het onderzoek een combinatie is van literatuurstudie, kwantitatief onderzoek en kwalitatief onderzoek.

2.1 Informatieverzameling

Literatuurstudie

Bariatrische Chirurgie is een actueel thema waar veel onderzoek naar gedaan wordt. Zoals beschreven in het onderzoeksvoorstel (zie bijlage 12) beperkt zich dit niet tot Nederland, maar juist ook in landen als Amerika, Engeland en Zweden worden er veel studies uitgevoerd. Dit heeft betrekking op alle facetten van de MTA-studie. Onderzoeken naar het patiëntperspectief zijn nog niet veel uitgevoerd, omdat de validiteit en de betrouwbaarheid daarbij in het geding komt. Wel wordt hier steeds meer aandacht aan besteedt.

Websearch

In de media wordt veel aandacht besteedt aan overgewicht en effectieve manieren om af te vallen. Het onderwerp is de laatste jaren zeer actueel geworden en daarom is er veel op het internet te vinden. Bij het gebruiken van deze informatie is er gelet op de betrouwbaarheid van de bron. Publicatie Bias speelt hierbij een rol; de interpretatie van de informatie vanuit de bron.

Mensen die een operatie hebben ondergaan ten behoeve van hun ernstig overgewicht willen hun ervaringen delen. Er zijn verschillende forums speciaal opgericht met dit doeleinde. Op deze sites zijn ervaringen te vinden met bijvoorbeeld ziekenhuizen, de verschillende operaties en verzekeraars.

De zoektermen die onder andere gebruikt zijn bij dit onderzoek zijn:

Maagverkleinende operatie, maagverkleiningsoperatie, bariatrische chirurgie, bariatrie, kwaliteit van leven, bariatric surgery, operatieve behandelmethodes van obesitas, operatie overgewicht etc.

De informatiebronnen die gebruikt zijn bij dit onderzoek zijn onder andere:

Google, google scholar, pubmed, websites zoals: CVZ, RIVM, Obesitas Vereniging, CZ, Achmea, Menzis, VGZ, verschillende websites van ziekenhuizen in Nederland, forums zoals wlsplein.forum.nl en gastric-bypassforum.nl

2.2 Kwantitatieve analyse

Databestand Menzis

Zodra er een operatie is uitgevoerd door een zorgaanbieder, wordt deze gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Deze informatie komt in een databestand waarin aan de hand van een code te zien is welke behandeling een persoon heeft gehad. In verband met de privacywet mag niet meer te herleiden zijn welke persoon, welke behandeling gehad heeft. Voor dit onderzoek heeft de afdeling een geanonimiseerd bestand ontvangen waar op basis van de codes te herleiden is hoeveel verzekerden een maagverkleinende operatie hebben ondergaan. Omdat de dbc-codes de laatste jaar verdeeld zijn in twee categorieën, namelijk één voor groter dan BMI 45 en één voor kleiner dan BMI 45, is niet meer goed te herleiden welke operatie de verzekerde precies heeft ondergaan. Zie toelichting databestand in bijlage 2.

Enquête

Door middel van het afnemen van een enquête bij patiënten in Nederland die de maagverkleinende operatie hebben ondergaan, is in kaart gebracht wat de ervaringen zijn met het behandeltraject. De patiënt heeft het hele traject doorlopen en kan vanuit zijn/haar ervaringen een advies uitbrengen over mogelijke verbeteringen die nog gedaan kunnen worden. Zie bijlage 2 voor toelichting enquête en bijlage 11 voor de vragenlijst die de respondenten hebben ingevuld.

2.3 Kwalitatieve gegevensverzameling

Door middel van observatie bij voorlichting en spreekuur is er een beeld verkregen van het huidige behandeltraject dat aangeboden wordt bij zorgaanbieders in Nederland:

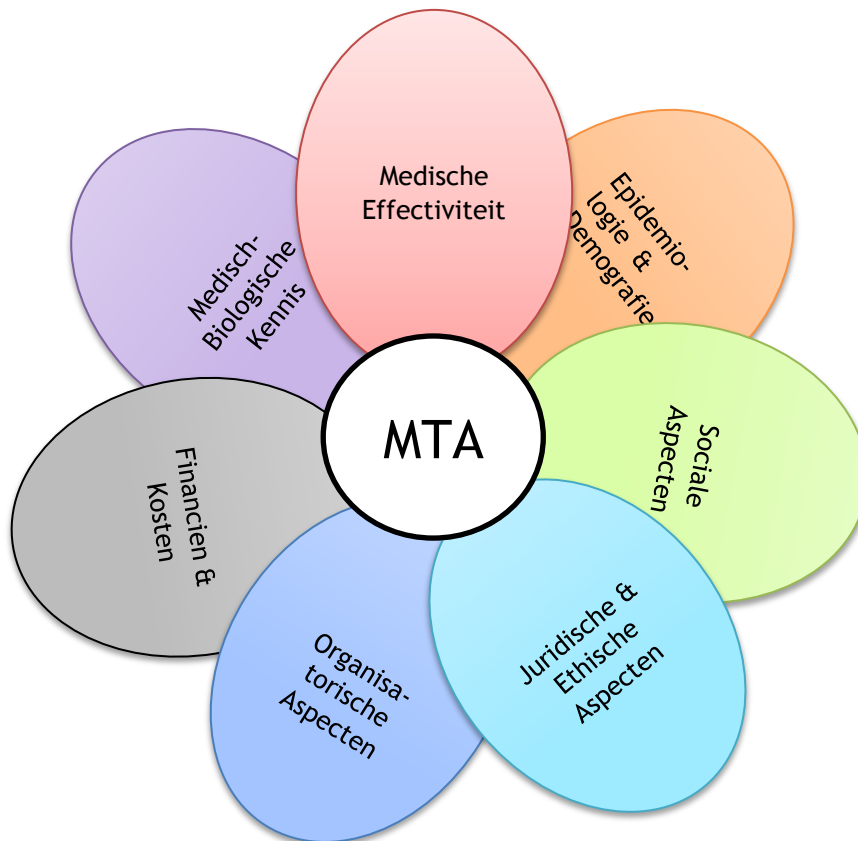
- ❖ Slotervaart Ziekenhuis te Amsterdam,
 - Voorlichting operatieve behandelmethode
 - Gesprekken voortraject patiënten met arts
 - Controlegesprekken natraject patiënten met arts
- ❖ Rijnstate Ziekenhuis te Arnhem
 - Voorlichting operatieve behandelmethode
 - Gesprekken voortraject met obesitas verpleegkundige, anesthesist, arts
- ❖ Nederlandse Obesitas Kliniek te Velp
 - Met één patiënt meegelopen screening door Bewegingsdeskundige, Psycholoog, Voedingsdeskundige en Arts
 - Bijeenkomst natraject Psycholoog

Daarnaast zijn er verschillende interviews gehouden, intern en extern:

- ❖ Intern
 - Directiesecretaris
 - Adviserend Geneeskundige Bariatrische Chirurgie
 - Zorginkoper Bariatrische Chirurgie
 - Accountmanager
 - Zorginkoper Preventieteam
 - Senior Marketing Adviseur
 - Marketing Analist
 - Medewerker YouPlus
- ❖ Extern
 - Professor Doktor Jaap C. Seidell, Hoogleraar Voeding, Director Institute of Gezondheidswetenschappen VU
 - Dokter Chirurg Slotervaart Ziekenhuis
 - Annette Born, ervaringsdeskundige en coach voor patiënten die een maagverkleinende operatie hebben ondergaan
 - Olga Bruers, Manager Nederlandse Obesitas Kliniek Velp

3 Medische Technology Assessment (MTA-Studie)

MTA-onderzoek is te definiëren als wetenschappelijk onderzoek naar een medische voorziening waarbij naast de medische effectiviteit één of meer andere aspecten (economische, sociaal-culturele, juridische, ethische, en organisatorische) beoordeeld worden met het oog op besluitvorming inzake de kwaliteit en de doelmatigheid van de gezondheidszorg. (Habbema, Casparie, Mulder, & Rutten, 1989)



Figuur 1. Bloemmodel Medical Technology Assessment

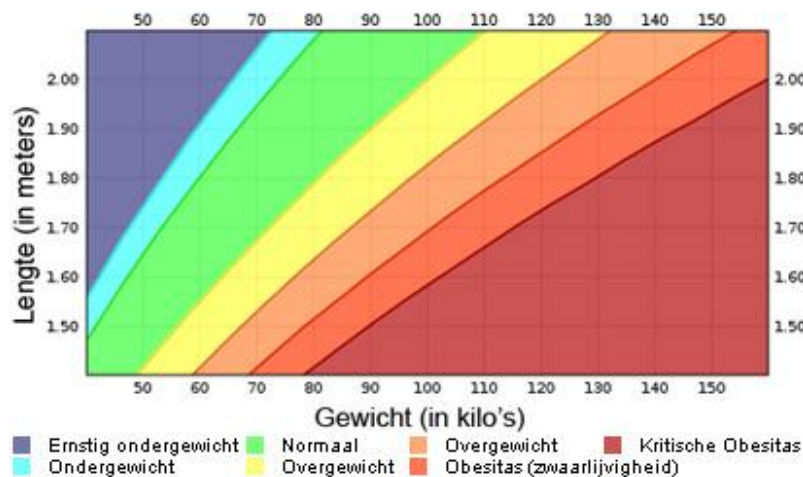
Binnen dit onderzoek is het van belang voor Menzis om een beeld te krijgen van de huidige kennis van elk van de zeven aspecten (Figuur 1). Deze aspecten hangen nauw samen met elkaar (zie binnenste cirkel) en zullen in samenhang afgewogen moeten worden om vervolgens te kunnen bepalen welke verbeteringen tot stand gebracht kunnen worden.

Het hoofdstuk Epidemiologie en Demografie geeft een beeld van de huidige bevolkingssamenstelling, de ontwikkeling in het aantal mensen met overgewicht en de toekomstige vraag naar behandelmethoden. Bij Medisch-Biologische Kennis is te lezen welke gezondheidsrisico's obesitas met zich meebrengt en welke verschillende behandelmethoden er mogelijk zijn. Hierbij zal specifiek in worden gegaan op de verschillende operatieve behandelmethoden. De Medische Effectiviteit geeft een beeld van de huidige kennis van de resultaten van de operatie en de factoren die bijdragen aan gewichtsverlies op de lange termijn. Daarnaast zal er bij Medische Effectiviteit ook specifiek in worden gegaan op de Kwaliteit van Leven. De Sociale Aspecten laten de invloed van de media zien op de keuze voor een operatie en geeft een beeld van de maatschappelijke gevolgen van het hebben van overgewicht. In het hoofdstuk Organisatorische aspecten zal er worden ingegaan op de rol van Menzis bij het behandeltraject. Bij Juridische & Ethische aspecten is te lezen welke wet- en regelgeving en welke ethische discussies een rol spelen. Als laatste zal er binnen het hoofdstuk Financien & Kosten een beeld worden geschetst van de kosten en baten die bij de operatie betrokken zijn.

4 Epidemiologie & Demografie

Epidemiologie en Demografie staan in verband met de schatting van de toekomstige behoefte aan het gebruik van een bepaalde technologie. (Habbema, Casparie, Mulder, & Rutten, 1989, p. 26) De technologie is in dit geval Bariatrische Chirurgie. In dit hoofdstuk zal worden uitgelegd hoe overgewicht te meten is en wordt er een beschrijving gegeven van de ontwikkelingen in Nederland op het gebied van overgewicht.

In december 2011 telde Nederland 16,7 miljoen inwoners. (CBS, Landelijke Cijfers inwoners, 2011) Het grootste gedeelte van de bevolking was toen tussen de 35 en de 65 jaar. (CBS, Bevolkingspiramide, 2011) Iedereen die in Nederland woont of werkt is wettelijk verplicht een basisverzekering af te sluiten bij een zorgverzekeraar in Nederland. (Rijksoverheid, 2012) De overheid stelt namelijk in de grondwet: *‘De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.’* Obesitas vormt volgens de WHO een van de ernstigste bedreigingen voor de volksgezondheid in de Europese regio. (RIVM, Nota Overgewicht, 2009) Of iemand een gezond gewicht heeft is te meten aan de verhouding tussen lengte en gewicht. In Figuur 2 is de verhouding af te lezen met bijbehorende categorie.



Figuur 2. Verhouding Lengte en Gewicht, Body Mass Index

In welke categorie iemand valt is te meten aan het berekenen van de Body Mass Index (BMI). De BMI-formule is als volgt: Het gewicht van een persoon wordt gedeeld door de lengte in het kwadraat. (BMIrekenmachine, 2012) In formuleweergave is dat: $BMI = \text{kg} / \text{m}^2$. In Tabel 1 zijn de verschillende gewichtsklassen te onderscheiden. (Overgewicht, 2009)

Tabel 1. Gewichtsklassen met bijbehorende BMI

Gewichtsklasse	BMI
Ondergewicht	<18,5
Normaal gewicht	18,5 - 24,9
Overgewicht	25 - 29,9
Obesitas	30 - 34,9
Ernstig overgewicht	35-39,9
Morbide obesitas	>= 40

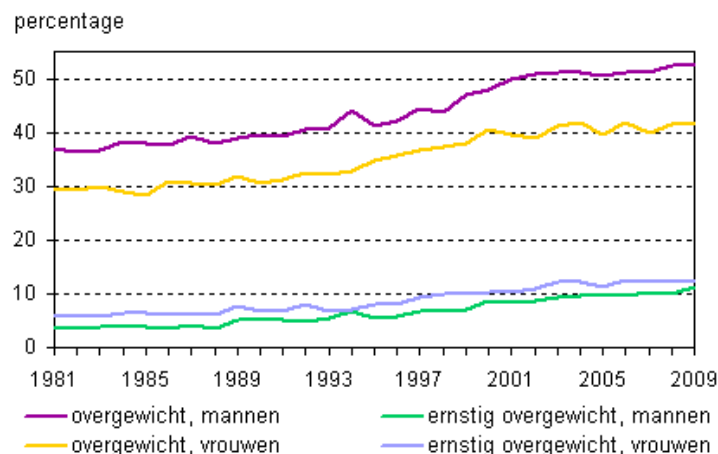
Voorbeeld: Stel, een persoon is 1,70 meter lang en weegt 70 kilogram. Dan is de BMI-formule als volgt: $70 / (1,70 \times 1,70) = 24,22$. Deze persoon heeft dus een normaal gewicht.

Voor de diagnose van overgewicht wordt de buikomvang vaak samen met de BMI gebruikt. Deze combinatie werkt goed omdat in het algemeen geldt dat bij een gegeven lengte, meer lichaamsgewicht en een grotere buikomvang gepaard gaan met meer vetopslag. Door meer te bewegen zal de vetmassa, en dus de buikomvang, afnemen. Dit in tegenstelling tot de BMI, die gelijk kan blijven door de toename van spiermassa. (RIVM, Lichaamsgewicht, 2010)

In 2008 waren er voor het eerst in de wereldgeschiedenis evenveel mensen met overgewicht als mensen met ondervoeding. De helft van alle volwassenen en een op de vijf kinderen in deze WHO-regio heeft overgewicht. Van hen lijdt een derde aan obesitas en het aantal gevallen stijgt snel. (RIVM, Nota Overgewicht, 2009) Volgens de International Obesity Taskforce (IOTF) kampte in 2002 al 24 procent van de kinderen in de Europese Unie met overgewicht. Dit komt neer op ongeveer 14 miljoen kinderen en daar komen er jaarlijks nog 400.000 bij. (IASO, 2004) Op dit moment is het de meest voorkomende aandoening bij kinderen in de ontwikkelde landen. (Greve, 2011)

Cijfers Nederland

Het aantal mensen met overgewicht in Nederland is door de jaren heen ook toegenomen. In Figuur 3 is te zien dat sinds 1981 het percentage mannen met overgewicht gestegen is van $\pm 37\%$ naar $\pm 52\%$ in 2009, bij de vrouwen is dit van $\pm 30\%$ naar $\pm 41\%$. Bij het aantal mensen met ernstig overgewicht is het percentage bijna verdubbeld.¹

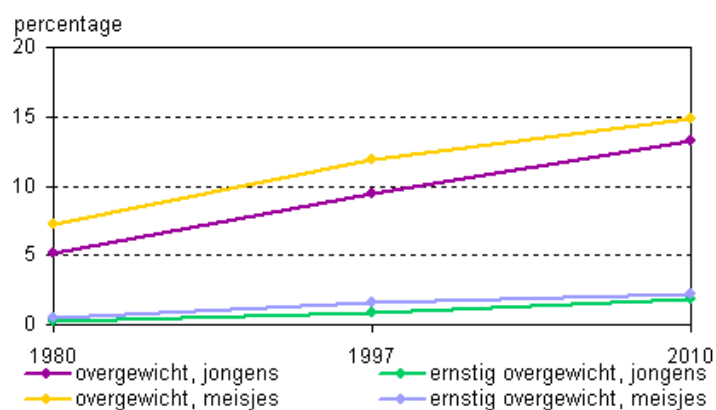


Figuur 3. Percentage mensen (20 jaar en ouder) met overgewicht en ernstig overgewicht in de periode 1981-2009, gestandaardiseerd naar leeftijds- en geslachtsverdeling in 1981. (CBS, Gezondheid en Welzijn, 2011)

Naast het aantal volwassenen is er een sterke stijging te zien in het aantal kinderen met overgewicht. (TNO, 2010) Bij kinderen worden overgewicht en obesitas anders vastgesteld, omdat de BMI sterk afhangt van de leeftijd en het geslacht van het kind. Daarom wordt er gekeken naar de groeicurves van het kind. (Greve, 2011) Als een kind in de toekomst namelijk nog zal groeien is de kans groot dat het overgewicht zal afnemen.

Het percentage kinderen met (ernstig) overgewicht is sinds 1980 fors toegenomen - relatief nog sterker dan bij de volwassenen - en neemt nog steeds toe. In 1980 had 6% van de jongens en meisjes van 2 tot 21 jaar overgewicht, in 1997 was dit gestegen naar bijna 11%. In 2010 is gebleken dat 14% van onze jeugd te zwaar is. (RIVM, Nota Overgewicht, 2009)

¹ Dit is gebaseerd op zelf gerapporteerde gegevens van het CBS over lichaamsgewicht en lengte



Figuur 4. Percentage kinderen en jongeren (2 tot 21 jaar) met overgewicht en ernstig overgewicht in 1980, 1997 en 2010. (TNO, 2010)

De absolute getallen van de toename in het aantal kinderen met (ernstig) overgewicht in de jaren 1997 en 2011 zijn te zien in Tabel 2 (Jeugdjournaal, 2012):

Tabel 2. Links, aantal kinderen met overgewicht, rechts, aantal kinderen met obesitas

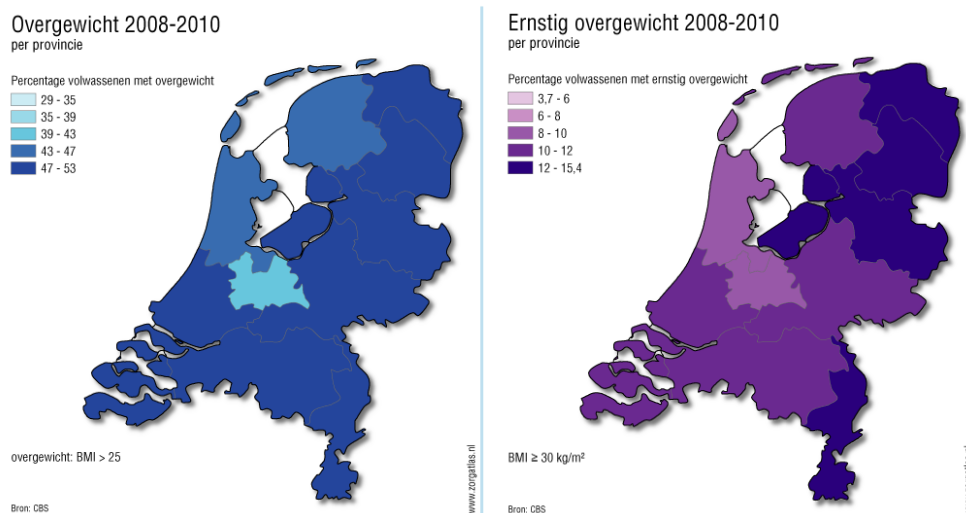
Overgewicht		Obesitas	
1997	2011	1997	2011
400.000	500.000	40.000	70.000

Onder mensen met een lage opleiding komt meer overgewicht voor dan onder hoogopgeleiden.² De prevalentie van overgewicht en ernstig overgewicht zijn in de periode 1990-2007 toegenomen in alle opleidingscategorieën maar vooral in de hoogste opleidingscategorie waardoor de verschillen in overgewicht tussen opleidingscategorieën zijn afgenomen. (RIVM, Lichaamsgewicht Verschillen sociaaleconomisch, 2012)

Ook blijkt dat het percentage mensen met overgewicht in Nederland groter is onder mensen met een andere afkomst, zoals Antilliaanse, Turkse en Marokkaanse mensen dan onder mensen met een Nederlandse afkomst. Het gegeven geldt ook voor de jeugd. Van de Turkse jongens en meisjes is 32% te zwaar, van de Marokkaanse 27% en van de Nederlandse 14%. En waar 2% van de Nederlandse jeugd ernstig overgewicht heeft, ligt dit percentage ongeveer drie tot vier keer hoger onder de Turkse en Marokkaanse jeugd. In het onderzoek van de Vijfde Landelijke Groeistudie is een kind of jongere Nederlands, als beide ouders in Nederland zijn geboren. (CBS, Verschillen naar afkomst, 2012) (TNO, 2010)

In bijlage 3 is de ontwikkeling in het aantal mensen met overgewicht per provincie in Nederland te zien tussen 1981-2010. Daarbij is duidelijk te zien dat het percentage volwassenen met ernstig overgewicht door heel Nederland sterk is toegenomen. Onderstaande kaartjes laten zien hoe dit per provincie in Nederland is verdeeld in de laatst gemeten jaren:

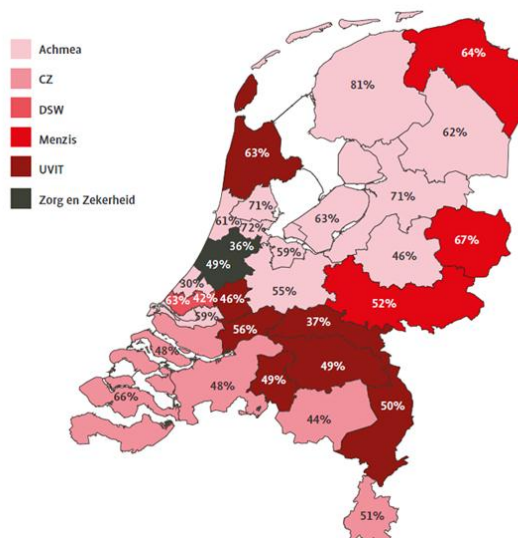
² Het opleidingsniveau is hier als indicator gebruikt voor de sociaaleconomische status van mensen



Figuur 5. Links, overgewicht van 2008-2010, rechts, ernstig overgewicht van 2008-2010

Het percentage volwassenen met overgewicht is groot in Nederland. In elke provincie in Nederland, behalve Utrecht, is het percentage groter dan 43%. Ook het percentage volwassenen met ernstig overgewicht is groot in Nederland. In elke provincie, behalve Noord-Holland en Utrecht, is het percentage groter dan 8%.

In onderstaande kaart van Nederland is te zien welke zorgverzekeraar relatief de meeste verzekerden heeft per provincie. Zoals te zien is, heeft Menzis de meeste verzekerden in Groningen, een deel van Gelderland en een deel van Overijssel. Als dit wordt vergeleken met bovenstaande landkaartjes dan is te zien dat in die regio's het procentuele aantal volwassenen tussen de 47 - 53% ligt en het aantal mensen met ernstig overgewicht in Groningen en Overijssel tussen de 12 - 15,4% ligt en in Gelderland tussen de 10 - 12%. In deze gebieden is het procentuele aantal dus relatief groot.



Figuur 6. Overzicht van zorgverzekeraars in Nederland (Weekblad, 2011)

5 Medisch-Biologische kennis

Medisch-Biologische kennis is van belang bij de voorspelling van toekomstige ontwikkelingen. (Habbema, Casparie, Mulder, & Rutten, 1989) De gevolgen van obesitas voor de gezondheid worden goed zichtbaar door het medicijngebruik van mensen met obesitas te vergelijken met mensen met matig overgewicht of met een gezond gewicht. Voor vrijwel alle aandoeningen geldt dat de medicijnen daarvoor het meest gebruikt worden door mensen met obesitas. (RIVM, Nota Overgewicht, 2009)

In Tabel 3 is aan de hand van de BMI te zien wat het risico is op bepaalde aandoeningen. Hoe hoger de BMI, des te hoger het gezondheidsrisico.

Tabel 3. Gewichtsgelateerd gezondheidsrisico (OVV, 2011)

Gewichtsgelateerd gezondheidsrisico				
BMI	Typering	Buikomvang		Comorbiditeit
kg/m ²		<102cm (m) <88cm (v)	>102cm (m) >88cm (v)	artrose, diabetes mellitus type 2, dyslipidemie, galblaasziekten, hart- en vaatziekten, huidaandoeningen, hypertensie, jicht, kanker, orthopedische klachten, slaapapneu, verminderde vruchtbaarheid.
20-25	Gezond gewicht	Geen verhoogd risico	Geen verhoogd risico	Geen verhoogd risico
25-30	Overgewicht	Licht verhoogd risico	Hoog risico	Hoog risico
30-35	Obesitas	Hoog risico	Hoog risico	Zeer hoog risico
35-40	Morbide Obesitas	Zeer hoog risico	Zeer hoog risico	Extreem hoog risico
>40		Extreem hoog risico	Extreem hoog risico	Extreem hoog risico

De gezondheidsrisico's van obesitas betreffen diabetes type 2, hart- en vaatziekten, aandoeningen van het bewegingsapparaat, zoals artrose en chronische lage rugpijn en chronische aandoeningen aan de luchtwegen, zoals slaapapneu en astma. Ook bestaat een verband tussen obesitas en verschillende vormen van kanker, zoals borstkanker na de overgang en kanker aan dikke darm, baarmoederslijmvlies, slokdarm en nieren. Verder is het een risicofactor voor leververvetting (een verstoring van de vetstofwisseling) en hormonale stoornissen, bijvoorbeeld subfertiliteit, ofwel het uitblijven van zwangerschap. Mensen met obesitas hebben vaak twee of meer aandoeningen tegelijkertijd, dit heet comorbiditeit. (RIVM, Nota Overgewicht, 2009)

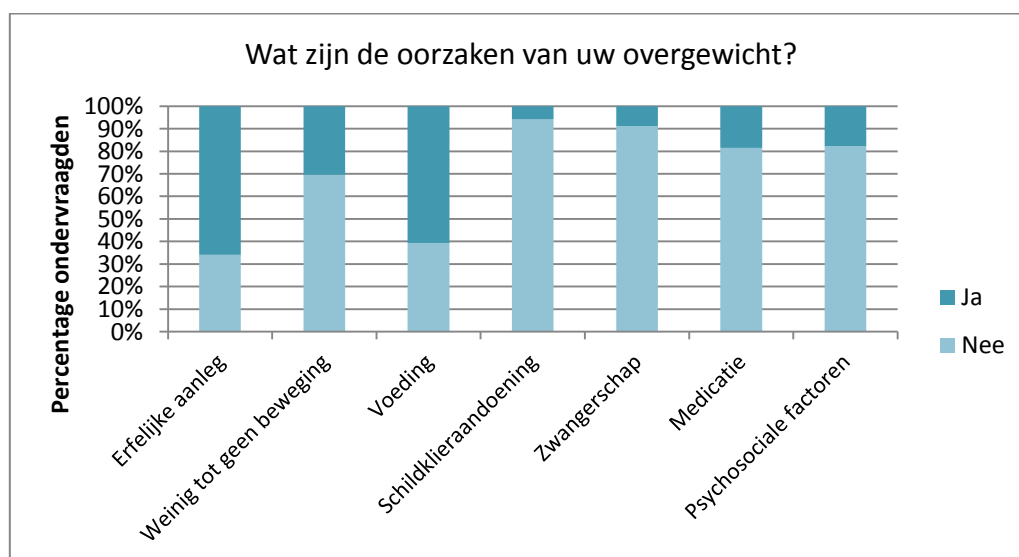
Uit onderzoek van het CBS blijkt dat er een verband bestaat tussen de mate van overgewicht en de ziekenhuisopname, met name bij vrouwen. Vrouwen met ernstig overgewicht hebben een 37% hogere kans op ziekenhuisopname dan vrouwen met een normaal gewicht, mannen een 19% hogere kans. Ruim één op de drie obese volwassenen gebruikt medicijnen voor hart- en vaatziekten en ook één op de drie gebruikt medicijnen vanwege klachten aan het bewegingsapparaat. Zes procent van de mannen en vijf procent van de vrouwen heeft diabetes, waarvan een kwart dat nog niet wist. (RIVM, Nota Overgewicht, 2009)

Morbide obesitas laat bij 25 tot 34 jarigen een twaalfmaal hoger risico op overlijden zien ten opzichte van even oude mensen die een normaal gewicht hebben. Dit risico is zesmaal hoger bij de groep 35 tot 44 jarigen en slechts driemaal hoger bij 45 tot 54 jarigen. (Croiset van Uchelen & Slooter, Biedt een maagverkleining soelaas voor grote eters?, 2005) De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) schat dat elk jaar 2,6 miljoen mensen sterven als gevolg van overgewicht en obesitas. De levensverwachting voor een 20-jarige met obesitas is 4,5 jaar korter dan voor een 20-jarige met een gezond gewicht. (RIVM, Nota Overgewicht, 2009)

Oorzaken overgewicht

Er bestaat een wisselwerking tussen omgeving, leefstijl en erfelijkheid bij het ontstaan van overgewicht. (Seidell, Tegenwicht Feiten en Fabels over overgewicht, 2011) Bekend is dat overgewicht doorgaans ontstaat door een ongezonde leefstijl waarbij mensen weinig bewegen en veel (ongezond) eten. Slechts in 5% van de gevallen is overgewicht een bijverschijnsel van ziekte. (RIVM, Nota Overgewicht, 2009) Overgewicht kan worden voorkomen door balans aan te brengen tussen de opname van calorieën via voeding en de verbranding van calorieën door lichamelijke activiteit. Als langdurig de ongezonde leefstijl wordt aangehouden leidt overgewicht vaak na verloop van tijd tot obesitas, een chronische ziekte waar je bijna niet meer vanaf komt als je deze eenmaal hebt. In gezinsverband is vaak goed terug te zien dat opvoeding met betrekking tot de leefstijl een grote rol speelt. Meer dan 80% van de tieners met obesitas heeft ook ernstig overgewicht als volwassene. (RIVM, Nota Overgewicht, 2009) Daardoor zullen hun gezondheidsproblemen op latere leeftijd nog sterk toenemen.

Levensloopstudies laten zien dat lichaamsgewicht voor een deel erfelijk is. De genetische verschillen tussen personen zijn echter complexer dan voorheen werd gedacht. Daarom is naar verwachting de genetische bijdrage aan het ontstaan van obesitas groter dan momenteel bekend is. Door hun erfelijk materiaal reageren mensen verschillend op veranderingen in energie-inname en -verbruik. (RIVM, Nota Overgewicht, 2009) Eigen onderzoek, zie Figuur 7, geeft weer wat patiënten als de oorzaken van hun overgewicht zien. Opvallend is dat 65% aangeeft dat erfelijke aanleg één van de oorzaken is van hun overgewicht. Dat is opmerkelijk, omdat er nog weinig bekend is over het werkelijke aandeel van de erfelijkheid als oorzaak van het ontstaan van obesitas. Uit literatuuronderzoek blijkt dat in 95% van de gevallen overgewicht ontstaan is door de leefstijl. (RIVM, Nota Overgewicht, 2009) Terwijl bijna 70% van de respondenten uit eigen onderzoek aangeeft dat 'weinig tot geen beweging' niet tot de oorzaken behoorde en bij voeding is dit 40%.



Figuur 7. Oorzaken van overgewicht

In het Partnerschap Overgewicht Nederland (PON) werken zorgverleners en patiënten in opdracht van de overheid samen aan het verbeteren van de zorg voor mensen met overgewicht en obesitas. (PON, 2010) De partners van het Partnerschap Overgewicht Nederland stelden eind 2008 gezamenlijk vast dat obesitas niet genezen kan worden en patiënten met obesitas dan ook recht hebben op gepaste en toegankelijke ketenzorg. Deze benadering wordt ook wel het ‘stepped care-principe’ genoemd, wat wil zeggen dat de behandeling altijd begint met de minst ingrijpende en de minst kostbare behandeling (gegeven de ernst van de aandoening). Als de eerste behandeling onvoldoende effect heeft, wordt vervolgens gekozen voor een ingrijpendere of intensievere behandelvorm. (PON, 2010)



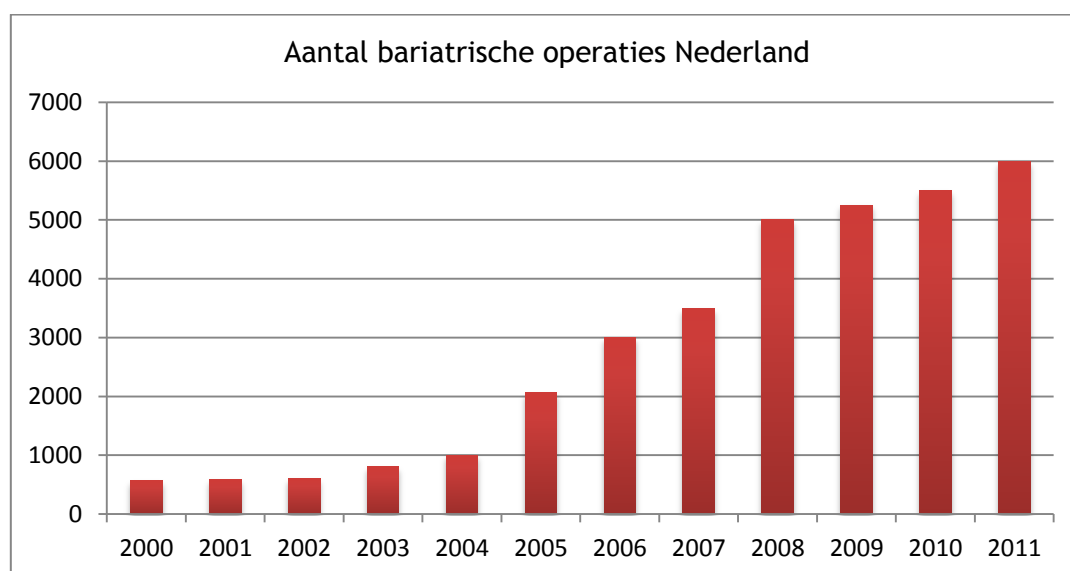
Figuur 8. Piramide GGR met bijbehorende niveaus van preventie en behandeling (PON, 2010)

In Figuur 8 is overzichtelijk gemaakt welke behandeling bij welke gezondheidsklasse hoort. Het geheel moet een sluitende keten vormen van vroege opsporing, preventie, diagnostiek, begeleiding en behandeling. Het bevorderen van ketenzorg maakt deel uit van de programmatische aanpak van chronische ziekten, die het ministerie van VWS nastreeft. (RIVM, Nota Overgewicht, 2009) Zoals eerder te lezen is, is overgewicht vooral te danken aan een ongezonde leefstijl. Door al vroeg in te zetten op bijvoorbeeld het leren van een gezonde leefstijl, wordt er voorkomen dat mensen in een hogere klasse terecht komen.

Voor mensen met morbide obesitas is het extreem moeilijk om af te vallen. Dit komt onder andere doordat het lastiger is om te bewegen en/of te sporten en doordat er na het afvallen nog minder calorieën nodig zijn om het gewicht laag te houden. (SFG, 2012) In het eigen onderzoek gaf 96% van de respondenten aan dat zij last hebben gehad van het jo-jo effect bij afvalpogingen voordat ze kozen voor een operatie. Inmiddels is bekend dat relatief korte diëten niet helpen bij het behouden van gewichtsverlies op de lange termijn. Vaak vallen mensen dan eerst heel veel af, maar zodra ze hun oude eet- en beweegpatroon weer hervatten, komen ze weer aan. De kern van een succesvolle behandeling van obesitas is het realiseren van blijvende gedragsverandering. (PON, 2010) Volgens de PON zou een gecombineerde leefstijlinterventie (met levenslange multidisciplinaire begeleiding) moeten leiden tot gewichtsverlies van ongeveer 10%. Als dit voor een patiënt langer dan een jaar niet werkt, dan is bariatrische chirurgie een optie. Aan de hand van onderzoeksresultaten is bekend dat deze behandelmethode bijna 25% tot 30% gewichtsverlies kan behalen. (Greve, 2011) Natuurlijk is dit per individu verschillend.

5.1 Bariatrische Chirurgie

Bariatrische chirurgie heeft tot doel het ingrijpend en langdurig verlagen van het lichaamsgewicht van patiënten met een extreem verhoogd gezondheidsrisico. In Nederland werd één van de eerste maagoperaties in 1986 uitgevoerd in Sint Franciscus Gasthuis Rotterdam. (SFG, 2012) Vanaf 2000 nam het aantal uitgevoerde operaties toe. In bijlage 5 zijn de precieze getallen te lezen. Het aantal uitgevoerde operaties is te zien in Figuur 9.



Figuur 9. Aantal bariatrische operaties in Nederland (zie bijlage 5)

Minister Schippers geeft aan dat de toename in het aantal operaties toe te schrijven is aan drie factoren: De toegenomen prevalentie van morbide obesitas, betere bekendheid van patiënten en verwijzers met de mogelijkheden van bariatrische chirurgie en specialisatie van klinieken in deze vorm van zorg. (Schippers, 2011)

De operatieve behandelingen kunnen in drie groepen worden verdeeld: operaties die de voedselinname beperken (restrictieve ingrepen), operaties die de absorptie uit de darm verminderen (malabsorptieve ingrepen) en een combinatie van beide. Bij de eerste groep behoren de maagband en de gastric sleeve. Een combinatie tussen beide ingrepen is de gastric bypass en de duodenale switch. (OVV, 2011)

Laparoscopisch

Tegenwoordig worden de operaties in Nederland bijna altijd laparoscopisch uitgevoerd, dit betekent met een kijkoperatie. (MCL, Centrum voor Obesitas Nederland, 2012) Er worden 5 à 6 kleine sneetjes in de buik gemaakt, waardoor de chirurg instrumenten inbrengt om de operatie uit te laten voeren. Via een van de openingen gaat een cameraatje naar binnen. De chirurg ziet op een televisiescherm waar hij moet zijn. Via de overige openingen gaat de chirurg opereren. (Croiset van Uchelen & Slooter, Biedt een maagverkleining soelaas voor grote

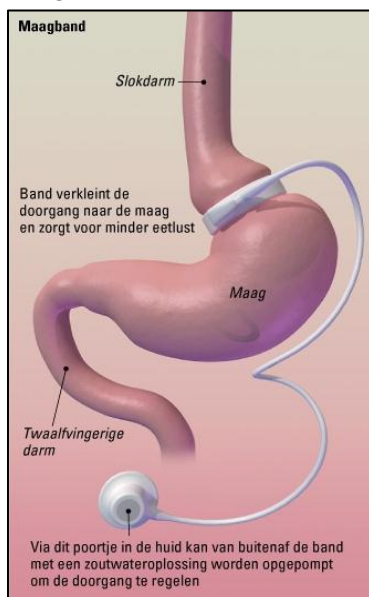


Figuur 10. Laparoscopische Techniek

eters?, 2005) Vroeger werd er alleen geopereerd door de hele buik open te maken. (st Jans gasthuis Weert) Vanzelfsprekend heeft de laparoscopische benadering grote voordelen ten opzichte van de 'open buik' methode. Er is geen grote wond, waardoor de patiënt sneller geneest. Wel zou het kunnen zijn dat bij complicaties besloten wordt om de buik te openen. In dat geval zal de

herstelperiode langer zijn dan verwacht. (Croiset van Uchelen & Slooter, Biedt een maagverkleining soelaas voor grote eters?, 2005)

Maagband

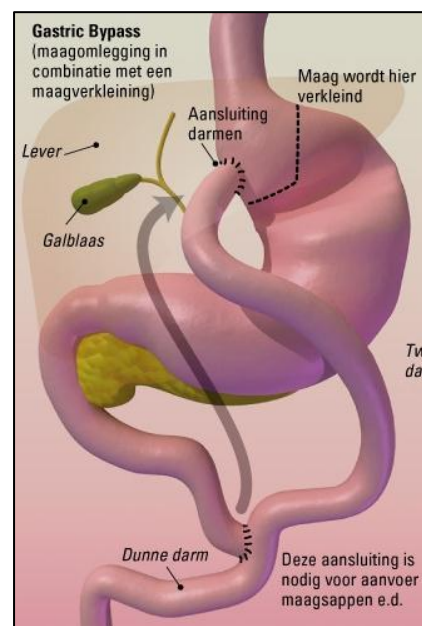


Figuur 11. Maagband

De maagband is een holle siliconen band die door een chirurg net onder de slokdarm om de bovenkant van de maag wordt geplaatst. (st Jans Gasthuis Weert) Dit bandje is gevuld met vloeistof en verbonden aan een inspuitspunt dat is aangebracht onder de huid. Via dit inspuitspunt kan het bandje rond de maag worden gevuld. (Croiset van Uchelen & Slooter, Biedt een maagverkleining soelaas voor grote eters?, 2005) Zo wordt de maag opgedeeld in een klein gedeelte boven de ring en een groot gedeelte eronder. Alles wat de patiënt eet komt in het kleine maaggedeelte, dat ongeveer 15 milliliter kan bevatten, terecht. (st Jans Gasthuis Weert) De ring houdt het dan tegen en het voedsel kan er maar moeilijk door. Hierdoor blijft er een langer gevoel van verzadiging bestaan. De doorgang van de band kan aangepast worden. De band zit dan strakker om de maag waardoor de persoon minder kan eten. Eventueel kan de toegang ook weer ruimer worden gemaakt ('adjustable'). (Croiset van Uchelen & Slooter, Biedt een maagverkleining soelaas voor grote eters?, 2005) De operatie is omkeerbaar, dat wil zeggen dat de maagband er ook weer uitgehaald kan worden. In de meeste gevallen zal dan echter het overgewicht ook weer terug komen. (Slotervaart, 2012)

Gastric Bypass

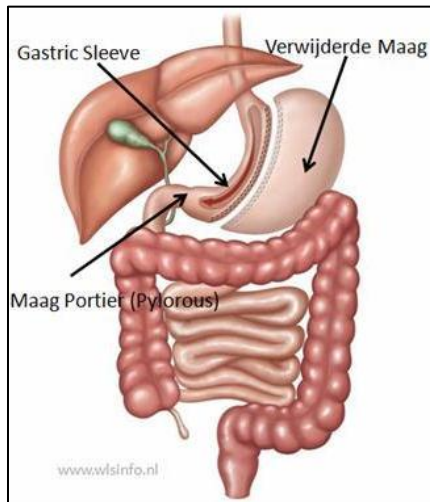
De gastric bypass wordt in Nederland meestal maagverkleining genoemd, hoewel er niets van de maag wordt weggenomen. Een beter woord voor de gastric bypass zou daarom maagomleiding zijn. (Slotervaart, 2012) De maag wordt opgedeeld in een minimaagje en de rest van de maag. De operatie wordt uitgevoerd door middel van speciale kijkoperatie-instrumenten die gebruik maken van nietjes. Het minimaagje wordt aangesloten op de dunne darm. Alles wat de patiënt eet komt in het minimaagje terecht en gaat van daar direct naar de dunne darm. Het minimaagje zit snel vol waardoor er een verzadigungsgevoel ontstaat. De voeding kan vervolgens maar langzaam naar de darm, omdat de dunne darm geen grote hoeveelheden voeding in één keer kan verwerken. Zo wordt de patiënt gedwongen te eten met de snelheid van de dunne darm: kleine beetjes, langzaam aan en goed gekauwd. (Born A. , 2010) De operatie is in principe onomkeerbaar. Dat wil zeggen dat het moeilijk ongedaan te maken is.



Figuur 12. Maagverkleining

De maagverkleining (gastric bypass) kan in bepaalde gevallen gecombineerd worden met een maagband. De operatie wordt dan een 'Banded bypass' genoemd. Als een maagband teveel klachten of complicaties veroorzaakt, of te weinig gewichtsverlies kan in één operatie de maagband worden verwijderd en de gastric bypass worden uitgevoerd. Dit is een operatie met extra risico's, maar kan meestal veilig worden uitgevoerd. (Slotervaart, 2012) Deze methode wordt een RE-DO operatie genoemd.

Gastric Sleeve (wlsinfo)



Figuur 13. Sleeve-maagverkleining

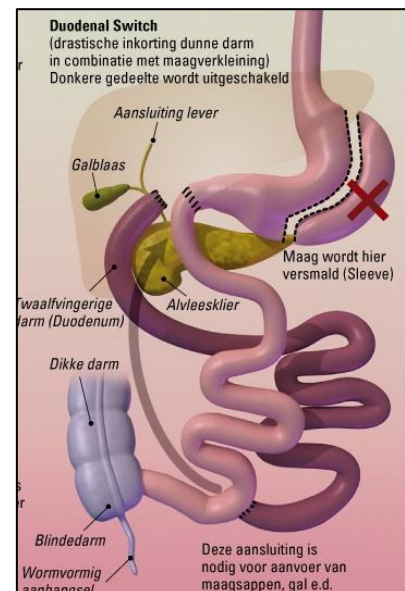
Bij de sleeve-maagverkleining wordt er met een kijkoperatie een groot gedeelte van de maag verwijderd. Wat er over blijft na een sleeve-maagverkleining is een smalle buisvormige maag waar het voedsel alleen maar doorheen kan. (Slotervaart, 2012) Het kan er niet meer in worden opgeslagen. De nieuwe maag heeft de vorm van een mouw van een babytruitje. (Born A. , 2010) Hierdoor kan de patiënt niet meer (te) veel voedsel eten.

De sleeve-maagverkleining wordt vooral uitgevoerd bij zeer ernstig overgewicht, bij een BMI vanaf 50. Deze kan dan in combinatie met de Duodenale Switch worden uitgevoerd. (Slotervaart, 2012) Toch wordt de operatie ook steeds vaker bij mensen met minder ernstig overgewicht als een afzonderlijke operatie gebruikt. De operatie is onomkeerbaar, doordat er een deel van een orgaan verwijderd wordt.

Duodenale Switch

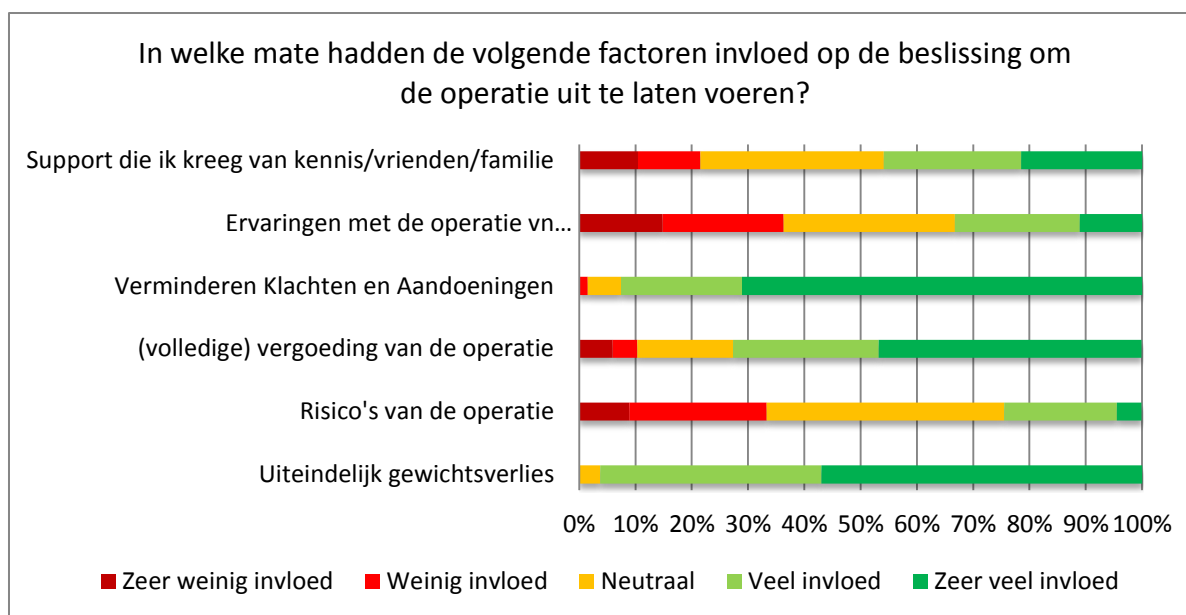
De duodenale switch operatie is een combinatie van twee verschillende operaties: een sleeve-maagverkleining plus een darmomleiding. (Slotervaart, 2012) Daardoor ontstaan ook twee verschillende effecten op de voeding. Enerzijds kan de patiënt minder op een dag eten, terwijl de darmomleiding ervoor zorgt dat de voeding nog minder verteerd zal worden.

Omdat het voedsel het grootste gedeelte van de dunne darm overslaat, gaat het in rapper tempo door het spijsverteringskanaal heen. Uit dezelfde hoeveelheid eten worden er minder calorieën opgenomen. De operatie is gedeeltelijk omkeerbaar. De dunne darm kan weer in oude staat worden hersteld. Er blijft dan alleen een verkleinde maag over. (MLD, 2012) Omwille van de bijwerkingen wordt deze operatie meestal voorbehouden voor patiënten met een BMI boven de 50. (Slotervaart, 2012) In Nederland wordt deze operatie bijna niet uitgevoerd, omdat de spijsvertering zwaar ontregeld wordt. (Born A. , 2010, p. 29)



Naast deze vier operatietechnieken, bestaan er nog andere operatietechnieken die leiden tot gewichtsverlies. Op deze technieken wordt in dit rapport niet verder ingegaan.

In Figuur 14 is, op basis van het eigen onderzoek, weergegeven hoeveel invloed bepaalde factoren hadden op de keuze om de operatie uit te laten voeren. Het uiteindelijke gewichtsverlies heeft zeer veel invloed op de beslissing, evenals het verminderen van klachten en aandoeningen. Daarentegen gaven mensen aan dat de risico's van de operatie niet veel invloed had op de beslissing, evenals ervaringen met de operatie van kennis/vrienden/familie.



Figuur 14. Factoren die invloed hebben op de beslissing om de operatie uit te laten voeren

6 Medische Effectiviteit

Elke medische technologie wordt toegepast om de gezondheid van patiënten of bevolking in gunstige zin te beïnvloeden. De medische effectiviteit van technologieën bestaat uit twee componenten: Verandering in overlevingskansen en verandering in gezondheidstoestand. Kwaliteit van leven speelt hierbij een belangrijke rol. (Habbema, Casparie, Mulder, & Rutten, 1989, pp. 25,26) Daarom zal er een apart hoofdstuk aan worden besteedt.

Men komt niet zomaar in aanmerking voor een maagverkleinende operatie. Bij volwassenen is chirurgie slechts te overwegen, als de patiënt aan nauw omschreven indicatiecriteria voldoet. (RIVM, Nota Overgewicht, 2009) Deze criteria zijn opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en opgenomen in de richtlijnen voor bariatrische chirurgie. Patiënten komen in aanmerking voor een operatie als ze:

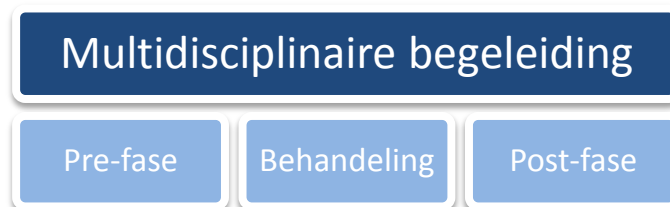
- Tussen de 18 en 60 jaar zijn
- Een BMI groter dan of gelijk aan 40 of een BMI van 35 in combinatie met ernstige comorbiditeit hebben
- Minimaal 5 jaar overgewicht hebben
- Geen psychiatrische stoornissen, alcohol c.q. drugsverslaving;
- Verscheidene pogingen tot vermagering hebben ondernomen onder begeleiding van huisarts, diëtist of anderszins (Croiset van Uchelen & Slooter, Biedt een maagverkleining soelaas voor grote eters?, 2005)
- In staat zijn om een nieuwe levensstijl aan te nemen onder begeleiding van een multidisciplinair team (SFG, 2012)

Daarnaast moet er een medische noodzaak zijn om chirurgisch in te grijpen. Bij deze beoordeling wordt gekeken of de risico's van de operatie opwegen tegen de risico's van verdere gewichtstoename. (Schippers, 2011) Het is bekend dat deze patiëntengroep een verhoogd operatierisico heeft door het hoge gewicht en de geassocieerde comorbiditeit. (CZ, 2012) Daartegenover staat dat deze patiëntengroep last heeft van gezondheidsklachten en een slechte kwaliteit van leven. Daarom weegt het operatierisico vaak op tegen de risico's van gewichtstoename.



Figuur 15. Risicovolle patiënt met ernstig overgewicht

Om zo optimaal mogelijke resultaten te behalen en complicaties te voorkomen, is een adequaat voor- en natraject en een goed op elkaar ingespeeld en ervaren team van groot belang. (CZ, 2012) (Seidell, Operatieve behandeling van Morbide Obesitas, 2012) Deze multidisciplinaire begeleiding (Figuur 16) bestaat uit een diëtiste/voedingsdeskundige, psycholoog, bewegingsdeskundige en arts. In het ziekenhuis is hierbij een obesitas verpleegkundige en anesthesist betrokken. Voordat patiënten bij een ziekenhuis het behandeltraject in kunnen gaan, hebben zij een verwijsbrief nodig van hun huisarts.



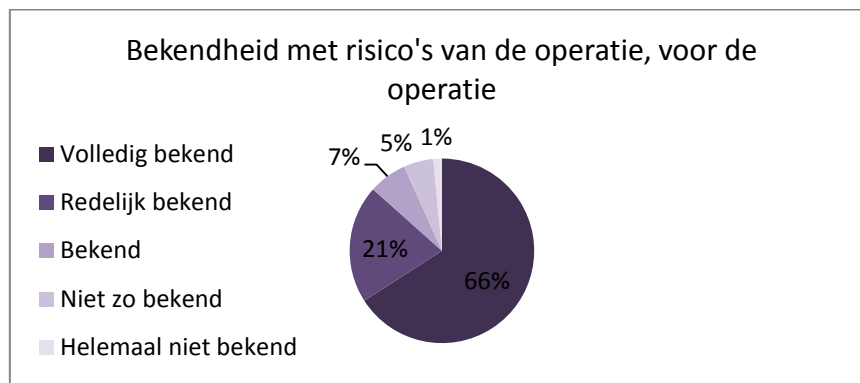
Figuur 16. Multidisciplinaire begeleiding

Pre-fase

In deze fase wordt getoetst aan de hand van de indicatiecriteria of een patiënt geschikt is om een operatie te ondergaan. Ten eerste wordt er gekeken naar de BMI van de patiënt en de medische historie. Ten tweede probeert de psycholoog inzicht te krijgen in de reden van het ontstaan van het overgewicht. Ieder mens heeft een verhaal achter het overgewicht. (Born A. , 2012) Als iemand altijd eet als hij/zij eenzaam is, dan kunnen de gevolgen van een operatie een zeer grote mentale impact hebben op de leefsituatie. (Slotervaartziekenhuis, 2012) Ten derde vraagt de diëtiste naar het aantal serieus ondernomen afvalpogingen. Een afvalpoging wordt als serieus gezien als deze onder begeleiding vijf maanden is volgehouden. Dit zegt namelijk iets over in hoeverre de patiënt in staat is om ook na de operatie een nieuwe leefstijl vol te houden. Als laatste bekijkt de bewegingsdeskundige naar het beweegpatroon van de patiënt. Na de operatie is het heel belangrijk dat een patiënt bij zijn nieuwe leefpatroon voldoende beweegt. Als de patiënt met het huidige leefpatroon bijna nooit beweegt, zal dat een enorme omschakeling zijn.

Er worden vaak te veel wonderen verwacht door de patiënt van kortdurende interventies en dat past niet bij het probleem. Door de genen en de omgeving heeft het lichaam van deze mensen een grote neiging tot gewichtsstijging en dat blijft altijd zo. (Greve, 2011) De operatie heeft levenslange gevolgen en als de patiënt daar van te voren niet bewust van is, dan kunnen de mentale en gezondheidsproblemen groot zijn. Uit eigen onderzoek blijkt dat het merendeel, 80% van de respondenten, zich vooraf bewust was van de impact die de nieuwe levensstijl op hun leven zou gaan hebben (zie bijlage 10). 20% was zich weinig of niet bewust van de impact. Het is moeilijk om vooraf een goede inschatting te maken of iemand zich bewust is van de impact van de operatie op hun leven, achteraf kan een persoon daar een betere inschatting van maken. Toch is het belangrijk dat de multidisciplinaire begeleiding de patiënt vooraf goed duidelijk maakt van de impact en een goede inschatting maakt of de patiënt de impact aan kan.

In overleg met de patiënt wordt besloten welke operatie het beste bij zijn/haar situatie past en de meeste gezondheidswinst op zal kunnen leveren. Het is de plicht van een arts om de patiënt zo goed mogelijk in te lichten over de risico's van de operatie, gevolgen voor de leefstijl et cetera.



Figuur 17. Bekendheid met risico's van de operatie

Bij het eigen onderzoek (zie Figuur 17) gaf 66% van de respondenten aan voor de operatie volledig bekend te zijn met de risico's. 21% was redelijk bekend en de rest was bekend tot helemaal niet bekend. Ook al lijkt het aandeel dat niet bewust was niet groot te zijn, toch is het belangrijk dat een zorgaanbieder van te voren goed toetst of iemand op de hoogte is van de risico's. Bij het Slotervaart Ziekenhuis is er een contract (informed consent) opgesteld waarin alle informatie staat over de operatie, zie bijlage 7. (Slotervaart, 2012) Deze informatie wordt meerdere keren met de patiënt besproken en wordt daarna ondertekend door zowel patiënt als arts. Op deze manier weten ze zeker dat de patiënt van te voren op de hoogte was van de risico's en mogelijke complicaties die zich voor kunnen doen.

Operatie

Mensen met morbide obesitas hebben een verhoogd risico op complicaties bij de operatie. De complicaties die op kunnen treden zijn opgenomen in de tabel op pagina 24. De verschillende operaties duren allemaal ongeveer 1 tot 2 uur. Vervolgens blijft de patiënt nog één dag bij het ziekenhuis om bij te komen vanuit de narcose.

Post-fase

In de periode na de operatie is het van belang dat mensen leren wennen aan het nieuwe leefpatroon. Een groot deel van het gedrag is onbewust en daarom kost het veel moeite om aan te passen. Afvallen gaat in het eerste jaar meestal grotendeels vanzelf. Een nieuw eetpatroon aanleren vaak niet.

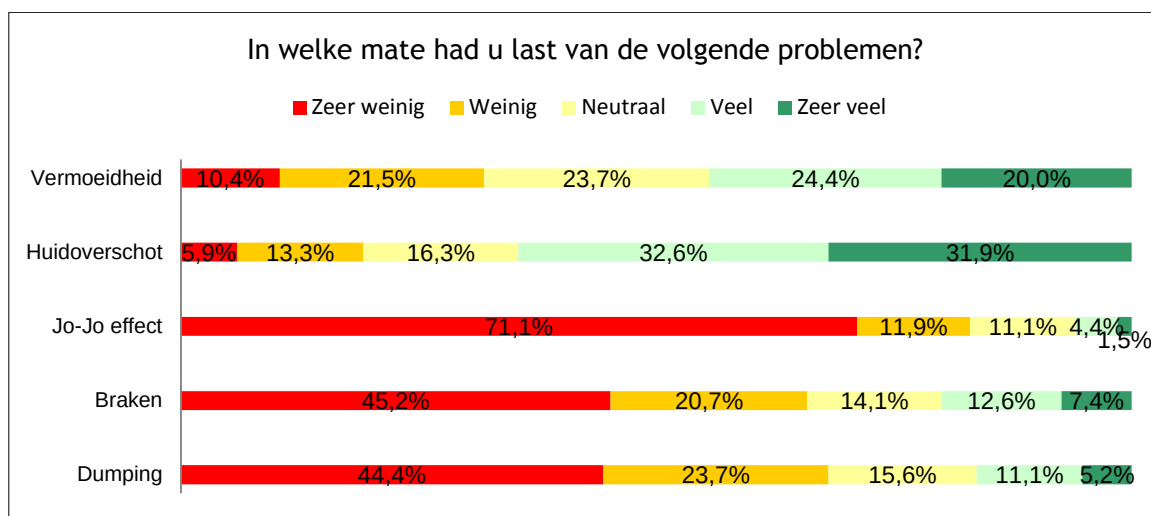
Ervaringsdeskundige: 'Inmiddels ben ik een jaar verder na de operatie. Toch is het nog steeds lastig om dat voedingspatroon te veranderen. Ik merk soms ook echt als ik uit de supermarkt thuis kom dat ik allemaal vette en zoete dingen had gehaald. Waarom? Weet ik niet, want ik eet het niet eens op. Maar dat zit er blijkbaar zo ingebakken!' (Slotervaartziekenhuis, 2012)

Enerzijds kunnen complicaties ontstaan bij de operatie door de chirurg. Anderzijds is het ook mogelijk dat de patiënt zelf complicaties veroorzaakt. Zo kan er bij de maagband iets in het minimaagje blijven hangen zonder dat het kan doorzakken door de maagband. Dit leidt tot veel irritatie in de maag. Bij de technieken waarbij een deel van de maag wordt weggehaald, wordt er een nietjesrij geplaatst. Als een patiënt ineens te veel suikerrijk en vet voedsel eet (binge eating), kan de nietjesrij losscheuren. Dit kan zelfs tot 10 jaar na de operatie nog gebeuren. (Croiset van Uchelen & Slooter, Biedt een maagverkleining soelaas voor grote eters?, 2005) Daarom is goede

begeleiding van een diëtiste en psycholoog ook zeer belangrijk in de post-fase. Zij benadrukken het belang van het volhouden van de leefstijl en begeleiden de patiënt daarbij.

De operaties kennen verschillende negatieve bijwerkingen. Omdat de patiënt na de operatie een kleinere maag heeft, komt het voor dat een persoon veelvuldig moet braken na het eten. Daarnaast kan er bij de gastric bypass het zogenaamde dumping-syndroom ontstaan. Dit ontstaat doordat er onverteerd voedsel in de dunne darm terecht komt. Vooral wanneer er suikerrijk of vet voedsel gegeten wordt, kan dat een soort shockreactie in het lichaam geven. Verschijnselen als hartkloppingen, misselijkheid, maagkrampen, flauwtes, oorsuizingen of hevig zweten komen dan voor. (Born A. , 2010) Het is nog niet bekend waarom de ene persoon er meer last van heeft dan de andere persoon. (Born A. , 2012)

Daarnaast kan er na de verschillende operaties een vitaminetekort ontstaan, doordat het verteringsproces anders verloopt. Vitamine B tekort kan leiden tot moeheid. Zodra de patiënt een vitamine b12 pil neemt, verdwijnt de moeheid. (Horchner & Schweitzer, 2011)



Figuur 18. Problemen na de maagoperatie

In Figuur 18 is schematisch weergegeven in hoeverre de respondenten last hebben gehad van de verschillende problemen die kunnen ontstaan. Bijna 45% van de respondenten had last van moeheid na de operatie. Maar 20% had last van braken of dumping. Een bekend gevolg van zoveel afvallen in relatief korte tijd is het huidoverschot dat ontstaat. Zoals te zien is in bovenstaande grafiek had meer dan de helft van de respondenten daar last van. Het is mogelijk om door middel van plastische chirurgie de huid operatief te verwijderen, maar er zijn strenge eisen opgesteld voor de vergoeding. Door de overtollige huid kunnen er smetwonden ontstaan, omdat er vocht tussen blijft zitten of doordat de huid tegen elkaar schuurt. Ook belemmert het de beweging en de kwaliteit van leven. Risico hierbij is dat mensen die niet behandeld worden toch weer aankomen.

De combinatie van bariatrische chirurgie en leefstijlverandering blijkt tot op heden de meest effectieve vorm van behandeling van (morbide) obesitas te zijn. (Ramshorst & Greve, 2007) In onderstaande tabel zijn de verschillen in effectiviteit per operatie weergegeven. Dit maakt duidelijk waarom de gastric bypass en de duodenale switch worden aangeraden bij mensen met een hogere BMI en de maagband bij mensen met BMI van 35+. Ook geeft Tabel 4 (OVV, 2011) weer hoeveel procent is genezen van hun diabetes.

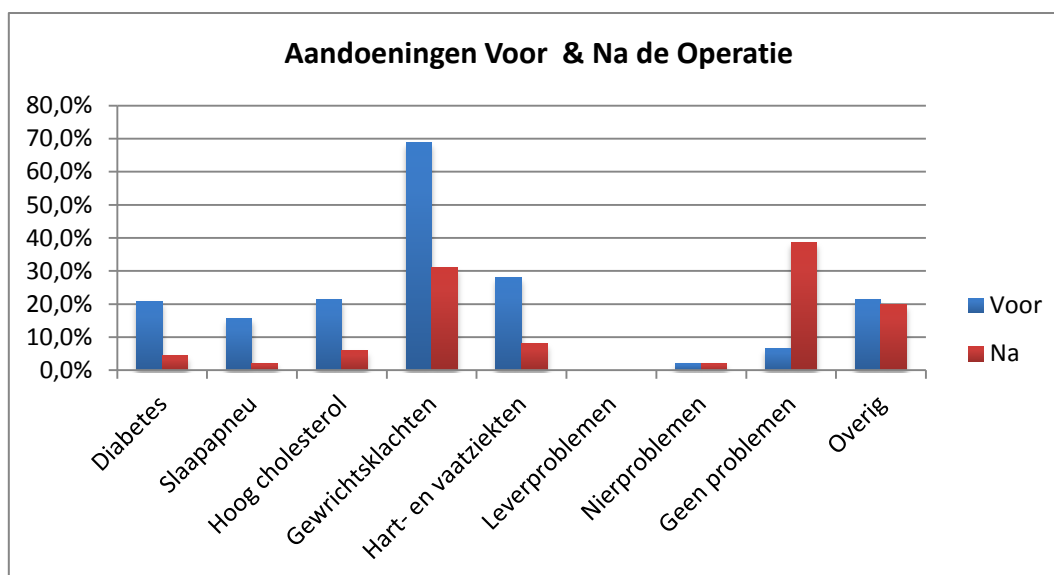
Tabel 4. Voor- en nadelen van verschillende operaties

	Maagband	Sleeve resectie	Gastric bypass	Duodenal Switch
Gewichts-verlies	50-60% (na 2jr.) Langetermijn resultaat: 50% neemt weer in gewicht toe.	50-60% (na 2jr)	60-70% (na 2 jr.) Gewichtstoename na 2-5jr	70-90% (na 2 jr.) Blijvend gewichtsverlies
Complexiteit	Laag	Matig	Hoog	Zeer hoog
Risico's	Circulatie- en ademhalings- stoornis Bloedingen; naaldlekkage; beschadiging organen	-Circulatie- en ademhalings- stoornis -Bloedingen; -naaldlekkage; -beschadiging organen	-Circulatie- en ademhalingsstoornis -Bloedingen; -naaldlekkage; -beschadiging organen -Resulteert in gebrek aan essentiële voedingsstoffen	-Circulatie- en ademhalings- stoornis -Bloedingen; -naaldlekkage; -beschadiging organen -Resulteert in gebrek aan essentiële voedingsstoffen
Voordeel	Relatief beperkte kans op complicaties		Gezien als goede optie voor eters van zoetigheid	Gezien als goede optie als andere technieken falen
Genezing diabetes	47,9%	Niet bekend	83,7%	98,9%

Een aantal jaar geleden was de maagband populair, omdat het de minst risicovolle operatie is en er weinig complicaties optreden bij de operatie. In 2011 werd bekend dat 30 tot 50% van de mensen met een maagband binnen 10 jaar last krijgen van complicaties. (jojoclub, Maagverkleining beter dan maagband, 2011) Deze mensen krijgen een heroperatie waarbij de maagband verwijderd wordt en de gastric bypass in de plaats komt. Bij chirurgische ingrepen ligt het aantal noodzakelijke heroperaties hoog. (Schouten, 2011) De maagomleiding blijkt na twee jaar succesvol te zijn bij bijna 90% van de patiënten. (Riele, 2011) Deze patiënten zijn bovendien na twee jaar meer dan 20% overgewicht extra kwijtgeraakt in vergelijking met de maagband. (Telegraaf, Maagoperaties zijn effectief, 2011) Dit soort onderzoeken wijzen ook uit dat er nog veel niet bekend is over de gevolgen van de operatie op de lange termijn en dat er in de toekomst nog weer veranderingen kunnen optreden over welke methode het beste is om af te vallen.

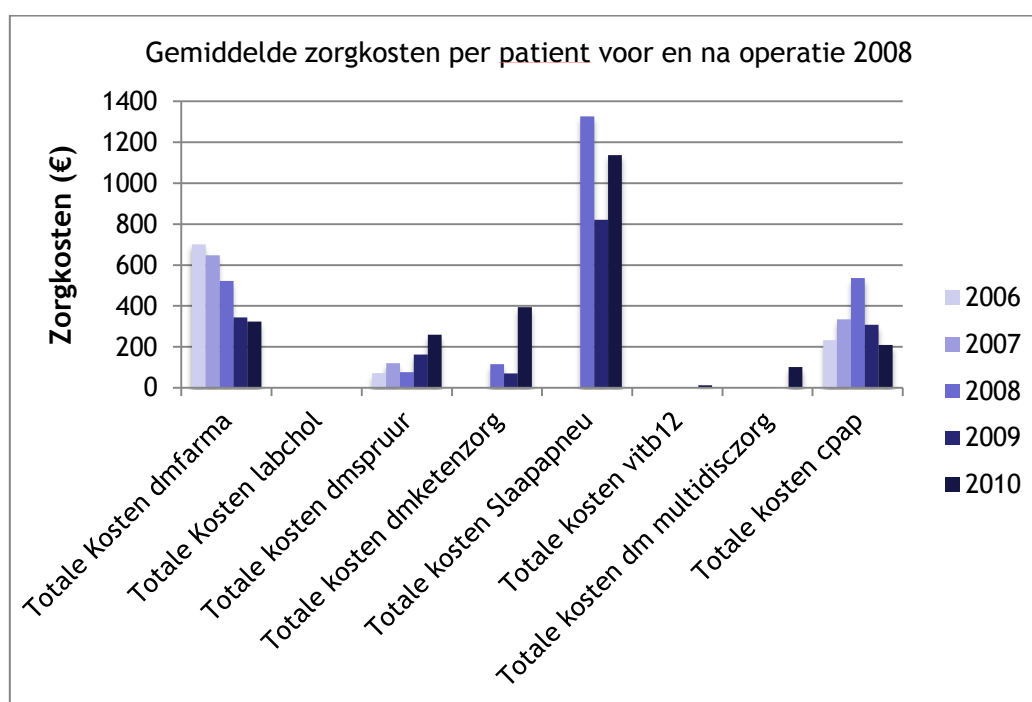
Door het gewichtsverlies en het beweegpatroon verbeterd de gezondheid al vrij snel. In Figuur 19 is overzichtelijk weergegeven wat de respondenten van de enquête van het eigen onderzoek voor de operatie als aandoening hadden en welke aandoening ze er na nog hebben. Gewrichtsklachten is hierbij als hoogste factor aangegeven. Mogelijk geven zoveel meer mensen aan dat ze dit hebben in verhouding met de andere aandoeningen, omdat deze klacht zelf ervaren wordt. Niet veel mensen weten of ze een hoog cholesterol, een hoge bloeddruk of diabetes hebben.

Ook wordt uit onderstaande grafiek duidelijk dat alle aandoeningen aanzienlijk zijn verlaagd. Het aantal mensen zonder aandoeningen is gestegen van 6% naar bijna 40%. Opvallend is dat meerdere mensen aangeven dat rugklachten aanhouden. Ook de ernstige gewrichtsklachten van voor de operatie blijven ook. Een verklaring hiervoor is dat slijtage niet meer kan genezen.



Figuur 19. Aandoeningen voor en na de operatie

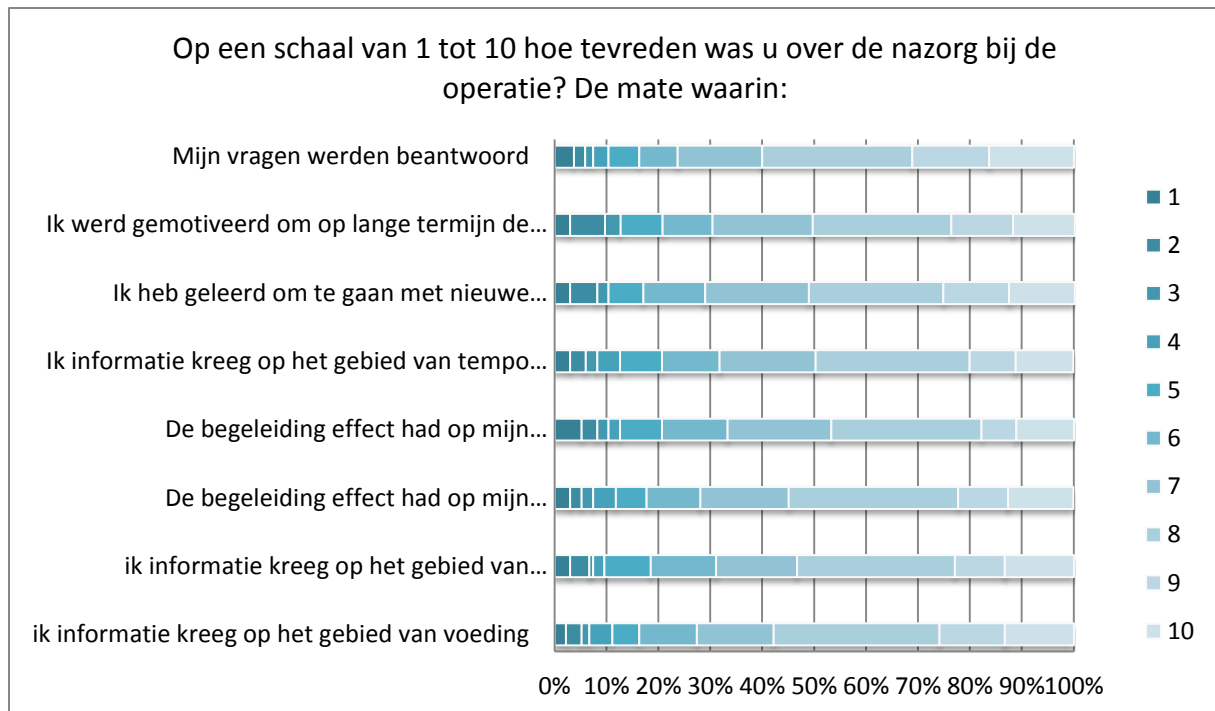
Onderstaande grafiek, Figuur 20, is gebaseerd op het databestand van Menzis. Het is een weergave van de zorgkosten betreffende diabetesmiddelen, hoog cholesterol, slaapapneu en vitamine b12 van de verzekerden die in 2008 de operatie ondergaan hebben. Wat duidelijk naar voren komt is dat de farmaceutische middelen voor diabetes door de jaren heen is afgenomen.³



Figuur 20. Gemiddelde zorgkosten per patiënt, voor en na de operatie (2008)

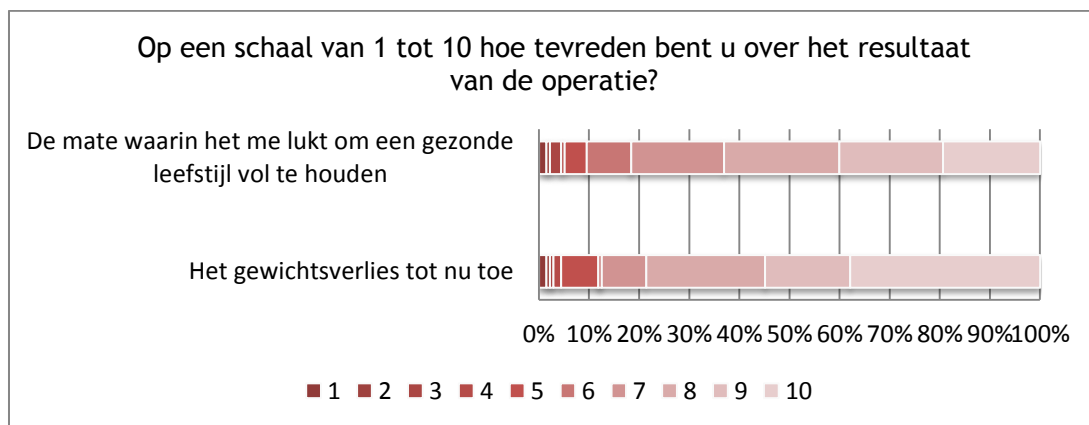
Zoals eerder dit hoofdstuk werd aangegeven speelt de nazorg een belangrijke rol bij de effectiviteit van de operatie. De mate waarin mensen in staat zijn om de nieuwe leefstijl vol te houden zorgt ervoor dat ze wel of niet last krijgen van complicaties en bijwerkingen. Figuur 21 geeft vanuit eigen onderzoek weer in hoeverre de respondenten tevreden waren over de nazorg bij de operatie. Daaruit blijkt dat de meningen verdeeld zijn. Meer dan 50% van de respondenten is tevreden over de nazorg, maar ook een groot gedeelte niet.

³ Van de overige kosten is niet bekend waarom deze zijn toegenomen. De verklaring van de gestegen kosten van slaapapneu + cpap is bekend dat deze omstreeks 2008 in de verzekering zijn opgenomen.



Figuur 21. Tevredenheid over nazorg bij operatie

Uit Figuur 22 blijkt dat meer respondenten uit het eigen onderzoek tevreden waren over het resultaat van de operatie. De meerderheid is zeer positief over het gewichtsverlies tot nu toe en redelijk positief over de mate waarin het lukt om een gezonde leefstijl vol te houden. Hieruit blijkt dat zorg op maat zeer belangrijk is. Elk individu heeft andere wensen voor goede zorg vanuit de zorgaanbieder. Als het gaat om de resultaten dan heeft elke patiënt hetzelfde doel: Gewichtsverlies en dat behouden.



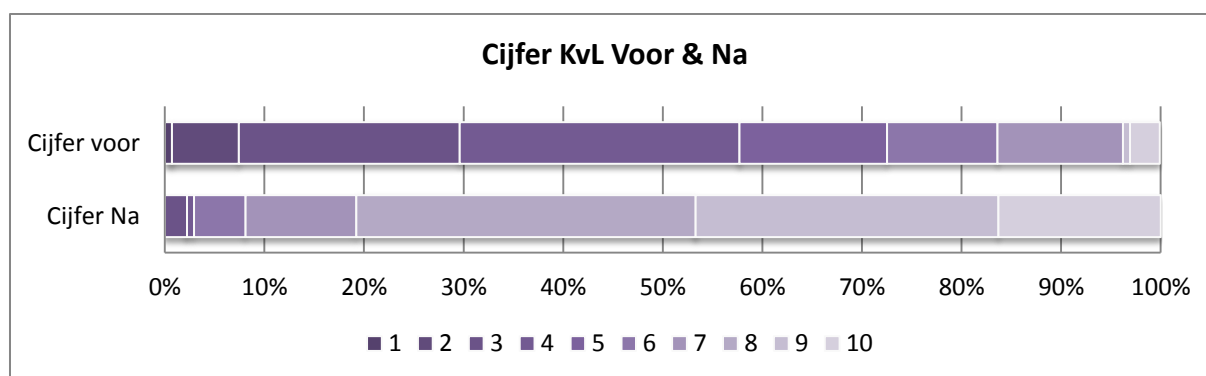
Figuur 22. Tevredenheid over resultaat van operatie

Eind 2011 verscheen er in de media een bericht over een nieuwe techniek die mogelijk het nieuwe middel is in de strijd tegen obesitas 'de maag pacemaker'. Het toestel blokkeert de gangbare signalen tussen de hersenen en de maag. Hierdoor krijgen mensen een voldaan gevoel. Deze techniek komt in aanmerking voor mensen met een BMI van 30 of meer. De EU heeft haar toestemming gegeven om het apparaat dat ongeveer €10.000,- moet gaan kosten, op de markt te brengen. (Telegraaf, Afvallen met maagpacemaker, 2011) Qua kosten blijft het ongeveer gelijk als de maagverkleiningsoperatie, qua risico op complicaties is dit een veel veiligere methode. In bijlage 9 is er een samenvatting te zien vanuit literatuurstudie over de resultaten op mortaliteit en complicaties.

7 Medische effectiviteit – Kwaliteit van Leven

In de medische situatie is kennis van de Kwaliteit van Leven (KvL) van belang omdat men de effectiviteit van interventies kan trachten te bepalen mede aan de hand van gewenste en ongewenste wijzigingen in de KvL. (Habbema, Casparie, Mulder, & Rutten, 1989, p. 115) (Livingston & Fink, 2003, p. 383) Ondanks het belang van dit aspect, zijn er nog maar weinig studies gedaan naar het effect van de bariatrische chirurgie op de KvL. (Livingston & Fink, 2003)

De respondenten van de enquête beoordeelden hun Kwaliteit van Leven (Figuur 23) in de jaren voor de operatie gemiddeld met een 5,3, na de operatie werd dit gemiddeld een 8,27 (op een schaal van 10). In de toelichting lieten mensen blijken dat de positieve effecten van het gewichtsverlies veel zwaarder voor hen meetelt dan de negatieve bijwerkingen die de operatie met zich mee brengt.



Figuur 23. Cijfer voor de kwaliteit van leven voor en na de operatie

Kwaliteit van leven voor de operatie

De KvL van individuele personen betreft hun gevoel van geluk en tevredenheid met de fysieke, mentale, emotionele, sociale en spirituele aspecten van hun leven. (Livingston & Fink, 2003) Slink zijn is het schoonheidsideaal van de moderne samenleving. De maatschappij is er dan ook op ingericht. Mensen met obesitas passen niet altijd in de stoelen in publieke gebouwen of in het vliegtuig, of kunnen niet dezelfde activiteiten ondernemen die gemakkelijk gedaan worden door mensen met een normaal gewicht. (Livingston & Fink, 2003) Zoals onderstaand kader aangeeft, worden er steeds meer maatregelen getroffen, waardoor mensen met obesitas niet mee kunnen komen in de 'gewone' maatschappij. Over het algemeen is het beeld van mensen met obesitas dat ze weinig discipline hebben met klachten die ze zelf veroorzaakt hebben. Deze omstandigheden resulteren in depressie en een laag zelfvertrouwen bij deze populatie. (Livingston & Fink, 2003) Kinderen met obesitas hebben een slechtere kwaliteit van leven en zijn vaker depressief dan kinderen met een normaal gewicht. (Greve, 2011)

'Op 15 januari 2010 werd bekend dat KLM/Air France dikke passagiers gaat verplichten een tweede vliegtuigstoel te kopen als zij niet binnen de armleuningen van de vliegtuigstoelen passen. De KLM voert aan dat dit een maatregel is in verband met de veiligheid van de passagiers.' (bron: Obesitas Vereniging)

Impact van operatie op Kwaliteit van Leven

Gewichtsverlies is voor obesitas het beste objectieve meetinstrument. Kwaliteit van Leven heeft verschillende dimensies. De gewonnen levensjaren staan beschreven in het hoofdstuk van de medische effectiviteit. Op het sociale element zal in het volgende hoofdstuk worden ingegaan.

Gezondheid

Gezondheid beïnvloedt de Kwaliteit van Leven significant. (Livingston & Fink, 2003) In de grafiek met aandoeningen (zie pagina 19) komt duidelijk naar voren dat veel mensen last hebben van

gewrichtsklachten. Dit maakt dat ze niet meer vrij kunnen bewegen en daardoor niet meer optimaal kunnen deelnemen aan het gezinsleven en aan de maatschappij. Bij de toelichting in de enquête (van het eigen onderzoek) over de verbetering van de Kwaliteit van Leven gaven mensen als reden dat ze zich nu beter kunnen bewegen, minder pijn hebben en minder medicatie hoeven te gebruiken. Nadelige effecten waren moeheid en huidoverschot.

Complicaties bij of na de operatie hebben geen langdurig negatief effect op de KVL. Ook wanneer bariatrische chirurgie nadelige effecten veroorzaakt, zoals dumping en braken, is de verbetering in de KVL genoeg om de negatieve kanten te overschaduwen. (Livingston & Fink, 2003)

Ook tijdens het spreekuur in het ziekenhuis gaven patiënten aan nog veel last te hebben van braken en dumping. Ondanks dat de bijwerkingen een behoorlijke impact op hun leven hadden, toch zouden ze zo weer voor een operatie kiezen. Ook de resultaten van de enquête bevestigde dit. Ook al vulden de respondenten in dat ze nog regelmatig last hadden van die twee bijwerkingen, het feit dat ze zoveel meer konden ondernemen en zich weer fit voelden maakte dat ze zich beter voelden dan dat ze zich in tijden hebben gevoeld.

Sommige mensen beoordelen de kwaliteit van hun leven niet zo slecht, ondanks het hebben van een chronische ziekte. Dit kan komen doordat de persoon de leefstijl er zo op in heeft gesteld dat hij minder negatieve effecten van zijn ziekte heeft. (Livingston & Fink, 2003)

Mentaal/Emotioneel

Overgewicht en obesitas gaan gepaard met depressies, psychosociale klachten en een verminderde kwaliteit van leven. Kinderen en adolescenten met obesitas hebben niet zelden gebrek aan zelfrespect en zelfvertrouwen. Ze hebben vaak minder vriendjes, zijn meer geïsoleerd in de klas en zijn een gemakkelijker doelwit voor pesterijen dan niet-obese kinderen. (Greve, 2011)

Meerdere respondenten uit het eigen onderzoek geven aan dat ze door het gewichtsverlies mentaal/emotioneel sterker zijn geworden. Doordat ze zoveel meer kunnen, voelen ze zich energiek. Ze hebben weer zin in het ondernemen van dingen, in het sporten en halen weer voldoening uit het leven. Verschillende mensen geven aan dat 'ze weer leven' en dat ze zich 'zo gelukkig voelen'. Ook blijkt uit de reacties dat het emotioneel sterker voelen sterk te maken heeft met de sociale factoren. Door de positieve reacties van andere mensen en het gevoel dat ze niet meer na worden gekeken wordt hun zelfvertrouwen vergroot. (Livingston & Fink, 2003)

Een kleine minderheid geeft aan dat het aankomen op de lange termijn na de operatie verband houdt met een verlaagde KVL. Gewichtstoename brengt namelijk de negatieve effecten van overgewicht weer met zich mee.

8 Sociale Aspecten

Naast het belang van het afvallen om gezondheidsredenen, zijn de sociale aspecten minstens zo belangrijk. Deze bestuderen de gevolgen van het gebruik van medische technologieën. (Habbema, Casparie, Mulder, & Rutten, 1989, p. 27) De omgeving speelt een belangrijke rol bij de ontwikkeling van overgewicht en het in stand houden daarvan. Slank zijn is het schoonheidsideaal van de moderne samenleving. Lijnrecht daar tegenover draagt de inrichting van de moderne maatschappij juist bij aan het ontstaan van overgewicht. Door het gebruik van moderne hulpmiddelen als auto's en computers is de noodzaak voor fysieke inspanning afgenomen. Ook is het voedingsaanbod overvloedig. (RIVM, Nota Overgewicht, 2009)

Zoals beschreven bij medisch-biologische kennis ontstaat overgewicht voornamelijk door de leefstijl. Ook al begrijpen en beseffen mensen met overgewicht vaak heel goed dat hun leefstijl onverstandig is, emotioneel blijven ze gehecht aan hun vertrouwde voedingspatroon en de smaken die ze gewend zijn. Daarin worden ze meestal gesterkt door de sociale omgeving, te beginnen met de leden van het eigen huishouden met wie ze die smaak delen. Wie al jong geleerd heeft ongezond te eten en onvoldoende te bewegen, zal op latere leeftijd niet gemakkelijk kunnen overstappen naar een gezondere leefstijl. (Greve, 2011) Sociale aspecten wegen zwaar mee bij de reden om gewicht te verliezen. Verschillende mensen gaven in de enquête van het eigen onderzoek aan dat ze een kinderwens hadden, weer met hun kinderen willen kunnen spelen zonder belemmerd te worden of eindelijk weer 'gewoon' willen kunnen bewegen. Het overgewicht belemmert hen in de dagelijkse gang van zaken.

De laatste jaren is er een opkomst geweest van methoden om af te vallen. Daarnaast worden er steeds weer nieuwe onderzoeksresultaten gepubliceerd over de oorzaken van overgewicht en wat de beste behandeling is. Pillen, Shakes, Diëten, Cremetjes et cetera. De invloed van de media is groot. Vaak wordt het gepresenteerd als 'De methode die het beste werkt om voorgoed van het overgewicht af te komen'. Maar kennelijk werkt dat toch niet altijd voor iedereen.

Media

In de media wordt veel aandacht besteedt aan overgewicht en behandelmethoden. Dit omdat wereldwijd het aantal mensen met overgewicht zeer gestegen is, zeker in landen als Amerika en Engeland. Er is nog veel niet bekend over het onderwerp en daarom is er nog veel onderzoek gaande. Televisieprogramma's waarbij er een afvalrace wordt gehouden zijn populair. In Obese verliezen mensen met morbide overgewicht in een jaar tijd de helft van hun gewicht. Zij worden daarin bijgestaan door een professioneel begeleidingsteam. In 2011 en 2012 is het programma verkocht aan 125 landen. (Mediacourant, 2012) In Nederland kreeg het voor het eerste seizoen 500 aanmeldingen en voor het tweede seizoen 1500 aanmeldingen. Dit bevestigt ook dat mensen massaal op zoek zijn naar een manier om hun gewicht te verliezen.



Figuur 24. Programma "Obese"

Ook wordt er in de media veel aandacht besteedt aan de Bariatrie Chirurgie. In 2009 overleden zeven mensen na een maagverkleinende operatie in het Scheper Ziekenhuis te Emmen. Dit bericht kwam terecht in allerlei kranten, op het nieuws en in praatprogramma's. In november 2011 werd het onderzoeksrapport gepubliceerd dat ook aanleiding gaf tot veel publiciteit. (OVV, 2011) Een opvallend bericht verscheen in het nieuws: *'Je zou denken dat het mensen afschrikt nadat bekend werd dat er in Emmen een aantal mensen waren overleden na een maagverkleinende operatie. Niet is minder waar. Het blijkt dat er steeds meer mensen op de wachtlijst staan voor een maagverkleining.'* (jojoclub, Maagverkleinende operaties stijgende na wanprestaties in Emmen, 2009) Wel is de voorzorg en nazorg daardoor veel strenger geworden bij het behandeltraject, wat een positieve ontwikkeling was.



Figuur 25. Scheper Ziekenhuis Emmen

Werkgeversperspectief

In de nieuwe kabinetsplannen wordt er uitgezet dat de AOW-leeftijd verhoogd zal worden naar 67 jaar. Een gezonde leefstijl stelt werknemers in staat langer (en zonder klachten) door te werken. Veel bedrijven doen in toenemende mate aan leefstijlbevordering, al dan niet samen met hun verzekeraars. De werkvloer is een goede ingang voor preventie van ongezonde leefstijl, bijvoorbeeld via het aanbieden van gezonde voeding in kantines en het tegengaan van bewegingsarmoede van werknemers. Werkgevers en werknemers hebben beiden belang bij de preventie en bestrijding van overgewicht. (RIVM, Nota Overgewicht, 2009)

Mensen met overgewicht komen vaak van een lagere sociaaleconomische klasse. De slechtere gezondheid van deze groep komt door zowel een minder gezonde leefstijl en overgewicht, als door slechtere materiële omstandigheden. Die bepalen op hun beurt weer mede de leefstijl. Dit kan ook andersom werken. (RIVM, Nota Overgewicht, 2009) In een onderzoek in 2003 werden 240 patiënten gevolgd die een maagverkleining ondergingen. Voor de operatie hadden 91 van de 240 mensen een baan. Na de operatie waren dit 144 mensen. De positieve gevolgen van de operatie kunnen leiden tot inzetbaarheid op de arbeidsmarkt en dat verhoogt de sociaaleconomische status. (Livingston & Fink, 2003)

Uit recent onderzoek van Zilveren Kruis Achmea blijkt dat 40% van de MKB-werkgevers het recht wil hebben om hun werknemers te kunnen ontslaan als zij er een ongezonde leefstijl op na houden. (Tros, 2012) In onderstaande casus wordt duidelijk dat werkgevers niet zomaar in hun recht staan als ze een medewerker met obesitas willen ontslaan, door het minder goed functioneren.

Afwijzing Ontslag Morbide Obesitas

'Een fabrieksmedewerker was sinds 1996 in dienst en leed aan morbide obesitas - zéér ernstig overgewicht. De medewerker meldde zich regelmatig ziek met klachten gerelateerd aan zijn obesitas. De werkgever verzocht vervolgens om ontbinding van de arbeidsovereenkomst, omdat de medewerker als gevolg van zijn overgewicht niet in staat was zijn functie naar behoren uit te voeren. Volgens de kantonrechter had de werkgever de medewerker onvoldoende, dan wel te laat, gewezen op zijn verantwoordelijkheid om iets aan zijn overgewicht te doen. De werkgever had duidelijker moeten maken dat als de medewerker niet echt zou afvallen om zijn werk weer te kunnen uitvoeren, daar arbeidsrechtelijke consequenties aan verbonden zouden worden. Overigens wordt morbide obesitas ook wel als chronische ziekte gezien, wat betekent dat een werknemer met morbide obesitas bescherming zou genieten op grond van de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte. Dit houdt in dat de werkgever een bepaalde zorgplicht op zich moet nemen voor de medewerker.' (Ouweland, 2012)

9 Organisatorische aspecten

Bij het beoordelen van de maatschappelijke gevolgen van de toepassing van een medische technologie hoort ook de organisatorische inpassing in de gezondheidszorg. Deze organisatie bepaalt namelijk mede de effectiviteit, de kosten en juridische en sociale aspecten. (Habbema, Casparie, Mulder, & Rutten, 1989, p. 26)

In de zorgmarkt zijn er drie spelers: Verzekeraar, Zorgaanbieder en de Consument. (Consulting, 2011, p. 11) Deze spelers moeten met elkaar afspraken maken om tot doelmatige zorg te komen. Als zorgverzekeraar heb je in het proces van de bariatrische chirurgie twee rollen. Enerzijds die met de zorgaanbieder waar je de zorg inkoopt en anderzijds die met de consument waarvoor je de zorg verzekert. In Figuur 26 is de zogenaamde gouden driehoek schematisch weergegeven. (Consulting, 2011, p. 91)



Figuur 26. Gouden Driehoek 'de zorgmarkt'

Zorgverzekeringsmarkt

Elke consument met een basisverzekering betaalt premie aan de zorgverzekeraar. Van deze premie kan de zorg worden betaald. De verzekeraar moet er voor zorgen dat de consument gebruik kan maken van de zorg. De maagverkleinende operatie zit in de basisverzekering en Menzis moet er dus voor zorgen (door de zorgplicht) dat deze zorg beschikbaar is zodra iemand er gebruik van wil maken. Menzis wil dit zo goed mogelijk doen door goede afspraken te maken met de zorgaanbieder zodat de consument gebruik kan maken van kwalitatief hoogwaardige zorg. Zie missie, kernboodschap, kernwaarden en groeistrategie van Menzis:

Missie

Menzis garandeert de beschikbaarheid van kwalitatief goede en betaalbare zorg om zo het welzijn van al haar klanten te bevorderen. Menzis doet dat, door in samenhang:

- Haar klanten te betrekken, te informeren en te adviseren over gezondheidsbehoud en -bevordering;
- Waar gewenst, voor haar klanten (tijdige) toegang tot kwalitatief goede zorg en aan zorg gerelateerde diensten te organiseren; en
- Waar nodig, voor haar klanten zelfzorg en aan zorg gerelateerde diensten te regelen.

Menzis doet dit met respect voor de mens als individu, sociaal vooruitstrevend en vanuit maatschappelijke betrokkenheid. Wij zijn hierbij klantgericht en vernieuwend. Op een menzwaardige manier. (Menzis, Financieel Jaarverslag, 2010)

Groeistrategie

Menzis wil op de lange termijn zich ontwikkelen naar een gezondheidsorganisatie, waarbij ze blijvend interactieve klantcontacten onderhoudt. Daarmee wil ze een zorgverzekeraar zijn die toegevoegde waarde biedt in de zorg en deze ook op langere termijn kwalitatief goed, betaalbaar en beschikbaar houdt. In Figuur 27 is deze ontwikkeling in kaart gebracht. In 2010 bevond Menzis zich op het niveau van 'belangenbehartiger'. (Menzis, Financieel Jaarverslag, 2010)



Figuur 27. Groeistrategie Menzis

De klant ziet de zorgverzekeraar vaak nog als administratiekantoor, waar ze hun bonnetje kunnen inleveren ter declaratie. De klant weet nog onvoldoende wat een zorgverzekeraar zoal doet en welke diensten ze aanbiedt. Daarom vindt Menzis het belangrijk om de verzekerden in de toekomst meer te betrekken bij de zorginkoop. Op deze manier weet de klant dat Menzis werkelijk het beste met hen voorheeft. (Menzis, Co-creatie, 2012)

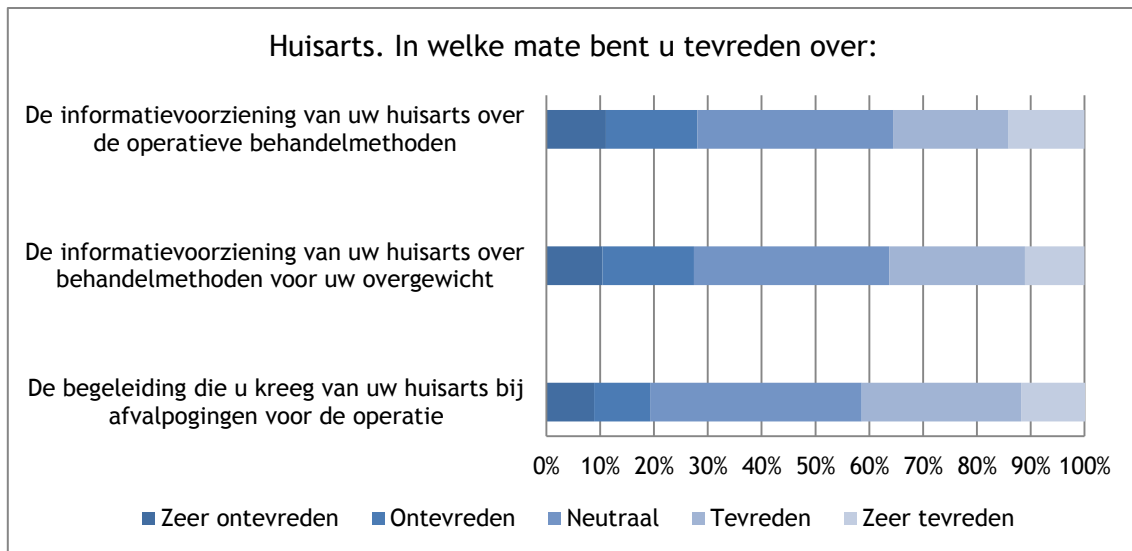
Medische zorg is duur en niet altijd meteen nodig. Menzis wil daarom stimuleren dat verzekerden eerst naar de eerstelijns zorg (huisarts, fysiotherapie etc.) gaan voordat ze naar het ziekenhuis gaan voor meer ingrijpende behandelingen, zie Figuur 28. Zo kan er voor gezorgd worden dat er eerst alternatieve manieren worden geprobeerd voordat iemand daadwerkelijk geopereerd moet worden.



Figuur 28. Bevorderen van zorg eerste lijn

De respondenten van het eigen onderzoek werden gevraagd te beoordelen hoe tevreden ze zijn over de informatie en begeleiding die ze ontvingen van hun huisarts voor de operatie. Het grootste gedeelte was niet tevreden, maar ook niet ontevreden, dus neutraal. Rond de 37% was ontevreden over de informatievoorziening vanuit hun huisarts over behandelmethoden voor het overgewicht en specifiek over de operatieve behandelmethode. Ongeveer 30% was hier ontevreden over.

Over de begeleiding die zij kregen vanuit hun huisarts voor afvalpogingen voor de operatie waren meer mensen tevreden dan over de informatievoorziening, rond de 41%. Rond de 39% gaf aan neutraal te zijn en ongeveer 20% was ontevreden (Figuur 29).

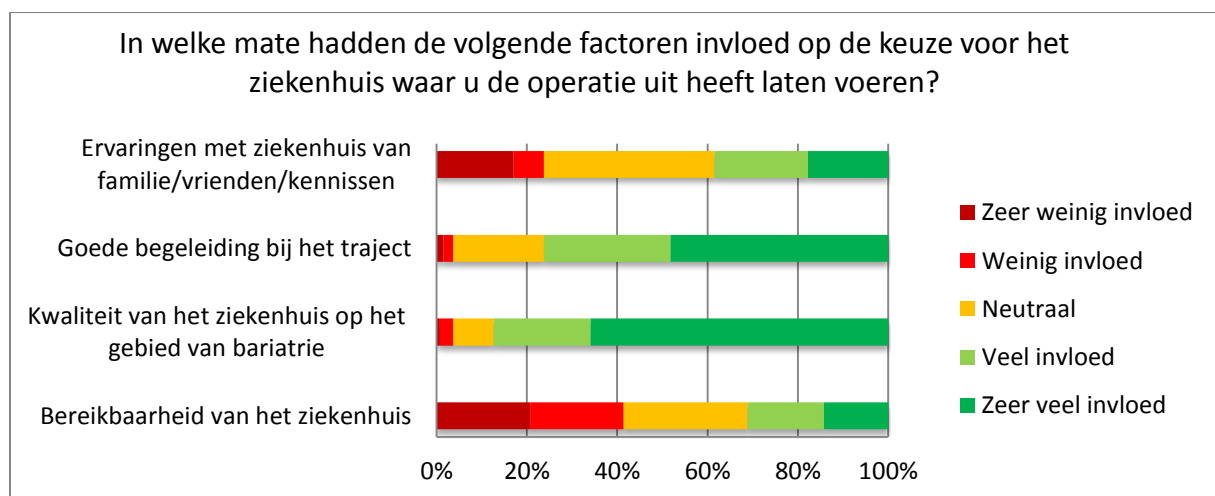


Figuur 29. Mate van tevredenheid huisarts

Annette Born gaf aan in het interview dat nog veel huisartsen in Nederland nog niet voldoende op de hoogte zijn van de operatieve behandel mogelijkheden. Ze hebben weinig kennis en kunnen daardoor niet altijd vragen goed beantwoorden. (Born A. , 2012)

Zorginkoopmarkt

Op de zorginkoopmarkt bestaat er een relatie tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieders. Samen maken zij afspraken over de zorg die geleverd wordt. Zo kan de verzekeraar eisen stellen waaraan een ziekenhuis moet voldoen en maakt zij afspraken over de kosten. Binnen Menzis wordt deze rol vooral vertegenwoordigd door de afdeling zorgmanagement. Zij maken afspraken met zorgaanbieders over bepaalde zorg die geleverd moet worden. Zorgverzekeraars worden verplicht door het ministerie om een leidende rol te nemen in het verzekeren van zorg voor de patiënt. Daarbij is het van belang dat patiënten gebruik kunnen maken van kwalitatief hoogwaardige zorg tegen een betaalbare prijs. Zorgverzekeraars moeten dus kritisch worden naar zorgaanbieders en hebben de mogelijkheid om selectief in te kopen. Als een zorgaanbieder niet aan de eisen voldoet, hoeft een zorgverzekeraar daar geen contract mee af te sluiten. Op deze manier wordt de kwaliteit bij zorgaanbieders in Nederland hoog gehouden.



Figuur 30. Factoren die invloed hebben op keuze ziekenhuis

Zoals in Figuur 30 te zien is, vinden de respondenten kwaliteit van het ziekenhuis belangrijker, dan de bereikbaarheid van het ziekenhuis. Ook goede begeleiding bij het traject speelt een belangrijke rol voor de keuze bij het traject.

Zorgverleningsmarkt

Doordat zorgverzekeraars kritisch worden naar zorgaanbieders toe, gaan zorgaanbieders investeren in het ziekenhuis en veelal specialiseren. Als ze namelijk zeer goed bekend staan over de behandeling van een bepaalde aandoening, zal de zorgverzekeraar op dat gebied een contract afsluiten. In de toekomst zal er steeds meer worden gekeken naar het patiënten oordeel. Zo streeft de patiëntenvereniging NPCF er al voor dat patiëntervaringen mee worden genomen bij de zorginkoop door zorgverzekeraars. Ook zie je steeds vaker in ziekenhuizen dat er koffie en thee in de wachtkamers te verkrijgen is en dat de ruimtes mooi worden aangekleed, hierdoor wordt het gepresenteerd als een zorgaanbieder die aantrekkelijk is om naar toe te gaan. (interview medewerker Menzis) Een voorbeeld van zo een dergelijk ziekenhuis dat is gaan specialiseren, is het Slotervaartziekenhuis. Zij hebben zich gespecialiseerd in de behandeling van patiënten met ernstig overgewicht en zijn één van de grootste centra voor operaties tegen overgewicht in Nederland. (Slotervaart, 2012)

Concurrentie

In 2011 heeft zorgverzekeraar CZ een onderzoek gestart naar de kwaliteit op het gebied van Bariatrie Chirurgie met het doel om selectief in te kopen. (CZ, 2012) Voor elk van de door CZ geselecteerde aandoeningen zijn de prestaties van de ziekenhuizen gewaardeerd op basis van:

- Medische Kwaliteit (waaronder volumenormen);
- Patiëntervaringen

Bij de medische kwaliteit hebben ze, op basis van literatuuronderzoek, CBO-richtlijnen en gesprekken met de NVvH en NOV, specifiek gekeken naar (CZ, 2012):

1. Volume per behandellocatie én volume per chirurg;
2. Aantal bariatrische chirurgen;
3. Type bariatrische ingreep;
4. Indicatiestelling;
5. Multidisciplinair team;
6. Multidisciplinair voortraject;
7. Multidisciplinair natraject.

Op basis van deze waardering ontstaat er een categorie-indeling van 1) 'Beste zorg' tot en met categorie 4) 'Voldoet niet aan de minimale kwaliteitsnormen van CZ.' (CZ, 2012, p. 4) Aan hun verzekerden communiceren ze via de website en via de telefonische zorgservice welke ziekenhuizen binnen de categorie 'beste zorg' vallen en waar zij dus het beste terecht kunnen. CZ bevestigt dat het de bedoeling is dat patiënten zich op de lange termijn alleen nog laten behandelen in ziekenhuizen die door hun zorgverzekeraar zijn geselecteerd. (nu.nl, 2011)

Aan de hand van hun eigen onderzoek hebben ze besloten om deze soort zorg selectief in te kopen. Dit is wat Minister Schippers ook heel graag wil dat zorgverzekeraars doen. (Schippers, 2011) Kwalitatief, hoogwaardige zorg wordt gecentreerd en gespecialiseerd in een ziekenhuis. Ziekenhuizen die niet voldoen aan de normen, stoppen met het leveren van die zorg. Dit leidt tot minder complicaties bij de operaties en een betere kwaliteit van de geleverde zorg. Bij CZ voldoen vijf ziekenhuizen niet aan de voorwaarden. Twee ziekenhuizen zouden volgens CZ zelf hebben besloten om te stoppen met maagoperaties. (Telegraaf, CZ schrapt 5 ziekenhuizen voor obesitaszorg, 2011)

Zilveren kruis is op dit moment bezig met een data-uitvraag bij ziekenhuizen op basis van hun eigen gestelde normen. Met ingang van juli 2012 zal zij alleen nog contracten sluiten met ziekenhuizen

die voldoen aan die normen. Ziekenhuizen hebben tot 12 september 2012 de tijd om aan te tonen dat zij voldoen aan deze normen. Zo niet dan zal Zilveren Kruis geen contract sluiten met dat ziekenhuis. Met het doel dat het ziekenhuis uiteindelijk stopt met het aanbieden van de behandeling. (Kruis, 2012)

Sinds 2011 is Menzis gaan werken met het TopZorg predicaat. Dit houdt in dat ze voor verschillende aandoeningen bepaalde ziekenhuizen (op basis van eigen onderzoek) een keurmerk geven voor zeer goede zorg. De kwaliteitseisen zijn gericht op:

- ❖ Medische kwaliteit
- ❖ Snelheid van behandelingen
- ❖ Goede informatievoorziening
- ❖ Patiëntervaring
- ❖ Prijs

Tot nu toe zijn er TopZorg predicaten gegeven voor de behandeling van:

- | | |
|---------------|--------------|
| ❖ Amandelen | ❖ Meniscus |
| ❖ Borstkanker | ❖ Rughernia |
| ❖ Heupartrose | ❖ Slaapapneu |
| ❖ Liesbreuk | ❖ Staar |

Op basis van de TopZorg criteria is ook gekeken naar de selectieve inkoop van deze behandelingen.

Communicatie

Menzis heeft geen topzorg predicaat voor bariatrische Chirurgie, omdat er nog veel gaande is op dit gebied. Ze wil geen beste zorg stempel op dit gebied drukken waarvan ze niet zeker weet of het een vorm van zorg is die op de lange termijn ook goede resultaten blijft geven. Wel maakt zij selectief afspraken met zorgaanbieders, waarbij ze kijken naar hoe de kwaliteit in die ziekenhuizen verbeterd kan worden. Op de website van Menzis staat vermeld dat zodra mensen toegelaten worden voor het behandeltraject ze van Menzis te horen krijgen waar ze terecht kunnen in het ziekenhuis. Toch blijkt dit in de communicatie niet altijd goed te verlopen:

*Website Menzis: ‘Om voor een vergoeding in aanmerking te komen heeft u **vooraf toestemming van Menzis** nodig. Dat betekent dat u voor het eerste consult de toestemming moet hebben gekregen.’ (Menzis, Vergoeding van chirurgische ingrepen bij overgewicht, 2012)*

*Website Slotervaartziekenhuis: ‘De operaties voor ernstig overgewicht worden via het Slotervaartziekenhuis door elke zorgverzekeraar volledig vergoed. Het Slotervaartziekenhuis is een algemeen ziekenhuis, geen privékliniek. Daarom hoeft u voor een operatie voor ernstig overgewicht **geen contact op te nemen met uw ziektekostenverzekeraar**. U hoeft ook geen machtiging aan te vragen.’ (Slotervaart, 2012)*

Quote van verzekerde:

*‘Ik heb gebeld met Menzis, maar die gaven zulke **rare antwoorden** dat ik daar niet mee verder kon. Ze gaven aan dat ik het **zelf** maar moest **uitzoeken**, want ze hadden **geen contracten** met ziekenhuizen. Deze vraag ook nog per mail gesteld, kreeg ik een reactie dat ze deze vraag al hadden beantwoord. Vervolgens gebeld met zorgaanbieder die aangaf dat er **wel degelijk een contract** was met Menzis en dat alles gewoon geregeld zou worden.’ (Gastricbypassforum, 2011)*

In een nieuwsbericht kwam het volgende naar voren: ‘Een voorbeeld is een maagverkleining. Hiervoor zijn door Menzis maar drie ziekenhuizen gecontracteerd. Een patiënt moet bij ons toestemming vragen. Wij sturen diegene door naar een van de drie. Gaat hij toch naar een ander ziekenhuis, dan is de rekening voor hem zelf.’ (Tubantia, 2010)

Gevolg van deze verschillende berichten is dat de patiënt niet altijd weet waar die terecht kan en geen gebruik maakt van de zorg bij ziekenhuizen waarmee Menzis afspraken heeft gemaakt. Dit kan ook betekenen dat een verzekerde achteraf te horen krijgt dat de operatie niet volledig wordt vergoedt.

Afdeling klachtbeheer

Binnen Menzis is er een afdeling Klachtenbeheer die zich bezig houdt met binnenkomende klachten en afhandeling daarvan. In de bijlage zijn de geregistreerde klachten opgenomen van 2010, 2011 en de eerste periode van 2012. Vanaf 2010 zijn de klachten geregistreerd op de categorie 'maagbandjes'. Aangezien er in de afgelopen jaren uit onderzoek is gebleken dat de maagbandoperatie meer complicaties kent dan de gastric bypass operatie, wordt in Nederland de gastric bypass operatie steeds vaker uitgevoerd.

Voor een duidelijke informatievoorziening op dit gebied, ook in de toekomst, is deze subcategorie veranderd in de subcategorie 'maagverkleiningsoperaties'. Op deze manier zijn klachten beter op te vragen. Zie bijlage 8 voor de documenten vanuit klachtenbeheer.

10 Juridische & Ethische Aspecten

De Juridische en Ethische aspecten bevatten de toetsing van de technologieën aan rechtsnormen als zelfbescherming, privacy en verzekeringsrechten en aan ethische normen betreffende weldoen, autonomie, rechtvaardigheid en toelaatbaarheid en privacy. Medische technologieën vallen onder een uitgebreide wet- en regelgeving. (Habbema, Casparie, Mulder, & Rutten, 1989, p. 26)

10.1 Juridisch

In de grondwet stelt de overheid: *‘De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid’*. Daarmee draagt zij verantwoordelijkheid voor de kwaliteit, doelmatigheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg. (NZa, 2011, p. 11) In 2006 wijzigde het zorgstelsel in Nederland ingrijpend met de introductie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De zorg moest overgaan van een centraal gestuurd stelsel naar een vraag gestuurd stelsel met - waar dat mogelijk is - meer ruimte voor eigen initiatief en verantwoordelijkheid voor zorgaanbieders, verzekeraars, patiënten en verzekerden. (NZa, 2011, p. 1) Nederlanders zijn per 1 januari 2006 verplicht een basisverzekering af te sluiten. Naast het basispakket kunnen mensen vrijwillig een aanvullende verzekering afsluiten voor zorg die daar niet in is opgenomen. (Rijksoverheid, 2012) Doordat alle mensen in Nederland verplicht zijn een basisverzekering af te sluiten, hebben de zorgverzekeraars in Nederland een acceptatieplicht. Verzekeraars mogen geen verzekerden uitsluiten of extra premie vragen als iemand een meer risicovolle verzekerde lijkt. (RIVM, Nota Overgewicht, 2009)

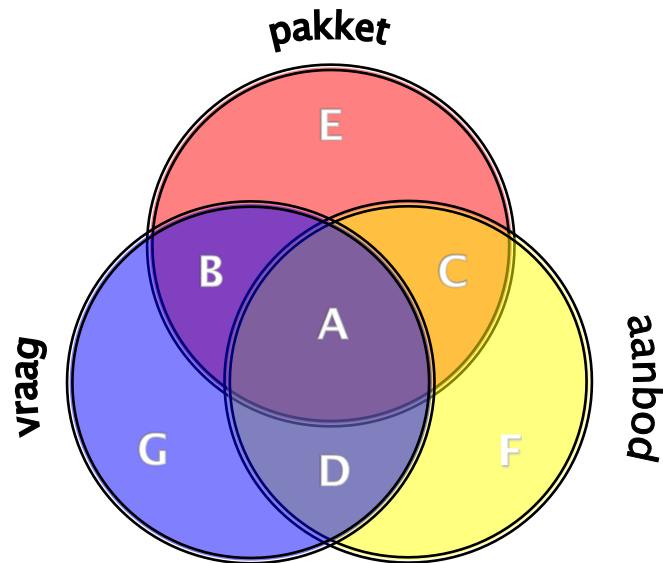
Sinds 2006 is ook de maagoperatie ten behoeve van ernstig overgewicht opgenomen in de basisverzekering. Dit houdt in dat zorgverzekeraars de plicht hebben om deze operatie (volledig) te vergoeden en ervoor te zorgen dat patiënten gebruik kunnen maken van deze zorg in Nederland. Omdat er in 2012 behoorlijk bezuinigd moest worden op de zorgkosten in Nederland, werd het basisverzekeringspakket flink uitgekleed. Dieetadvisering en fysiotherapie die al meerdere jaren in de basisverzekering opgenomen waren, werden er uitgehaald. De maagverkleinende operatie werd er ingehouden. Aan minister Schippers werd er in de Kamervragen gevraagd op basis waarvan dit is besloten:

‘De beslissing om de aanspraak op dieetadvisering te beperken is voortgekomen uit de noodzaak de zorguitgaven te beheersen. Bij de beslissing heeft meegewogen dat dieetadvisering, in vergelijking met veel andere interventies, voor eigen rekening en verantwoordelijkheid van burgers kan komen. Aan de maatregel heeft dus geen rechtstreekse afweging met het wel of niet vergoeden van gastric bypasses ten grondslag gelegen. Dit zijn twee heel verschillende zaken. Aan het voorkomen kunnen mensen zelf veel doen, gesteund door de overheid door het aanbieden van schoolprogramma's en vergroting van het sport- en beweegaanbod in de buurt. Als er eenmaal sprake is van levensbedreigend overgewicht kunnen we dat niet afdoen met "eigen schuld" maar moeten we die mensen niet alleen medisch maar ook in voor- en nazorg intensief begeleiden naar een gezond gewicht.’ (Schippers, 2011)

Interview Jaap Seidell: *‘Dat bariatric in de basisverzekering zit, is heel goed. Niet dat andere vormen niet in de bv zitten. De onderste zorg van de piramide wordt nu bijna niet aangeboden en dat is niet goed. De gehele keten zou eigenlijk vergoed moeten worden, zodat je ook kunt voorkomen dat die mensen bariatrische chirurgie nodig hebben.’* (Seidell, Operatieve behandeling van Morbide Obesitas, 2012)

In een presentatie bij Menzis legde een medewerker van het CVZ uit op basis waarvan wordt bepaald of iets in de basisverzekering komt of niet. (CVZ, 2012) In onderstaande figuur is overzichtelijk aangegeven van welke pakketkwesties sprake kan zijn. Bij fysiotherapie was dat vorig jaar bijvoorbeeld nog vakje A, er was vraag, er was aanbod en het zat in het

basisverzekeringspakket. Sinds 2012 is besloten dat dit ook voor eigen rekening kan komen en is het dus verschoven naar vakje D. De Bariatrische Chirurgie zit in vakje A, maar zou eventueel in de toekomst naar een ander vakje kunnen verschuiven als er een andere techniek voor in de plaats komt. Voor 2012 en 2013 is dit waarschijnlijk niet het geval en blijft het in vakje A.



Figuur 31. Pakketkwesties CVZ

Naar de operaties voor het huidoverschot is er heel veel vraag vanuit patiënten, ook is er aanbod. Het zit in het pakket, maar met strenge eisen. Daardoor komen er heel veel mensen nog niet voor in aanmerking. Het zit dus voor een deel van de mensen in vakje A en voor een deel van de mensen in vakje D. De vraag is of dit in de toekomst nog gaat veranderen.

Ervaringsdeskundige Slotervaartziekenhuis: *‘Na dat ik zoveel was afgefallen had ik last van huidoverschot. Zoals zoveel mensen kwam ik niet in aanmerking voor een vergoeding voor een correctieoperatie. Maar ik ben advocaat. In de afgelopen 2 jaar heb ik voor mijzelf en voor 3 andere mensen ervoor gezorgd dat ze een vergoeding kregen. Het ligt er aan hoe je het brengt, wie er beoordeeld bij de zorgverzekeraar en in welke bui deze persoon is.’* (Slotervaartziekenhuis, 2012)

Uit bovenstaand verhaal, dat overigens werd bevestigd door de chirurg, blijkt dat de vergoeding voor een correctieoperatie subjectief beoordeeld wordt. Er zijn criteria opgesteld vanuit de beroepsgroep, maar voor de vergoeding mag de zorgverzekeraar zelf beoordelen op een verzekerde daarvoor in aanmerking komt.

Internationaal zijn verschillen zichtbaar in de aanpak van overgewicht. In de Verenigde Staten is men veel minder terughoudend dan in Europa met het uitvoeren van maagverkleinende operaties, omdat zij van mening is dat overgewicht is ontstaan in een klimaat van voortschrijdende civilisatie en techniek. Voor de oplossing van het probleem wordt vanuit die invalshoek vooral gekeken naar nieuwe ontwikkelingen van technische middelen en de inzet daarvan.

Min of meer lijnrecht daartegenover staat de aanpak van overgewicht in bijvoorbeeld Singapore. Daar zijn op hoog niveau commissies ingesteld die vergaande maatregelen in gang zetten bij het bevorderen van een gezonde leefstijl. (RIVM, Nota Overgewicht, 2009)

In Europa zet men zowel in op een leefstijlbenadering (van het individu) als het veranderen van de leefomgeving. Leefstijl wordt gezien als de primaire verantwoordelijkheid van de burger zelf. De dikmakende werking van de omgeving vraagt echter om een goede informatievoorziening, en om bewustwording en weerbaarheid van het individu, gezinnen en maatschappelijke organisaties.

(RIVM, Nota Overgewicht, 2009) Hieruit blijkt hoeveel invloed de overheid heeft over de aanpak van obesitas.

Bij de zorgverzekering is het niet mogelijk om te selecteren op risicovolle verzekerden. Bij de levensverzekering hebben ze echter al aangegeven dat ze gaan selecteren op gewicht. Mensen die zwaarder wegen, moeten ook meer gaan betalen. (Powned, 2012) Aangezien hoge zorgkosten nog steeds een probleem vormt in Nederland, is het de vraag of het mogelijk is dat dit in de toekomst ook voor zorgverzekeringen een rol gaat spelen.

10.2 Ethisch

Ethiek bekijkt medische technologieën onder het oogpunt van mogen c.q. niet mogen, horen c.q. niet horen. Bovendien heeft de gezondheidsethiek over de laatste twintig jaar enkele algemeen aanvaarde begrippen ontwikkeld die ons toelaten het nogal vage begrip menselijkheid op te delen in concrete beginselen van weldden, autonomie, en rechtvaardigheid. Is medisch handelen schadelijk of levert het naar verhouding te weinig weldden op voor de patiënt, dan is het eigenlijk onethisch. (Habbema, Casparie, Mulder, & Rutten, 1989, p. 135)

Het chirurgisch ingrijpen heeft lange tijd ter discussie gestaan, vanwege de achtergronden van de aandoening, vragen over de effectiviteit, terughoudendheid vanwege het veelal permanente karakter van de veranderingen in een op zich gezond spijsverteringsstelsel, en de kosten van de chirurgische behandeling. (OVV, 2011)

Weldden

De positieve effecten op de gezondheid en kwaliteit van leven van de patiënt, maakt dat de resultaten van de maagverkleinende operatie een vorm van weldden is. Echter, het feit dat er nog steeds niet voldoende kennis is over resultaten op de lange termijn per operatie laat zien dat er nog veel veranderingen kunnen optreden de komende jaren in het aanscherpen van de kwaliteit.

In Amerika is in februari 2011 een onderzoek uitgebracht dat de FDA (Amerikaanse CVZ) goedkeuring heeft uitgebracht voor het chirurgisch opereren middels een maagband bij mensen met een BMI vanaf 30 in combinatie met comorbiditeit. Hierdoor zouden 27 miljoen extra mensen in aanmerking komen voor een ingreep. (Mitka, 2011) (NIDDK, 2009) In Nederland ligt de grens nog steeds op een BMI van 35. Als deze grens wordt verlaagd zullen er ook in Nederland veel meer mensen in aanmerking komen voor een operatie. Als tegenargument wordt gegeven dat er een gebrek aan doelmatigheid is wanneer de BMI-grens wordt verlaagd. De vraag wordt dan, wat ben je precies aan het behandelen? (Mitka, 2011)

Gezien de twijfel over effectiviteit en veiligheid van bariatrische chirurgie staat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), ondanks de goede resultaten, bariatrische chirurgie bij kinderen vooralsnog niet toe. (Greve, 2011) Wel mag dit bij enkele gevallen in onderzoeksverband in ervaren centra met een multidisciplinaire benadering. De richtlijn van de PON geeft aan dat de gecombineerde leefstijlinterventie voor kinderen de beste oplossing zou zijn. (PON, 2010) Kinderen leren een gezonde leefstijl door multidisciplinaire begeleiding en krijgen daarin de support van hun familie. Deze richtlijnen worden in Nederland gevolgd, maar zijn richtlijnen. Tenminste één chirurg in Nederland, Jan Willem Greve, vindt dat de chirurgische behandelmethode bij Morbide Obesitas wel een goede optie zou zijn. Volgens hem is de leefstijlinterventie vaak onvoldoende effectief gebleken. (Greve, 2011) Vanaf 2011 zullen in de opvolgende drie jaar tenminste 30 jongeren in de leeftijd van 12 tot 16 jaar een maagband krijgen en 30 andere jongeren met zwaar overgewicht komen in een controlegroep. Dan zal blijken of de maagband daadwerkelijk nut heeft. Het doel is om aan te tonen dat een maagband veilig is en dat het ook de kans op suikerziekte, hoge bloeddruk

en levervetting verkleint. Dit zal allemaal gebeuren in het Maastricht Universitair Medisch Centrum. (jojoclub, Maagband voor zwaarlijvige pubers, 2011)

In Engeland, België en Amerika wordt de operatieve behandeling van obesitas bij kinderen en adolescenten al wel meer uitgevoerd. In California, Amerika blijkt dat het aantal operatie ten behoeve van ernstig overgewicht bij kinderen van 2005 naar 2007 zeven keer zo veel werd uitgevoerd. In België wordt er om de dag iemand geopereerd van 19 jaar of jonger. (foobie, 2008)

Bij weldoen is het ook de vraag hoeveel ruimte een arts heeft voor 'trial and error', voor het recht zich te vergissen en zelfs te falen, en voor een hoeveelheid risico bij het nemen van verantwoordelijkheid. (Habbema, Casparie, Mulder, & Rutten, 1989) Bij 10% van de operaties treden complicaties op. In 1% van de gevallen overlijden mensen. Als een arts binnen dit percentage blijft, staat hij in principe in zijn recht. De vraag is of er de mogelijkheid is dat het af en toe verkeerd gaat. Artsen werken wel met mensen met een verhoogd risico op complicaties door hun overgewicht.

Autonomie

Het tweede beginsel van ethisch handelen is recht op autonomie waarmee men aan mensen de ruimte wil verschaffen om overeenkomstig eigen opvattingen te kunnen leven zolang anderen daarvan geen nadeel ondervinden. Dit betekent dat elk medisch handelen dat ongevraagd of tegen de wil van de patiënt plaatsvindt, in feite geweld betekent en dus onethisch blijkt te zijn. (Habbema, Casparie, Mulder, & Rutten, 1989)

In de bijlage is de informed consent te vinden van het Slotervaart Ziekenhuis. Dit is een contract waarin beschreven staat wat zoal de risico's zijn van de operatie en dat de patiënt voldoende op de hoogte is van mogelijke complicaties die op kunnen treden en het proces dat er aan vast zit. Aan de ene kant voorziet het ziekenhuis de patiënt van informatie, maar de keus ligt daarmee echt in de hand van de patiënt of die akkoord gaat met de consequenties. (Slotervaart, 2012)

Mensen moeten ook in staat zijn om het te begrijpen. Als artsen praten in medische termen, is het voor de patiënt niet duidelijk wat er wordt gezegd. Daarom is het belangrijk dat de arts controleert of er wordt begrepen wat er wordt gezegd.

Rechtvaardigheid

Het derde ethische beginsel van rechtvaardigheid wil dat gezondheidsvoorzieningen verstrekt worden op basis van wat het individu nodig heeft. De ongelijke verdeling van medische zorg bij gelijke behoeften betekent daarom onrecht. (Habbema, Casparie, Mulder, & Rutten, 1989)

Mensen met morbide obesitas hebben recht op goede zorg. Doordat de Bariatrische Chirurgie in de basisverzekering zit, kunnen mensen deze zorg ook krijgen. Mensen die echter niet voor een ingrijpende manier willen kiezen, hebben weinig andere keuzes op dit moment als ze afhankelijk zijn van een vergoeding. Dit maakt dat sommige mensen kiezen voor een maagverkleining, omdat het verzekerde zorg is. Dit wordt ook wel 'Moral Hazard' genoemd.

90% van de respondenten van het eigen onderzoek geven aan weer voor de operatie te kiezen ook al zouden er andere mogelijkheden vergoed worden. Dit komt voornamelijk doordat het gewichtsverlies groter is bij de operatie, dan bijvoorbeeld bij een gecombineerde leefstijlinterventie.

Interview Jaap Seidell: 'Chirurgen beweren dat leefstijlinterventies maar bij 1% van de mensen met obesitas resultaat oplevert. Dat is niet waar. Dat zeggen ze overal, op elke website, in elke brief van dat werkt niet. Alleen, het enige dat werkt is chirurgie. Dat is een vertekening van de werkelijkheid die wel heel goed bij hun doelen past, maar die niet waar is. Ik ben niet tegen

bariatrische chirurgie. Ik denk dat het een hele goede ingreep is voor een heel klein percentage van de mensen die die zorg nodig hebben, maar het komt nu in plaats van allerlei andere zorg en goede zorg die verder nog nodig is, die is er niet en er wordt te makkelijk gedaan over hoe simpel het is om met chirurgie af te vallen en hoe onmogelijk het is om dat op een alternatieve manier te doen.’ (Seidell, Operatieve behandeling van Morbide Obesitas, 2012)

Dat op dit moment alleen de Bariatrische zorg in de basisverzekering zit is voor zorgaanbieders een mooie kans om te specialiseren. In de aflevering van Zembla werd de veronderstelling uitgesproken dat ziekenhuizen redelijk makkelijk door meer maagverkleinende operaties uit te voeren, meer geld kunnen verdienen. (Zembla, Slank in één dag, 2011)

Als reactie op bovenstaande zegt Minister Schippers: *‘Als zorginstellingen zichzelf willen profileren als zijnde beter gekwalificeerd voor de behandeling van een aandoening dan een ander staat het ze vrij dat te doen, mits ze uiteraard geen vals beeld van de risico’s en de geboden kwaliteit en effectiviteit van de behandeling neerzetten. Dat betekent wat mij betreft dus dat mensen met ernstig overgewicht er duidelijk op worden gewezen dat in verreweg de meeste gevallen hun leefstijl de oorzaak is van het probleem en dat een aanpassing van die leefstijl de eerst aangewezen oplossing is. Ook dient mensen duidelijk verteld te worden dat een operatieve ingreep niet betekent dat mensen kunnen doorgaan met hun oude eetgewoonten, omdat daarmee het effect van de operatie teniet wordt gedaan.’ (Schippers, 2011)*

De zorgverzekeraar heeft in principe geen controlerende rol. De Nederlandse Zorgautoriteit houdt toezicht op het naleven van wetgeving en richtlijnen. Wel kan de zorgverzekeraar rekening houden met het maken van afspraken of de manier waarop de informatievoorziening gaat naar patiënten betrouwbaar is.

11 Financiën en Kosten

De toepassing van een medische technologie brengt kosten met zich mee. Deze vertalen zich niet alleen in tarieven en declaraties. Ook indirecte kosten zoals reiskosten, begeleiding, hulpmiddelen en cetera spelen mee. Problemen waar bij het vaststellen van de kosten op gelet moet worden zijn bijvoorbeeld dat er maatschappelijk gezien (her)verdeling van inkomen plaatsvindt, en dat er vaak tijdsverschil zit tussen het maken van kosten en het oogsten van gezondheidswinst. (Habbema, Casparie, Mulder, & Rutten, 1989, p. 26)

De zorguitgaven stijgen al enige jaren harder dan de economische groei (VWS, 2011). Omdat een groot deel van deze uitgaven collectief gefinancierd wordt, is het steeds moeilijker hier financiële ruimte voor te vinden zonder andere overheidsdiensten in het gedrang te laten komen. Sommige onderzoekers waarschuwen al voor een dreigende onbetaalbaarheid als er geen maatregelen worden genomen om de groei van uitgaven te beteugelen (Besselin, 2011; Brouwer et al., 2011).

In 1999 was overgewicht verantwoordelijk voor meer dan 500 miljoen euro aan zorgkosten. In 2003 was dit ongeveer 1,2 miljard, 2% van de totale zorgkosten. Het meeste geld werd uitgegeven aan hart- en vaatziekten, gevolgd door diabetes en klachten en aandoeningen in het bewegingsstelsel. (RIVM, Zorgkosten van ongezond gedrag voor euro's -3, 2006)

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) berekende voor 'ZEMBLA' dat in 2010 ongeveer 30,5 miljoen euro is uitgegeven aan operaties tegen extreem overgewicht. In 2008 werd nog ongeveer 8,5 miljoen euro uitgegeven aan deze operaties. In drie jaar tijd zijn de kosten dus bijna verviervoudigd. (Zembla, Aantal maagverkleinende operaties stijgt sterk, 2011) Terwijl het aantal operaties van 5000 naar minder dan 6000 operaties is toegenomen.⁴ In 2012 wordt ongeveer een verdubbeling van het aantal uitgevoerde operaties verwacht. Als de kosten daarmee ook verdubbelen, zal dit in 2012 oplopen tot ongeveer 61 miljoen.

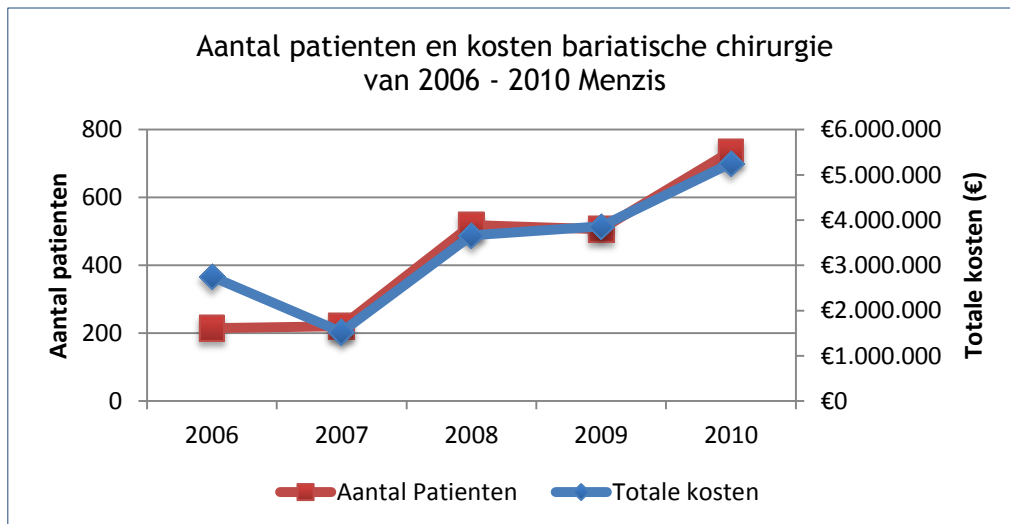
Tabel 5 is gebaseerd op de gegevens vanuit het databestand van Menzis. Vanaf 2006 tot en met 2010 is het aantal uitgevoerde operaties bij verzekerden van Menzis toegenomen van 215 naar 736. Ook is er vanaf 2007 een stijging te zien in het gemiddelde bedrag te betalen. De totale kosten nemen daarmee vanaf 2007 ook zeer sterk toe.

Jaar	Aantal Verzekerden	Gemiddeld bedrag te betalen	Totale kosten
2006	215	€ 12.796,27	€ 2.751.198,05
2007	220	€ 6.928,58	€ 1.524.287,60
2008	519	€ 7.059,57	€ 3.663.918,13
2009	506	€ 7.626,47	€ 3.858.995,09
2010	736	€ 7.144,08	€ 5.258.039,20
	2196	€ 8.310,99	€ 18.250.942,82

Tabel 5. Kosten bariatrische chirurgie verzekerden Menzis

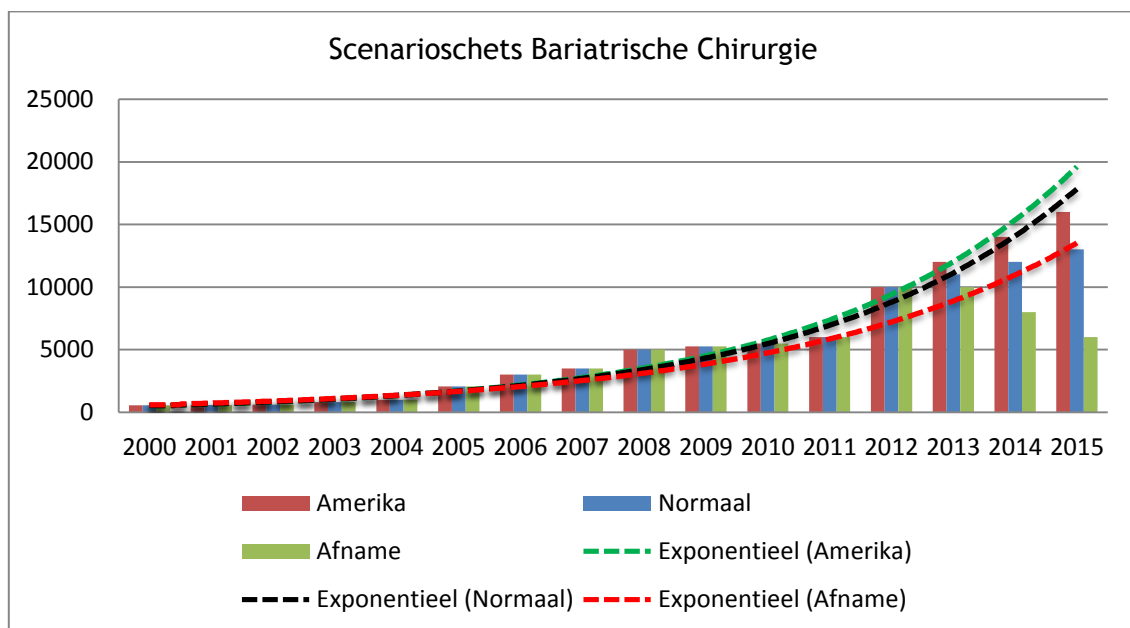
In Figuur 32 is daarmee goed te zien dat het aantal uitgevoerde operaties en het totale aantal kosten significant met elkaar oploopt. Dit houdt in dat de toename in het aantal kosten samenhangt met de toename in het aantal patiënten, en niet komt doordat de gemiddelde prijs voor een operatie hoger is geworden.

⁴ Hoe het totale bedrag berekend is door de NZa is niet vermeld. Dat er zo'n groot verschil zit in het totale aantal kosten en relatief weinig verschil in het aantal uitgevoerde operaties is opmerkelijk.



Figuur 32. Aantal patiënten en kosten bariatrische chirurgie

Of deze kosten de komende jaren nog zullen toenemen is moeilijk te voorspellen. In bijlage 4 zijn de cijfers van het aantal uitgevoerde operaties in Amerika weergegeven. Tussen 1992 en 2008 is het aantal vertwaalfvoudigd, van 20.000 naar 240.000. Tussen 2008 en 2009 is het aantal stabiel gebleven. Onderzoekers voorspellen daar vanaf 2010 een afname in het aantal uitgevoerde operaties. In Figuur 33 is er een scenarioschets gemaakt op basis van het Amerikaanse scenario, de situatie in Nederland en de dreiging van nieuwe medische technologieën die in de plaats van de bariatrische chirurgie zal kunnen komen.



Figuur 33. Scenarioschets bariatrische chirurgie

Voor de komende jaren wordt er in Nederland nog een stijging verwacht in het aantal uitgevoerde operaties. Dit omdat bepaalde ziekenhuizen zich aan het specialiseren zijn op het gebied van bariatrische chirurgie en daardoor de capaciteit krijgen om meer operaties uit te voeren. Ook wordt er steeds meer bekend over de resultaten van de maagverkleining op zowel korte als lange termijn. Als het verlagen van de BMI-grens bij de indicatiecriteria ook in Nederland door wordt gevoerd en als het vaker wordt toegestaan dat er een maagband bij adolescenten wordt geplaatst, is het vanzelfsprekend dat er een sterke toename in het aantal uitgevoerde operaties zal komen.

Door de verschillen in risico en intensiteit kennen de verschillende operatietechnieken verschillende kosten (OVV, 2011):

- Maagband: ± €5000,- tot 6000,-;
- Gastric bypass: ± €8000,- tot €10.000;
- Gastric sleeve: ± €10.000;
- Duodenale Switch: ± €11.000.

Een kritische vraag die hierbij gesteld wordt, is of ziekenhuizen die zich specialiseren in bariatrische chirurgie niet (te) snel omzet kunnen maken met een relatief makkelijke ingreep en daardoor makkelijk winst kunnen maken. Minister Schippers geeft aan dat de investeerders van ziekenhuizen er belang bij hebben dat het ziekenhuis een gezonde bedrijfsvoering heeft. Voldoende omzet is daarbij een relevante factor. Maar dat maakt nog niet dat ze zoveel mogelijk ingrepen willen uitvoeren. Het risico ligt hoog bij de patiëntengroep en zoals te zien was bij het Scheper Ziekenhuis kunnen fouten leiden tot een slechte naamsbekendheid. Daarom verwacht ze dat ziekenhuizen bewust omgaan met deze ingreep. (Schippers, 2011)

Chirurgen geven aan dat de kosten van de operatie binnen drie jaar zijn terugverdiend. Verschillende studies onderzochten het effect van gewichtsverlies op farmaceutische kosten. Vooral gebruik en kosten van medicatie voor diabetes, cardiovasculaire ziekten en astma waren significant hoger onder obese personen. (RIVM, Nota Overgewicht, 2009) Alleen al de mensen die door de operatie van hun diabetes af komen leveren een enorme gezondheidswinst + kostenwinst op. Het RIVM laat zien dat het bevorderen van gezond gedrag op de korte termijn kan leiden tot een daling van de zorgkosten, maar op de lange termijn kan leiden tot hogere zorgkosten. Ten eerste zijn er namelijk investeringen nodig om de gezonde leefstijl van mensen te bewerkstelligen. Ten tweede door gezond gedrag te bevorderen neemt de levensverwachting toe. Mensen leven langer en lopen daardoor meer kans om op latere leeftijd nog andere ziekten te krijgen. Deze kosten overtreffen de kortetermijnbesparingen. Bij uitbanning van overgewicht zullen de kosten uiteindelijk met 4% toenemen. Wolf (2002) voegt hieraan toe dat het volgens haar sterk de vraag is of er überhaupt kostenbesparingen kunnen optreden door behandeling van obese personen. Vooral door de onzekere (lange termijn)effecten en behoorlijke kosten van behandeling.⁵ (RIVM, Zorgkosten van ongezond gedrag voor euro's -3, 2006)

Jaap Seidell: 'Wat duidelijk het meest effectief is, is heel vroeg in het proces al niet te dure en milde interventies aanbieden. Daarvan weten we dat het werkt en helpt om kosten te vermijden, zeker bij mensen die daarnaast ook nog een hoog risico op diabetes hebben. Het ministerie en het RIVM en de Erasmus universiteit en RVZ hebben allemaal uitgerekend dat dat kosteneffectief is dat bespaart dus geld. En toch vergoeden we die zorg niet, we wachten toch totdat het te laat is en mensen echt heel erg dik zijn en dan ga je dure zorg geven en dat is een niet heel verstandig model voor verzekeraars, want dat kost ze veel geld.'

Dus ik zou zeggen juist in tijden van bezuinigingen zou ik veel meer willen werken aan die integrale zorg dan aan alleen maar bariatrische chirurgie bijvoorbeeld en de rest niet doen. Dan denken dat dat goedkoop is, maar dat is natuurlijk niet zo. Straks zal er een explosie komen van klinieken, die is er al. Die ook commercieel gaat uitbaten en aanbieden. En de verzekeraars moeten dat dan allemaal gaan betalen en dat lijkt me niet een wenselijke situatie.' (Seidell, Operatieve behandeling van Morbide Obesitas, 2012)

⁵ Het maken van een goede kosten-effectiviteitsstudie over bariatrische chirurgie is lastig in verband met de discussie welke kosten geïncludeerd moeten worden.

12 Conclusie

Om een goed antwoord op de onderzoeksvraag te kunnen geven zijn de deelonderwerpen opgesplitst in subvragen:

1. *Wat is het strategisch belang voor Menzis bij dit onderwerp?*

Zoals te zien is in het hoofdstuk Epidemiologie en Demografie is in de gebieden waar Menzis de meeste verzekerden heeft, het percentage mensen met (ernstig) overgewicht hoog. Bariatrische chirurgie heeft tot doel het ingrijpend en langdurig verlagen van het lichaamsgewicht van patiënten met een extreem verhoogd gezondheidsrisico. Door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is bepaald dat de Bariatrische Chirurgie sinds 2006 in het basisverzekeringspakket zit. Voor de patiënt houdt dit in dat zij gebruik mogen maken van deze zorg als zij voldoen aan de indicatiecriteria die opgesteld zijn door de beroepsgroep, in dit geval de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (zie hoofdstuk Medische Effectiviteit).

Voor de zorgverzekeraar houdt dit in dat zij een verzekeringsplicht hebben. Zij zijn verplicht om de zorg in te kopen bij zorgaanbieders en te vergoeden voor hun klanten. Wel kunnen zij zelf bepalen bij welke zorgaanbieders zij de zorg in willen kopen. Als de klant naar een zorgaanbieder gaat waarmee de zorgverzekeraar geen contract heeft, dan kan de verzekeraar stellen dat de klant geen recht heeft op een volledige vergoeding.

In 2011 is CZ begonnen met het selectief inkopen van de operaties. Door bepaalde criteria op te stellen en te onderzoeken of zorgaanbieders daar aan voldoen heeft ze categorieën opgesteld van beste zorg - zorg die niet voldoet aan de criteria. Vervolgens is zij selectief gaan inkopen bij de categorieën die onder beste zorg valt. Ook Zilveren Kruis, Achmea is bezig met onderzoek op dit gebied en wil vanaf september stoppen met het contracteren van ziekenhuizen die niet aan de normen voldoen. Op deze manier zal de zorg bij bepaalde zorgaanbieders specialiseren en stoppen de zorgaanbieders met de zorg die niet aan de normen voldoet.

Mensen met obesitas vormen een risicovolle groep zodra ze geopereerd worden. Complicaties ontstaan in 10% van de gevallen. In 2009 overleden zeven mensen na een maagverkleinende operatie bij het Scheper Ziekenhuis. Achmea was niet scherp op de controle en werd daardoor stevig op de vingers getikt.

Het aandeel van Menzis in het totaal uitgevoerde operaties in Nederland is ongeveer 10% in de jaren 2006-2010. Een operatie kost ongeveer 8000,- tot 10.000,-. Daarmee zijn de totale kosten voor Menzis gestegen van 1,5 miljoen in 2007, naar 5 miljoen in 2010. Het aantal uitgevoerde operaties zal de komende jaren waarschijnlijk nog flink stijgen en het is belangrijk om inzicht te hebben in de effectiviteit en kwaliteit van het behandeltraject.

2. *Hoeveel verzekerden van Menzis c.q. Nederlanders hebben in het verleden een maagverkleiningsoperatie ondergaan ten behoeve van ernstig overgewicht?*

Vanuit het databestand van Menzis is op basis van selectiecriteria duidelijk geworden dat in de periode 2006 - 2010 bijna 2200 verzekerden een maagverkleining ondergingen. De meeste verzekerden waren behandeld bij het Medisch Centrum Leeuwarden en Rijnstate (Stichting Gewicht op Maat). De registratiebetrouwbaarheid van de uitgevoerde operaties is niet volledig, omdat het lang geduurd heeft voordat er duidelijke afspraken waren gemaakt voor de te gebruiken codes. Daarom is het belangrijk om met zorgaanbieders af te spreken op welke codes zij declareren.

Uit verschillende bronnen zijn de landelijke cijfers in kaart gebracht:

Tabel 6. Landelijke cijfers operaties en ziekenhuizen

Jaartal	Aantal operaties	Aantal ziekenhuizen
2000	564 (NRC, 2008)	28
2002	600 (Geenen & Larsen, 2005)	
2004	1000 (Langenhoff, 2008)	
2005	2070 (NRC, 2008)	48
2006	3000 (Langenhoff, 2008)	
2007	3500 (CZ, 2012)	
2008	5000 (Wikipedia, 2012)	
2011	6000 (Zembla, Aantal maagverkleinende operaties stijgt sterk, 2011)	
2012	10.000 (voorspelt)	

3. Welke factoren dragen bij aan de effectiviteit van het bariatrisch behandeltraject?

Kortdurige interventies dragen niet bij aan het behouden van gewichtsverlies op de lange termijn. Het Bariatrisch behandeltraject bestaat daarom uit een voortraject, operatie en natraject. In het voortraject wordt beoordeeld of een patiënt psychisch in staat is om de nieuwe leefstijl aan te nemen en vol te houden. Door patiënten te selecteren die niet alleen bereid, maar ook laten zien door bijvoorbeeld hun afvalpogingen dat ze de nieuwe leefstijl aan gaan kunnen, zal de kans dat de operatie leidt tot voldoende gewichtsverlies groter worden.

Morbide obesitas wordt gezien als chronische ziekte. Dit houdt in dat de patiënt niet in staat is om zelf zoveel gewicht te verliezen en de leefstijl vol te houden. Daarom is multidisciplinaire begeleiding van diëtist, bewegingsdeskundige, arts en psycholoog zeer belangrijk. Het natraject zal nog minstens vijf jaar moeten duren, bij voorkeur levenslang.

Op dit moment specialiseren verschillende ziekenhuizen in Bariatrische Chirurgie. Dit maakt dat ze kunnen investeren in het aanschaffen van aangepaste materiele benodigdheden zoals aangepaste weegschalen, aangepaste stoelen en aangepaste bedden. Ook kunnen ze het team uitbreiden met gespecialiseerde artsen, obesitas verpleegkundigen et cetera. Bewezen is des te meer operaties worden uitgevoerd in een ziekenhuis en des te meer operaties worden uitgevoerd per chirurg, hoe minder kans op complicaties. De kwaliteit verbeterd.

4. Wat zijn resultaten per maagverkleinende operatie op basis van medisch-inhoudelijke uitkomstindicatoren?

In Nederland worden voornamelijk de gastric bypass, gastric sleeve en de maagband uitgevoerd. De maagband wordt tegenwoordig maar in enkele gevallen aangeraden. Dit omdat blijkt dat binnen 10 jaar nog steeds complicaties kunnen ontstaan. Zo ernstig dat de maagband weer verwijderd moet worden. In bijna 50% van de gevallen heeft er een RE-DO operatie plaats moeten vinden. De maagband wordt verwijderd en er komt een gastric bypass voor in de plaats.

Dankzij de verbeterde techniek van het laparoscopisch opereren in plaats van een open buik operatie, treden er veel minder complicaties op. Mede dankzij deze ontwikkeling is de gastric bypass populair geworden. Deze operatie belooft 20% meer gewichtsverlies van het overgewicht dan de maagband en leidt op de langere termijn (2 jaar) tot meer gewichtsverlies dan de maagband.

Het is bekend dat groot gewichtsverlies leidt tot vermindering of verlies van diabetes, slaapapneu, hoge bloeddruk en een hoog cholesterol. In het adviesrapport is een tabel opgenomen die de verschillende operaties met elkaar vergelijkt op basis van de complexiteit van de ingreep, de resultaten in het gewichtsverlies en de voordelen die het met zich meebrengt. Hieruit is goed te

zien waarom de maagband aangeraden wordt aan mensen met een lagere BMI en bijvoorbeeld de Duodenale Switch pas echt bij mensen met een zeer hoge BMI.

Ook blijkt dat er gekeken moet worden naar het voedingspatroon van de patient. Een maagband zal niet veel helpen als iemand veel calorierijk vloeibaar voedsel en drank consumeert. Het helpt alleen zodat een persoon minder kan eten.

Inmiddels is er al weer een nieuwe techniek op de markt als behandelmethode voor ernstig overgewicht. 'De pacemaker'. Deze techniek is minder risicovol en geeft goede resultaten. Wel kost het ongeveer evenveel geld als de maagverkleinende operaties. Dit geeft aan hoeveel onderzoek nog gaande is op dit gebied en dat de kennis over de resultaten van de technieken nog bijgesteld kan worden.

5. *Wat zijn resultaten per maagverkleinende operatie op basis van patiënt-georiënteerde uitkomstindicatoren?*

Voor patiënten is de Kwaliteit van Leven zeer belangrijk. Bekend is dat met obesitas een verminderde kwaliteit van leven en depressies gepaard gaan. De operaties brengen verschillende bijwerkingen met zich mee. Als mensen in één keer veel eten, komt het vaak voor dat mensen moeten braken of dat het zogenaamde dumping syndroom ontstaat.

Door het gewichtsverlies geven mensen aan dat ze weer energie krijgen en daardoor weer mee kunnen komen met de maatschappij. Dit geeft zoveel voldoening dat het de negatieve effecten overschaduwet. De kwaliteit van leven neemt daardoor zeer toe.

Een groot probleem bij het snelle gewichtsverlies is de huidoverschot. Dit beperkt het bewegen en het beter voelen. Doordat de huid tegen elkaar aan schuurt ontstaan er wonden. In Nederland bestaan er criteria wanneer iemand in aanmerking komt voor een correctie, maar deze criteria is zo streng dat maar een klein gedeelte van de patiënten in aanmerking komt. De patiënten pleiten ervoor dat deze operatie in meerdere gevallen vergoed wordt.

6. *Welke visies bestaan er van stroming voor en tegen de bariatrische chirurgie?*

In principe zijn er vanuit professionals geen meningen die lijnrecht tegenover elkaar staan. Wel geven artsen aan dat maar in 1% van de gevallen leefstijlinterventie werkt en dat daardoor voor het overgrote deel van de mensen Bariatrische Chirurgie de beste optie is. Jaap Seidell, die meegewerkt heeft aan de Zorgstandaard van de PON, geeft aan dat leefstijlinterventie in meerdere gevallen kan werken en dat patiënten meer gebruik moeten kunnen maken van ketenzorg. In eerste instantie de minder dure en minder ingrijpende interventie en dan opbouwen. Zodra het echt niet meer anders kan, dan Bariatrische Chirurgie. Nu is de zorg zo ingericht dat mensen gemakkelijker kunnen kiezen voor een operatie en dit wordt gezien als een makkelijke oplossing, terwijl het grote consequenties heeft voor de leefstijl.

De gedeelde mening is dat de patiënt zelf verantwoordelijk is voor het overgewicht. Wel vinden deskundigen dat de zorg zo ingericht moet zijn dat mensen begeleiding kunnen krijgen bij het afvallen. Morbide obesitas wordt gezien als chronische ziekte. Dit houdt ook in dat de patiënt zelf niet meer gemakkelijk van het overgewicht af kan komen door bijvoorbeeld tijdelijk een dieet te volgen.

7. *Welke kosten gaan gepaard met het Bariatrisch Behandeltraject?*

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft berekend voor Zembla dat in 2008 ongeveer 8,5 miljoen aan Bariatrische Chirurgie is uitgegeven. In 2010 was dit 30,5 miljoen, verviervoudigd dus. In 2012 is ongeveer een verdubbeling verwacht van het aantal uitgevoerde operaties in Nederland. Het is dus mogelijk dat dit uitkomt op ongeveer 61 miljoen.

De kosten per operatie zijn als volgt: Maagband ongeveer €5.000,-; Gastric bypass €8.000,-; Duodenale Switch €10.000,-. De gemiddelde kosten komen voor Menzis in de periode van 2007 - 2010 uit op ongeveer €7.500,- per jaar. De totale kosten zijn gestegen van €1,5 miljoen naar €5 miljoen. Omdat er voor de komende jaren een stijging verwachting wordt in het aantal uitgevoerde operaties, zullen de kosten ook toenemen. Op dit moment is er onvoldoende bekend over andere, minder dure behandelmethoden van morbide obesitas die ook op de lange termijn effectief zijn.

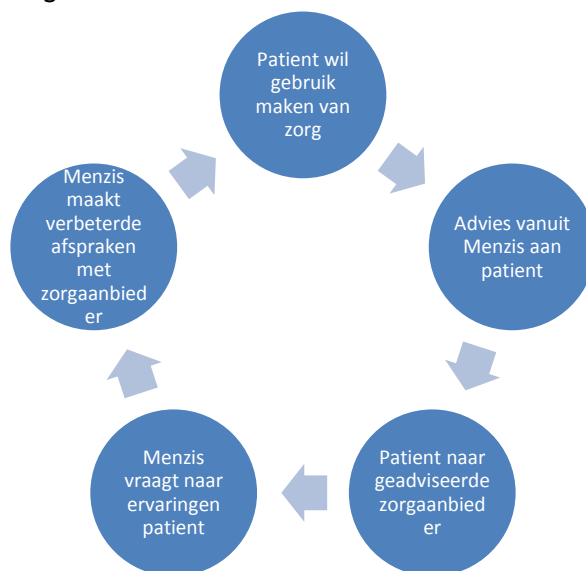
De centrale onderzoeksvraag van dit onderzoek is: *In welke mate kan Menzis bijdragen aan de (kosten)effectiviteit van het bariatrisch behandeltraject voor (potentiële) verzekerden van Menzis vanuit de rol als belangenbehartiger?*

Onderstaand zijn de aanbevelingen te lezen die op basis van de antwoorden op de subvragen een antwoord geven op de centrale onderzoeksvraag.

13 Aanbevelingen

Verbetering Communicatie richting patiënt

Het inkoopproces van bariatrische chirurgie verloopt vanuit Menzis goed. Er worden duidelijke afspraken gemaakt met zorgaanbieders waar de patiënt baat bij heeft. Het proces kan nog verbeteren op het gebied van het borgen van de afspraken en het communiceren naar de patiënt. Als Menzis in de toekomst de rol van belangenbehartiger nog beter wil vervullen is het belangrijk om te communiceren naar de patiënt waar kwalitatief hoogwaardige en betaalbare zorg wordt geleverd. Ook is het belangrijk om van de patiënt terug te horen hoe die de zorg heeft ervaren en waar het nog verbeterd zou kunnen worden. Zo kan het proces blijvend verbeterd worden en ontstaat de cyclus zoals in Figuur 34.



Figuur 34. Afspraken, Borgen, Communiceren

De beoordeling vanuit de zorgverzekeraar of iemand in aanmerking komt voor een vergoeding voor de correctieoperaties (voor huidoverschot) gebeurt op dit moment nog erg subjectief. Het hangt af van wie er beoordeeld. Belangrijk is dat de communicatie tussen de personen binnen Menzis die dit beoordelen goed verloopt en dat er afstemming plaatsvindt over wanneer goedkeuring wordt verleend.

TopZorg predicaat Bariatrische Chirurgie

Kwaliteit is zeer belangrijk op het gebied van bariatrische chirurgie. Vanuit Menzis wordt er kritisch gekeken naar de kwaliteit in bepaalde ziekenhuizen op dit gebied en op basis daarvan worden afspraken gemaakt. De komende jaren neemt de vraag naar operaties toe. Het is belangrijk dat de verzekerden van Menzis gebruik kunnen maken van deze zorg, omdat het in de basisverzekering zit. Verschillende ziekenhuizen in Nederland zijn zich al aan het specialiseren op dit gebied en daar worden al meer operaties uitgevoerd. Het is belangrijk dat Menzis rekening houdt met deze ontwikkeling, zodat zij mogelijk ook andere zorgaanbieders kan contracteren als dat nodig mocht zijn.

Ook de patiënten geven aan dat ze kwaliteit belangrijker vinden dan de reisafstand. Daarom is het belangrijk om te communiceren aan de verzekerde waar zij terecht kan voor deze kwaliteit. Voor de verzekerden is het nog niet altijd duidelijk waar zij terecht kan. Het TopZorg predicaat is een duidelijk communicatiemiddel voor verzekerden dat zij weten waar ze terecht kunnen. Kanttekening bij de bariatrische Chirurgie is dat er nog niet voldoende lange termijn resultaten bekend zijn over de kwaliteit, waardoor het lastig is om goede criteria op te stellen waaraan zorgaanbieders moeten voldoen.

Samenwerking met andere partijen

Tijdens het onderzoek gaven verschillende partijen aan dat ze bezig zijn met het ontwikkelen van bepaalde initiatieven, zoals e-health, waarbij de zorg voor patiënten kwalitatief gelijk blijft, maar waarbij overbodige kosten verlaagd kunnen worden. Zorgaanbieders gaven aan dat ze hierbij best willen samenwerken met de zorgverzekeraar om naar dit soort verbeteringen te kijken. Op dit moment is er nog veel onbekend op dit gebied van lange termijn resultaten. Het is daarom goed om vanuit de zorgverzekeraar de samenwerking op te zoeken met andere partijen om tot betere resultaten te komen. Ook op het gebied van onderzoek kunnen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten(verenigingen) elkaar goed aanvullen. Kennisdeling met andere stakeholders kan processen verbeteren en efficiënter maken. Door inzicht vanuit andere invalshoeken te combineren met de eigen kennis kan Menzis een betere belangenbehartiger worden op dit gebied.

Zorgaanbieders hebben een zorgplicht zodra een patiënt deel uitmaakt van hun behandeltraject. Het is echter op dit moment vrij aan de patiënt om te bepalen of die gebruik maakt van therapie of niet. Uit een onderzoek blijkt dat de effectiviteit van een behandeltraject hoger is bij mensen die gebruik maken van de aangeboden diensten, dan bij mensen die daar geen gebruik van maken. Het is daarom belangrijk om de therapietrouw te bevorderen. Ook dit werd aangegeven bij één van de zorgaanbieders, hoe mensen gemotiveerd kunnen worden om naar de bijeenkomsten te gaan.

Inzetten van Ervaringsdeskundigen

Patiënten geven aan dat ze behoefte hebben aan ervaringsdeskundigen in het behandeltraject. Ze voelen zich vaak niet begrepen door de behandelaars. Per patiënt is het verschillend waar ze behoefte aan hebben. Sommige patiënten vinden het fijn om in groepssessies te hebben in het voor- en natraject, zoals bij de Nederlandse Obesitas Kliniek. Door ervaringen te delen met andere patiënten voelen ze zich begrepen en ervaren ze geen schaamte. Andere patiënten geven aan dat ze meer individuele begeleiding zouden willen hebben. Psychologisch is het namelijk een zwaar proces en hebben de gevolgen van de operatie een grote impact op het leven.

Mogelijkheid hiervoor is om zelf ervaringsdeskundigen in dienst te nemen die actief vragen beantwoord van patiënten. Ook is het mogelijk om via de website te verwijzen naar dit soort mogelijkheden.

Verbeteren inzicht informatie

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van het databestand van Menzis. Omdat de registratiebetrouwbaarheid niet volledig is, is het goed om de informatie in de toekomst te

combineren met informatie vanuit zorgaanbieders. Deze informatie mag een zorgverzekeraar opvragen en leidt er toe dat Menzis op basis van haar gegevens goede zorg kan inkopen in gebieden waar het nodig is.

Onderzoek mogelijkheden programma's BMI -40

Dit onderzoek was specifiek gericht op de effectiviteit van de bariatrische chirurgie. Wel is uit dit onderzoek gebleken dat er op dit moment onvoldoende, verzekerde alternatieve behandelmethoden worden aangeboden. De Zorgstandaard van de PON wil dat er voor mensen met morbide obesitas ketenzorg mogelijk wordt. In eerste instantie wordt er dan gebruik gemaakt van minder intensieve, minder dure zorg met als het echt niet anders meer kan, bariatrische chirurgie. Mogelijk kiezen patiënten nu te snel voor de uiterste optie, omdat deze voor hen vergoed wordt. Om kosten te beheersen is het belangrijk om onderzoek te doen naar alternatieven die in de toekomst aangeboden kunnen worden.

Vanuit Menzis wordt er veel gedaan op het gebied van preventie, wat bewezen effectief is. Ook wil Menzis graag bevorderen dat patiënten eerst gebruik maken van eerstelijnszorg. Daarom is het belangrijk om afspraken te maken met huisartsen over welke begeleiding zij kunnen bieden. Ook is de informatievoorziening van huisartsen niet altijd optimaal. Omdat Menzis veel verzekerden heeft in de gebieden waar overgewicht sterk aanwezig is, is het goed om te onderzoeken of het effectief is om leefstijlprogramma's aan te bieden.

14 Discussie

Beantwoording onderzoeksvragen

Door de combinatie van de verschillende methoden voor gegevensverzameling was het mogelijk om vanuit verschillende perspectieven de onderzoeksvraag te benaderen. De doelstelling van het onderzoek was om de kennis te vergroten over het patiëntenperspectief bij de Bariatrische Chirurgie in Nederland. Om een goed advies te kunnen geven aan Menzis was het echter ook belangrijk om vanuit de literatuurstudie en vanuit deskundigheid van onderzoekers en artsen te laten zien wat mogelijk is en wat niet mogelijk is in de verbetering van de effectiviteit. Met deze informatie is in de vorm van conclusie en aanbevelingen een goed antwoord verkregen op de onderzoeksvragen.

Doelstelling

Met het uitvoeren van het onderzoek en het beantwoorden van de onderzoeksvragen is de doelstelling behaald. Wel was de doelstelling in het begin van het onderzoek breed opgezet. Er is ontzettend veel gaande in de onderzoeksweld op het gebied van obesitas, een effectieve behandelmethode en de bariatrische chirurgie. Daarom is het belangrijk voor Menzis om in de toekomst op de hoogte te blijven van deze ontwikkelingen en daarop in te spelen.

Validiteit en Betrouwbaarheid

Door de combinatie van verschillende onderzoeksmethoden is het grootste gedeelte van de informatie valide gebleken. Elke keer bevestigde een deel van de informatie het andere deel vanuit een andere bron.

Voor het databestand van Menzis waren geen gegevens beschikbaar waarmee de data vergeleken kon worden. Ook is beschreven in een rapport van Zichtbare Zorg dat de registratiebetrouwbaarheid niet optimaal is. Dit is ook gebleken uit het doen van de analyses. Op basis van selectiecriteria is een zo valide en betrouwbaar mogelijk beeld van het aantal verzekerden dat een maagverkleinende operatie heeft ondergaan en de daaraan verbonden kosten verkregen. In de toekomst is het voor Menzis belangrijk om op basis van de informatie vanuit het databestand en vanuit zorgaanbieders deze informatie up-to-date te houden.

Aanvullende informatie

Vanuit het patiëntenperspectief in het eigen onderzoek werd meerdere malen aangegeven dat een eigen bijdrage bij de operatie zou kunnen bijdragen aan de motivatie van een patiënt om er werkelijk voor te gaan. Sommige patiënten gaven namelijk aan dat er nog regelmatig patiënten door de screening heen komen zonder dat deze werkelijk door hebben wat voor impact het heeft. Jaap Seidell en Dr. Acherman gaven aan dat een eigen bijdrage ook een drempel kan creëren dat mensen gebruik kunnen maken van deze zorg. Dat betekent dat de mensen die het echt nodig hebben en niet het geld er voor hebben daar de dupe van worden. Dit is dus een onderwerp waar nog enige discussie over gaande is.

15 Bibliografie

- Hoe om te gaan met bariatrisch chirurgische patienten. (2005, juni). Opgeroepen op juni 2012, van nbmf: http://nbmf.nl/Uploads/Docs/NBMF_jun2005_2.pdf
- Afasie Vereniging Nederland. (sd). *Afasie*. Opgeroepen op Mei 2012, van Afasie Vereniging Nederland: <http://www.afasie.nl/new/?cat=afasie>
- AmCOOGG. (2002, 3 13). *Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids (zorg) onderzoek: Kwalitatief Onderzoek*. Opgeroepen op April 2012, van Amsterdams Centrum Onderzoek naar Gezondheid en Gezondheidszorg. Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC- UvA: http://www.emgo.nl/kc/preparation/research%20design/Richtlijnen%20Kwalitatief%20Onderzoek_AmCOGG.pdf
- America, C. o. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A new Health Care System for the 21st Century*. Washington DC: National Academy Press.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness. The guiding vision of mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11 - 23.
- Baarda, D., & de Goede, M. (2006). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Basticom. (2010- 2012). *Wat is NAH*. Opgeroepen op Mei 2012, van NAH Zorg: <http://nahzorg.nl/wat-is-nah>
- BMIrekenmachine. (2012). *BMI rekenmachine*. Opgeroepen op 2012, van <http://bmirekenmachine.nl/>
- Born, A. (2010). *Help! Ik wil een maagband*. Amsterdam: DRS.
- Born, A. (2012, Februari 29). Ervaringsdeskundige Maagverkleining. (d. J. Hertog, Interviewer)
- CBS. (2011). *Bevolkingspiramide*. Opgeroepen op 2012, van Centraal Bureau voor de Statistiek: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/cijfers/extra/piramide-fx.htm>
- CBS. (2011). *Gezondheid en Welzijn*. Opgeroepen op 2012, van CBS: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2011/default.htm>
- CBS. (2011). *Landelijke Cijfers inwoners*. Opgeroepen op 2012, van Centraal Bureau voor de Statistiek: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/cijfers/default.htm>
- CBS. (2012). *Verschillen naar afkomst*. Opgeroepen op 2012, van Centraal Bureau voor de Statistiek: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3514-wm.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010, Juni 15). *What are the Leading Causes of TBI?* Opgeroepen op Mei 2012, van Injury Prevention & Control: Traumatic Brain Injury : <http://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/causes.html>
- CHE. (2011/2012). *Onderwijsgids. Verpleegkunde*. Ede.
- CHE. (2012). *Onderwerpen meesterproef 2e semester 2011-2012*. Ede: Christelijke Hogeschool Ede.
- Consulting, A. (2011). *Gouden Driehoek*. Artertia Consulting.
- Contact, M. (2008). *Bariatrische Chirurgie neemt vlucht in Nederland*. Opgeroepen op 2012, van Medisch Contact: <http://medischcontact.artsennet.nl/Nieuws-26/Tijdschriftartikel/24683/Bariatrische-chirurgie-neemt-vlucht-in-Nederland.htm>
- Croiset van Uchelen, F., & Slooter, G. (2005). Biedt een maagverkleining soelaas voor grote eters? *Medisch Journaal*, 157-164.
- Croiset van Uchelen, F., & Slooter, G. (2006). Biedt een maagverkleining soelaas voor grote eters? *Medisch Journaal*, 1-8.
- CVZ. (2012, Mei 31). Presentatie Menzis Pakketkwesties. Wageningen.
- CZ. (2012). *Verantwoordingsdocument Voorkeursbeleid Bariatrische Chirurgie 2011-2012*.
- Doig, E. F. (2001). Patterns of community integration 2-5 years post-discharge from brain injury rehabilitation . *Brain Inj*, 15, 747 - 762.
- Dr. D.B. Baarda, D. M. (2009). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgeves BV.
- Drs. J.J. Haamers, B. &. (2011). *Eindrapport CE Accolade Zorggroep. Ervaring van cliënten van de Kuip Accolade Zorggroep. Gemeten met de CE index*.
- E. Bruinius, z. (2010, 2 4). NAH - Onze zorg!?! *Doelgroepenbeleid Accolade Zorggroep*. Rubriek HKZ. Versie 1.
- Elliot, V. (2012, April). *How many bariatric surgeries are taking place*. Opgeroepen op Juni 2012, van American Medical Association: <http://www.ama-assn.org/amednews/2012/04/23/bisa0423.htm>
- foobie. (2008). *Steeds meer tieners zoeken de oplossing voor hun overgewicht in een operatie terwijl ze junkfood blijven eten*. Opgeroepen op Mei 2012, van foobie.nl:

- <http://artikelen.foobie.nl/gezondheid/steeds-meer-tieners-zoeken-de-oplossing-voor-hun-overgewicht-in-een-operatie-terwijl-ze-junkfood-blijven-eten/>
- Frans Verberk, M. d. (2006). *Verpleegkunde volgens het Neuman System Model. 4e herziene druk*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
- Gastricbypassforum. (2011, 12 25). *Menzis ervaringen*. Opgeroepen op 2012, van Forum2go: <http://gastricbypass.forum2go.nl/menzis-ervaringen-t4972.html>
- Geenen, R., & Larsen, J. (2005, juni). *Hoe om te gaan met bariatrisch chirurgische patienten*. Opgeroepen op juni 2010, van nbmf: http://nbmf.nl/Uploads/Docs/NBMF_jun2005_2.pdf
- Gemini Ziekenhuis. (2002 - 2012). *Informatie over dysartrie*. Opgeroepen op April, Mei 2012, van www.cva-samenverder.nl
- Geurtsen, V. M. (2004). Brain Integration: Holistisch secundaire revalidatie bij mensen met een niet-aangeboren. *Neuropraxis* 08, 74-81.
- gezonderafvallen. (2008, Augustus 20). *Maagverkleining nu ook bij kinderen*. Opgeroepen op 2012, van gezonderafvallen: <http://www.gezonderafvallen.nl/page/1274/maagverkleining-kinderen.html>
- Greve, J. e. (2011). De chirurgische behandeling van morbide obesitas bij kinderen. *Tijdschrift voor kindergeneeskunde*, 104-108.
- Habbema, J., Casparie, A., Mulder, J., & Rutten, F. (1989). *Medische Technology Assessment en gezondheidsbeleid*. Alphen aan den Rijn: Samson Stafleu.
- Health, A. M. (2010, Oktober 1). *Why Men Suffer More Acquired Brain Injury*. Opgeroepen op Mei 2012, van Menshealth.About.com: <http://menshealth.about.com/library/bltrauma.htm>
- Herman Sixma, M. H. (2008, November 1). *Handboek CQI Ontwikkeling: Richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQI meetinstrument*. Opgeroepen op April, Mei 2012, van Handboek CQI Meetinstrument. Versie 2.0: <http://www.nivel.nl/pdf/Handboek-CQI-Ontwikkeling.pdf>
- Heylen, A., & Lybeer, M. (2012). *Resultaten na een gastric bypass*. Opgeroepen op Februari 5, 2012, van Hely: <http://www.hely.net/resultaten.html>
- Horchner, R., & Schweitzer, D. (2011). Moe na een gastric bypass. *Medisch Contact*, 1957-1960.
- IASO. (2004). *Obesity in children and young people: a crisis in public health*. Opgeroepen op 2012, van IASO: http://www.iaso.org/site_media/uploads/Report.pdf
- Jeugdjournaal. (2012, Januari 26). *Steeds meer kinderen te dik*. Opgehaald van Jeugdjournaal: <http://jeugdjournaal.nl/item/334538-steeds-meer-kinderen-te-dik.html>
- Johnson, J. &. (2006). *bariatrische chirurgie*. Opgeroepen op Februari 5, 2012, van sagb maagband: <http://www.sagbmaagband.nl/chirurgie/bariatrischechirurgie.html>
- jojoclub. (2009, Oktober 3). *Maagverkleinende operaties stijgende na wanprestaties in Emmen*. Opgeroepen op 2012, van jojoclub-afslanken: <http://www.jojoclub-afslanken.com/2009/10/03/maagverkleinende-operaties-stijgende-na-wanprestaties-in-emmen/>
- jojoclub. (2011, Feburuari 22). *Maagband voor zwaarlijvige pubers*. Opgeroepen op 2012, van jojoclub-afslanken: <http://www.jojoclub-afslanken.com/2011/02/22/maagband-voor-zwaarlijvige-pubers/>
- jojoclub. (2011, Juni 29). *Maagverkleining beter dan maagband*. Opgeroepen op 2012, van jojoclub-afslanken: <http://www.jojoclub-afslanken.com/2011/06/29/maagverkleining-beter-dan-maagband/>
- K. Smet, K. V. (2011 - 2012). *Uitwerken van activiteiten op maat voor personen met NAH aan de hand van een zelfontworpen leidraad*. Opgeroepen op April, Mei 2012, van Katholieke Hogeschool Limburg. KHL im. Academie jaar 2011- 2012 Bachelor in de orthopedagogie - 3de opleidingsfase: www.khlim.be
- Kempen, P., & Keizer, J. (2006). *Competent Afstuderen en stagelopen, een advieskundige benadering*. Groningen: Noordhoff Uitgevers BV.
- Kruis, A. Z. (2012). *Obesitas operatie*. Opgeroepen op Februari 2012, van Zilveren Kruis: <http://www.zilverenkruis.nl/consumenten/zoek-een-zorgverlener/kwaliteitsnormen/Pages/obesitas-operaties.aspx>
- Langenhoff, B. e. (2008). *Bariatrische Chirurgie in Nederland. GAVscoop*, 38.
- Leden van het consortium Cognitive Revalidatie. Boelen, D. e. (2007, December). Richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet- aangeboren Hersenletsel. Consortium Cognitieve Revalidatie.
- Leden van het consortium Cognitive Revalidatie. Boelen, D. et al. (2007, December). Richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet- aangeboren Hersenletsel. Consortium Cognitieve Revalidatie.

- Lindeman, N. R. (2005, November 23). *Kwalitatief onderzoek Participerende observatie. Dictaat kwalitatief onderzoek*. Opgeroepen op April 2012, van Radboud University Nijmegen: [http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20\(2005\)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf](http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20(2005)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf)
- Livingston, E., & Fink, A. (2003). 'Quality of Life' Cost and Future of Bariatric Surgery. *ArchSurg*, 383-388.
- Marlon, D. W. (1999). *Traumatic Brain Injury*. New York: Thieme Medical Publishers.
- MCL. (2012). *Centrum voor Obesitas Nederland*. Opgeroepen op 2012, van Medisch Centrum Leeuwarden: <http://www.centrumvoorobesitasnederland.nl/>
- MCL. (sd). *de Maagband of Lapband*. Opgeroepen op Februari 6, 2012, van Centrum voor Obesitas Nederland: <http://www.centrumvoorobesitasnederland.nl/gezond-afslanken/maagband/>
- Mediacourant. (2012, Maart 21). *Reinout Oerlemans verkoopt Obese aan 125 landen*. Opgehaald van Mediacourant: <http://www.mediacourant.nl/?p=125584>
- Menzis. (2010). *Financieel Jaarverslag*. Wageningen: Menzis.
- Menzis. (2012). *Co-creatie*. Wageningen.
- Menzis. (2012). *Vergoeding van chirurgische ingrepen bij overgewicht*. Opgeroepen op Februari, van Menzis: <http://www.menzis.nl/web/Consumenten/Vergoedingen/VergoedingenAZ/Overgewicht.htm>
- Mitka, M. (2011). FDA Action Allows more obese patients to qualify for a bariatric procedure. *JAMA*, 1287-1288.
- MLD. (2012). *Duodenal Switch*. Opgeroepen op Januari 15, 2012, van MaagleverdarmStichting: <http://www.mlds.nl/>
- NIDDK. (2009). Bariatric Surgery for severe Obesity. *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney diseases*, 1-6.
- NRC. (2008, Februari 2). In vijf jaar tijd kregen jaarlijks viermaal zoveel mensen een maagbandje. *NRC Handelsblad*.
- nu.nl. (2011, Oktober 4). *Vijf ziekenhuizen op zwarte lijst CZ*. Opgeroepen op 2012, van nu.nl: <http://www.nu.nl/binnenland/2632710/vijf-ziekenhuizen-zwarte-lijst-cz.html>
- NVAZ. (1999). Verzet bij mensen met een verstandelijke handicap in het kader van de Wet Medische - Wetenschappelijk Onderzoek met Mensen. *Tijdschrift van de Vereniging van Artsen in de Zwakzinnigenzorg*, p. Nummer 17 (3).
- NVvH. (2011). *Richtlijn Morbide Obesitas*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.
- NZa. (2011). *Stand van de zorgmarkten*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Ouwehand, M. (2012). *Afwijzing ontslag morbide obesitas*. Opgeroepen op Mei 2012, van Wieringa Advocaten: www.rechtnieuws.nl
- Overgewicht, K. (2009). *Classificatie Overgewicht*. Opgeroepen op 2012, van Obesitas Info: <http://www.overgewicht.org/Overovergewicht/Diagnostiek/tabid/70/Default.aspx>
- OVV. (2011). *'Vernieuwing op Drift' Onderzoek naar aanleiding van calamiteiten maagverkleiningsoperaties Scheper Ziekenhuis*. den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid.
- Palm, J. (2005). *Omgaan met hersenletsel. Hulp bij een veranderd leven*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Patiëntenvoorlichting, C. e. (2008, Juli). *Communicatiestoornissen bij niet-aangeboren hersenletsel*. Opgehaald van www.olvg.nl
- PON. (2010). *Zorgstandaard Obesitas*. Amsterdam: Partnerschap Overgewicht Nederland.
- Powned. (2012, Januari 31). *Dure verzekering voor dikkerds*. Opgehaald van Powned: http://www.powned.tv/nieuws/binnenland/2012/01/dure_verzekering_voor_dikkerds.html
- Raad van Bestuur, Accolade Zorggroep. (2012, 12 1). *Woon- zorgvisie. Accolade Zorggroep*. Rubriek HKZ. Versie 2.0.
- Ramshorst, B., & Greve, J. (2007). Maagverkleining meest effectieve hulpmiddel bij obesitas. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 3.
- Riele, W. t. (2011). *Clinical outcome of gastric banding and gastric bypass in morbidly obese patients*. Hilversum: Gildeprint drukkerijen.
- Rijksoverheid. (2012). *Basisverzekering*. Opgeroepen op 2012, van Rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/basisverzekering>
- RIVM. (2006). *Zorgkosten van ongezond gedrag voor euro's -3*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM. (2006). *Zorgkosten van ongezond gedrag zorg voor euro's -3*. Bilthoven: RIVM.
- RIVM. (2009). *Nota Overgewicht*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM. (2010, Maart 22). *Lichaamsgewicht*. Opgeroepen op 2012, van Nationaal Kompas Volksgezondheid:

- <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/lichaamsge wicht/beschrijving/>
- RIVM. (2011). *Nederland de Maat genomen 2009-2010 RIVM*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM. (2012). *Lichaamsgewicht Verschillen sociaaleconomisch*. Opgehaald van Nationaal Kompas: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/lichaamsge wicht/verschillen-sociaaleconomisch/>
- Schippers, E. (2011, 12 24). *Beantwoording kamervragen maagoperaties*. Opgeroepen op 1 10, 2012, van Zembla: http://zembla.vara.nl/Nieuws-detail.2624.0.html?&tx_ttnews%5Btt_news%5D=54614&cHash=0d90f52bff058e95fb0e8854fc34c3b1
- Schouten, R. (2011). *Clinical Evaluation of the surgical and the endoscopic treatment of morbid obesity*. Olsterwijk: BoxPress.
- Seidell, J. (2011). *Tegenwicht Feiten en Fabels over overgewicht*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Seidell, J. (2012, Maart 19). Operatieve behandeling van Morbide Obesitas. (J. d. Hertog, Interviewer)
- SFG. (2012). *Bariatrische Chirurgie*. Opgeroepen op 2012, van Sint Franciscus Gasthuis: www.sfg.nl/smartsite.dws?id=2441
- Slotervaart. (2012). *Bariatrische Chirurgie*. Opgeroepen op 2012, van Slotervaartziekenhuis: <http://www.slotervaartziekenhuis.nl/bariatrische-chirurgie/Overons.aspx>
- Slotervaartziekenhuis. (2012, Maart 19). Voorlichting Maagverkleining. Amsterdam.
- Smit, K. &. (2012). *De onderzoeksvragen*. Opgeroepen op Februari 15, 2012, van Onderzoekspraktijk: http://www.onderzoekspraktijk.net/nl/stap_4_de_onderzoeksvragen
- Telegraaf. (2011, November 8). *Afvallen met maagpacemaker*. Opgeroepen op 2012, van Telegraaf: http://www.telegraaf.nl/vrouw/gezond_leven/10883670/_Afvallen_met_maagpacemaker_.html
- Telegraaf. (2011, November 24). CZ schrapt 5 ziekenhuizen voor obesitaszorg. *Telegraaf*.
- Telegraaf. (2011, December 20). *Maagoperaties zijn effectief*. Opgeroepen op 2012, van Telegraaf: <http://www.mlds.nl/nieuws/actualiteiten/689/maagoperaties-helpen-tegen-overgewicht-en-zijn-veilig/>
- tipsbijafvallen. (2012). *Maagverkleining*. Opgeroepen op Februari 4, 2012, van tipsbijafvallen: <http://www.tipsbijafvallen.nl/maagverkleining.php>
- TNO. (2010). *De vijfde landelijke groeistudie*. Zeist: TNO.
- Tros. (2012, Februari 10). *Obesitas reden voor ontslag?* Opgeroepen op 2012, van Een vandaag: http://www.eenvandaag.nl/gezondheid/39744/obesitas_reden_voor_ontslag_
- Tubantia. (2010, 10 1). *Menzis gebruikt ook zwarte lijst*. Opgeroepen op 2012, van Twentse Courant Tubantia: <http://www.tctubantia.nl/regio/twente/7382653/Menzis-gebruikt-ook-zwarte-lijst.ece>
- UMC St Radboud, I. h. (2012). *Indicatorgids Bariatrische chirurgie zichtbare zorg Uitvraag 2012 over verslagjaar 2011*. den Haag: Zichtbare Zorg Ziekenhuizen.
- University Hospital Leuven. (sd). *Informatie brochure Dysfagie*. Opgeroepen op Mei 2012, van University Hospital Leuven : <http://www.uzleuven.be/files/revalidatiecentrum/dysfagie.pdf>
- V&V, P. (2012, Maart). *V&V 2020 Deel 3. Beroepsprofiel Verpleegkundige*. Opgeroepen op Juni 2012, van VenVN.
- V&VN, L. (2011, November 24). *Meerjarig strategisch beleidsplan 2012 - 2015*. Opgehaald van <http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=EX7jPoZ5ip8%3d&tabid=1447>
- Valks, A. (2011, December 21). *Oorzaken*. Opgeroepen op Mei 2012, van NAH Netwerk Zuidoost Brabant: http://www.nahzobrabant.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=50
- Veiligheid, O. v. (2011). *Vernieuwing op Drift, onderzoeksrapport Schepers Ziekenhuis Emmen*. den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Volkscrant. (2010, September 22). Opgeroepen op Februari 10, 2012, van <http://www.volkscrant.nl/vk/nl/2672/Wetenschap-Gezondheid/article/detail/1026392/2010/09/22/Ziekenhuis-Emmen-stopt-met-maagverkleining.dhtml>
- Volkscrant. (2011, November 11). Opgeroepen op Februari 10, 2012, van <http://www.volkscrant.nl/vk/nl/5270/Zorg/article/detail/3028504/2011/11/11/Schippers-hervormt-de-zorg-grondig-Goedkoper-beter-anders.dhtml>

- Volkskrant. (2011, November 11). *Opgeroepen op Februari 15, 2012, van* <http://www.volkskrant.nl/vk/nl/5270/Zorg/article/detail/3029182/2011/11/11/Maagverkleiningen-zijn-booming-business.dhtml>
- Weekblad, P. (2011, November 17). *Verzekeraars nog steeds stevig in regio*. Opgeroepen op Mei 1, 2012, van Stichting Farmaceutische Kengetallen: <http://www.sfk.nl/afbeeldingen/2011-46-f1>
- Wikipedia. (2012). *Maagverkleining*. Opgeroepen op Juni 2012, van Wikipedia: <http://nl.wikipedia.org/wiki/Maagverkleining>
- Witteveen, E. (2007). *Goeie snap van elkaar*. Amersfoort: Hogeschool Utrecht.
- wlsinfo. (sd). *Gastric Sleeve*. Opgeroepen op 2012, van wlsinfo: <http://www.wlsinfo.nl/page26.php>
- Woods, P. (2006). *Qualitative Research. Faculty of Education, University of Plymouth*. Opgeroepen op April 2012, van <http://www.edu.plymouth.ac.uk/resined/qualitative%20methods%202/qualrshm.htm>
- Zembla. (2011, November 11). *Aantal maagverkleinende operaties stijgt sterk*. Opgeroepen op Februari 2012, van Zembla Vara: http://zembla.vara.nl/Nieuws-detail.2624.0.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=52739&tx_ttnews%5BbackPid%5D=1973&cHash=7cd34de18ebb50aef396ca2c3f92b962
- Zembla. (2011, November 11). *Slank in één dag*. Opgeroepen op Januari 10, 2012, van hebikietsgemist.nl: <http://www.hebikietsgemist.nl/aflevering/80614/nederland-1/zembla/slank-in-een-dag.html>
- Zorgatlas. (2010). *Ontwikkeling (ernstig) overgewicht*. Opgeroepen op Juni 2012, van Zorgatlas: <http://www.zorgatlas.nl/beinvloedende-factoren/lichamelijke-eigenschappen/ernstig-overgewicht-2005-2008/>
- Zorgvisie. (2011, November 24). *CZ sluit 5 ziekenhuizen uit van chirurgie bij obesitas*. Opgeroepen op Februari 9, 2012, van <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/12743/CZ-sluit-5-ziekenhuizen-uit-van-chirurgie-bij-obesitas.htm>

Bijlage 1 Verklaring van begrippen

Tabel 7. Verklaring van begrippen (OVV, 2011)

Begrip	Uitleg
Bariatric	Wetenschap van de medische begeleiding van de toename en de vermindering van het lichaamsgewicht
Bariatrische chirurgie	Chirurgie die als doel heeft het gewicht te verminderen. Mensen die obesitas zijn nemen veel meer voedingsstoffen op dan ze dagelijks kunnen hebben. Door er voor te zorgen dat er minder voedingsstoffen (kunnen) worden opgenomen dan voor de operatie verliest de patiënt gewicht. Dit kan bereikt worden met bariatrische chirurgie.
Complicatie	Een onbedoelde en ongewenste uitkomst tijdens of volgend op het handelen van een zorgverlener, die voor de gezondheid van de patiënt zodanig nadelig is dat aanpassing van het (be)handelen noodzakelijk is dan wel dat sprake is van onherstelbare schade.
Duodenale Switch	Bij deze operaties wordt de maag verkleind en maakt de chirurg een omleiding. Een groot deel van de dunne darm wordt hierdoor 'buiten werking' gesteld, waardoor voedingsstoffen minder goed opgenomen worden. Door de verkleinde maag heeft de patiënt sneller en verzadigd gevoel.
Gastric bypass	Gastric Bypass is een operatie waarbij de maag wordt verkleind en het spijsverteringskanaal wordt omgelegd. Letterlijk betekent de term omzeilen van de maag. Met deze ingreep kunnen ernstige vormen van overgewicht behandeld worden, vooral de z.g. morbide obesitas.
Gezondheidsrisico	Een verhoogde kans op het optreden van een voor de patiënt ongewenste uitkomst ten aanzien van het fysiek, psychisch of sociaal functioneren. Obesitas is in zichzelf een gezondheidsrisico
Heelkunde	Operatieve geneeskunde, chirurgie
Laparoscopie	De inspectie van de buikholte op een minimaal invasieve manier.
Maagband	Een band die wordt aangebracht rond het bovenste deel van de maag. De band vernauwt de maag en verdeelt deze in een kleiner en een groter deel
Medisch specialist	Een arts die zich na de universitaire basisopleiding geneeskunde heeft gespecialiseerd in een orgaan(systeem), of een deel of richting daarvan.
Morbide obesitas	Zeer ernstig overgewicht, waarbij sprake is van gezondheidsschade als gevolg van dit overgewicht.
Mortaliteit	Sterfte, sterftecijfer
Naadlekkage	Een lekkage van de naad op een gehechte plaats. De situatie kan leiden tot interne infecties en kan levensbedreigend zijn.
Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH)	De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde heeft zich de bevordering van de heelkunde ten doel gesteld alsmede de behartiging van de belangen van de als heelkundige gevestigde artsen (algemeen chirurgen). Bijna alle in Nederland geregistreerde en praktiserende chirurgen zijn lid.
Obesitas	Het hebben van ernstig overgewicht; vetzucht. Andere veel gebruikte termen zijn ernstig en zeer ernstig overgewicht
Sleeve resectie	Een groot deel van de (linkerkant van de) maag wordt chirurgisch verwijderd. Het volume van de maag wordt hiermee aanzienlijk verkleind.
Zorgaanbieder	Een vrijgevestigde beroepsbeoefenaar of zorginstelling waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst voor het leveren van zorg sluit.
Zorgverzekeraar	Een verzekeringsonderneming als bedoeld in de eerste richtlijn schadeverzekering, voor zover deze zorgverzekering aanbiedt of uitvoert.

Bijlage 2 Verantwoording Methodologie Databestand & Vragenlijst

15.1 Verantwoording Databestand

Het databestand is aangeleverd door de afdeling Kwaliteit en Ondersteuning. Op basis van de gegevens die wij hebben aangevraagd en de kennis van de afdeling zelf zijn de gegevens gecombineerd die nodig waren voor het doen van analyses betreffende dit onderzoek.

In één bestand staan op basis van de DBC-codes de verzekerden van Menzis die waarschijnlijk een maagverkleinende operatie hebben ondergaan. Waarschijnlijk, omdat de registratie binnen Nederland de laatste jaren niet altijd goed verlopen is. Er ontstond verwarring over de te gebruiken DBC-code en sinds 2008 zijn er twee verschillende codes gekomen voor ten minste vijf verschillende maagverkleinende operaties. Daarnaast is er een tijd lang de DBC-code gebruikt waar ook de operatie van de hernia diafragmatica op wordt gedeclareerd.

In het eerste bestand dat aangeleverd was zat dus nog veel 'rotzooi'. Op basis van verschillende criteria is dit bestand 'zuiver' gemaakt. Zo is bijvoorbeeld bekend dat de maagverkleinende operatie vooral bedoeld is voor mensen tussen de 18 - 60 jaar, met enkele uitzondering tm 65 jaar. Deze leeftijdsgrens is dan ook aangehouden bij het selecteren van de verzekerden. Verder kon er op basis van het ziekenhuis ook gecontroleerd worden of de operatie daar wel werd uitgevoerd. Echte twijfelgevallen werden er ook uitgefilterd. Beter zo zuiver mogelijke uitspraken over de mensen waar het zeer aannemelijk is dat ze een maagverkleinende operatie hebben gehad, dan gevallen waar het niet zeker van is. Ziekenhuizen zoals Stichting Gewicht op Maat daarvan is bijna zeker dat die alleen maagverkleinende operaties uitvoeren. Ziekenhuis Rijnstate waar het een onderdeel van is, had zelf ook een aantal gedeclareerde operaties in het bestand staan. Deels kunnen dit maagverkleinende operaties zijn, maar ook hernia diafragmatica. In het bestand stonden ongeveer 200 mensen die overleden waren tijdens of na de operatie. Dit is een vrij groot aantal mensen, waardoor het aannemelijk is dat deze mensen niet allemaal een maagverkleinende operatie hebben gehad.

Het bestand loopt van 2006 - 2011. Voor 2006 was er een ander soort registratiesysteem en waren de eisen bij bariatrische chirurgie ook nog niet zo streng. Vanaf 2011 is er ook een nieuw registratiesysteem gekomen. Deze gegevens waren nog beschikbaar.

Het tweede bestand dat we ontvingen was met de medische historie van deze mensen. Op basis van het **extern nummer uitvoerder** konden de twee bestanden aan elkaar gekoppeld worden. Omdat in de medische historie werkelijk alle medische kosten zitten wat maar te bedenken is, is bij de analyse vooral gekeken naar bepaalde aandoeningen die kenmerkend zijn voor obesitas, zoals diabetes, slaapapneu, gewrichtsklachten, hoog cholesterol en hart- en vaatziekten.

Patiënten die een tumor aan hun maag hebben krijgen ook een maagverkleinende operatie en deze wordt op dezelfde DBC-code geregistreerd. Aan de hand van de medische historie kon gezien worden dat mensen bepaalde medicatie hadden voor kanker. Het is aannemelijk dat deze mensen niet geopereerd zijn ten behoeve van overgewicht, dus ook deze mensen konden uit het bestand gefilterd worden.

Op aanvraag kan er meer informatie over de verantwoording worden gegeven.

15.2 Verantwoording Enquête

Ontwikkeling Enquête

De enquête is ontwikkeld op de afdeling portfoliomanagement. Uit de literatuurstudie en internetsearch bleek dat er nog weinig bekend was over het perspectief van de patiënt bij deze operatie. In Nederland bestaat de CQ-index. Dit is een vragenlijst die officieel is opgezet en daardoor valide en betrouwbaar is. Deze vragenlijst vraagt echter niet zozeer naar ervaringen, maar naar objectieve factoren. Zoals: 'Was er een obesitas verpleegkundige aanwezig'. Daarom is er gekozen voor het ontwikkelen van een enquête die meer op de ervaring van de patiënt ingaat. Zodra de concept enquête klaar was, is deze gestuurd naar vijf verschillende mensen om feedback te geven. Eén persoon die een maagverkleinende operatie heeft ondergaan, één persoon die zich binnen Menzis vaker heeft bezig gehouden met marktonderzoek, twee dames die werken op de afdeling marketing en één directiesecretaresse. Al deze mensen hebben de enquête voorzien van feedback en de opmerkingen zijn meegenomen bij het verbeteren. In de enquête zijn zo min mogelijk open vragen opgenomen, zodat het voor de analyse gemakkelijker zou zijn om conclusies te trekken.

Enquête verspreiden

De onderzoeksgroep waarvoor de enquête in eerste instantie bedoeld was, waren verzekerden van Menzis die een maagverkleinende operatie ondergaan hebben. Ten eerste bleek het niet volledig mogelijk te zijn om deze mensen meteen uit het databestand te halen. Ten tweede bleek het niet mogelijk te zijn om deze mensen zomaar te benaderen in verband met de privacy van de verzekerden.

Daarom is er gekozen om de doelgroep breder te trekken en de onderzoekspopulatie te betrekken op: 'Mensen in Nederland die een maagverkleinende operatie hebben ondergaan'. Het precieze getal van deze populatie is niet bekend. Deze groep bevindt zich door heel Nederland. Om ze te bereiken moest er een middel worden gezocht die kon leiden tot zoveel mogelijk spreiding.

Een mogelijkheid was om de enquêtes te verspreiden bij de ziekenhuizen. Om een zo betrouwbaar mogelijk beeld te krijgen, moest er of bij alle ziekenhuizen een enquête verspreid worden of moest er een steekproef worden genomen. Als de enquête namelijk bij 1 ziekenhuis wordt verspreid, dan meet je de resultaten van dat ziekenhuis en niet van de mensen in Nederland in het algemeen.

In eerste instantie werd er gedacht aan het plaatsen van een advertentie in een landelijke krant. Daar zijn echter kosten aan verbonden. Door Menzis werd hier toestemming voor verleent, maar daarbij was het wel de vraag of daarmee de mensen werden bereikt die bereikt moesten worden. Bij de Obesitas Vereniging (die meer met de doelgroep te maken heeft) kon een advertentie worden geplaatst in de nieuwsbrief en in de magazine. Ook hier waren kosten aan verbonden.

Op internet zijn er verschillende forums waar mensen actief zijn die een maagverkleinende operatie hebben ondergaan. Op deze forums kan in principe iedereen komen en dus ook iedereen meelesen. Omdat er op zo'n forum al gauw 3000 mensen lid zijn (waarvan zo'n 50 - 100 actief) was dit ook een mogelijkheid om respons te werven. Op deze forums zijn mensen lid die door heel Nederland wonen en naar verschillende ziekenhuizen gaan. Het doel van de enquête was om verschillen te kunnen dekken in ervaringen bij verschillende ziekenhuizen. Omdat de resultaten van de enquête niet alleen het hoofddoel was, maar onderdeel van een breed onderzoek is er gekozen voor dit middel, omdat er geen kosten aan verbonden waren en toch de mogelijkheid had op een groot aantal respondenten. Mocht dit niet voldoende opleveren, dan was het alsnog mogelijk om een advertentie te plaatsen.

Resultaten analyse

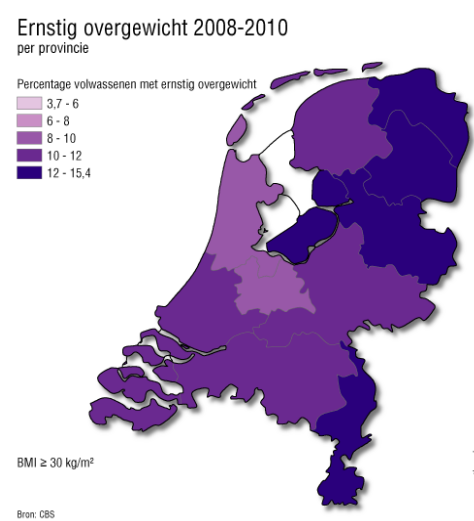
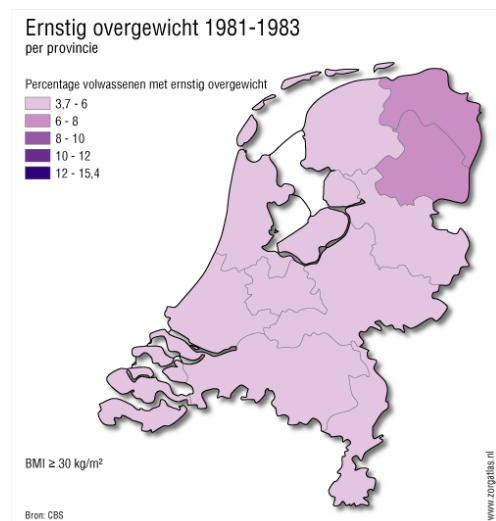
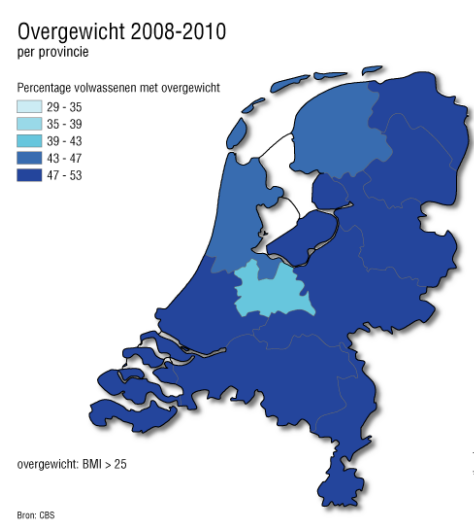
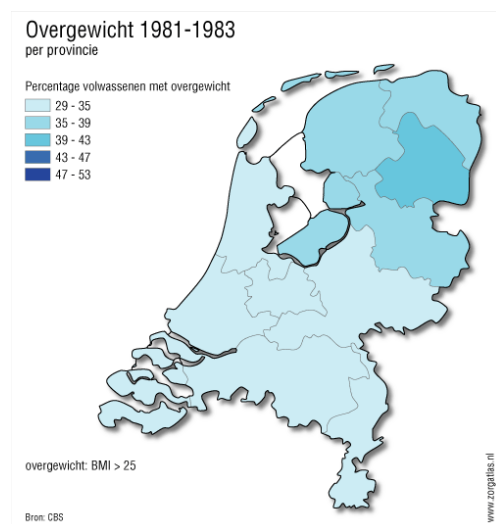
Er hebben in totaal 159 mensen op de enquête gereageerd, waarvan 19 mensen de enquête niet volledig hebben ingevuld en zijn afgehaakt. Vijf mensen hebben ingevuld dat ze geen maagoperatie hebben ondergaan t.b.v. ernstig overgewicht. In totaal zijn er 135 mensen die reacties hebben

ingevuld waar een analyse op gedaan kon worden. De gemiddelde leeftijd van deze respondenten was 42 jaar, daarvan waren 91,1% vrouw en 8,9% was man. Uit onderzoek blijkt dat er meer vrouwen dan mannen een maagverkleinende operatie ondergaan, maar dit is wel een groot verschil. Uit de antwoorden bleek dat van de mensen die gereageerd hebben, 2007 het jaartal was dat het langst geleden was dat iemand een operatie had ondergaan. Dit kan komen doordat mensen die in de laatste jaren de operatie hebben gehad actiever zijn op het forum en er misschien meer belang bij hebben dat de zorgverzekeraar iets met hun input doet. Daarnaast had 43% van de respondenten de operatie in 2011 ondergaan, 25,2% in 2010 en 13,3% in 2009.

Van de respondenten had 15,6% een maagband, 14,1% een gastric sleeve en 80,7% een gastric bypass ondergaan. Dit laatste kan kloppen, omdat de gastric bypass de laatste jaren veel meer wordt uitgevoerd door de verbeterde techniek. Het grootste deel van de respondenten heeft de operatie in het Medisch Centrum Leeuwarden en in het Slotervaart ziekenhuis Amsterdam ondergaan, beide 18%. Daarna was het Catharina Ziekenhuis Eindhoven.

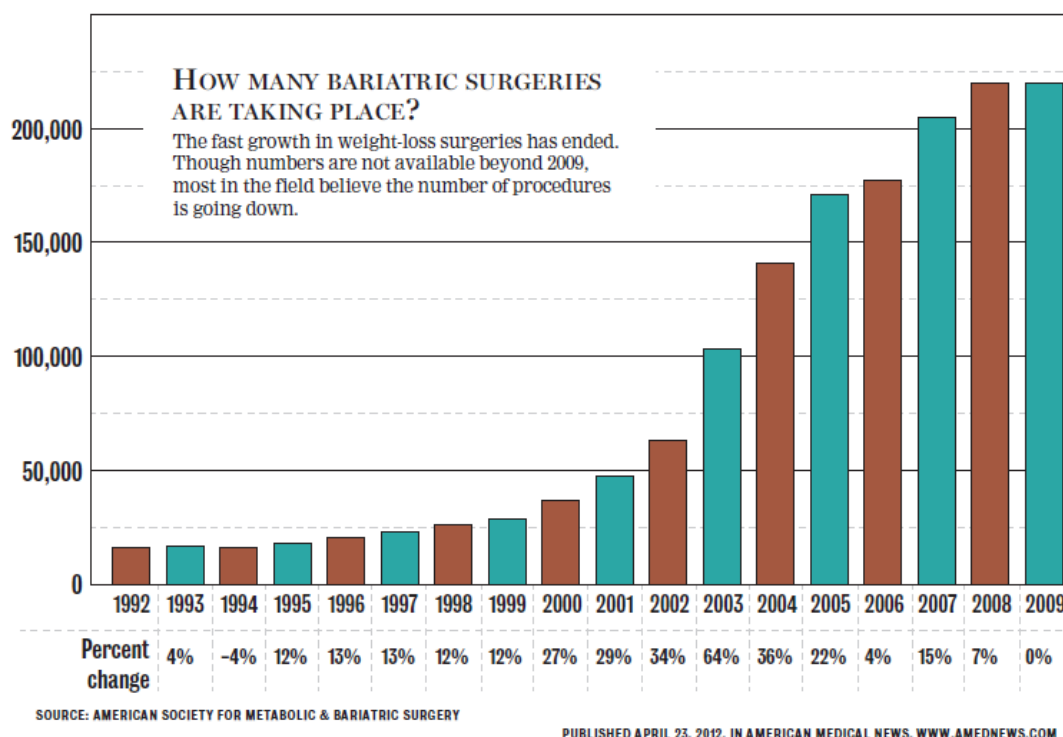
Bij het analyseren van de resultaten is er rekening mee gehouden dat de respondenten achteraf antwoorden invullen over beslissingen die ze voor de operatie hebben genomen. Bijvoorbeeld bij het beoordelen van de Kwaliteit van Leven zullen respondenten die achteraf heel positief zijn de kwaliteit van leven vooraf slechter beoordelen dan de mensen die nu negatief zijn over hun kwaliteit van leven.

Bijlage 3 (Ernstig) Overgewicht per provincie, ontwikkeling 1981 - 2010



(Zorgatlas, 2010)

Bijlage 4 Cijfers Amerika



(Elliot, 2012)

Bijlage 5 Cijfers Nederland

Jaartal	Aantal operaties	Aantal ziekenhuizen
2000	564 (NRC, 2008)	28
2002	600 (Geenen & Larsen, 2005)	
2004	1000 (Langenhoff, 2008)	
2005	2070 (NRC, 2008)	48
2006	3000 (Langenhoff, 2008)	
2007	3500 (CZ, 2012)	
2008	5000 (Wikipedia, 2012)	
2011	6000 (Zembla, Aantal maagverkleinende operaties stijgt sterk, 2011)	
2012	10.000 (voorspelt)	

Bijlage 6 Samenvatting Onderzoek Kwaliteit van Leven

Summary of Quality of Life (QOL) Clinical Trials Evaluating the Effect of Surgery*

Source	Type of Operation	Length of Follow-up, mo	% of Follow-up	Study Design	Main Effect
Rand and Macgregor, ⁵⁰ 1991	Restrictive procedures	36	NA	Retrospective	Distress
Rae and Cleator, ⁵¹ 1993	Ileogastrostomy	25	77	Retrospective	Multiple QOL improvements despite significant adverse effects from malabsorption
Hawke et al., ⁵² 1990	Restrictive procedures	36	77	Prospective	Improved employability, happiness, and self-image at the expense of increased smoking
van Gemert et al., ⁵³ 1998	VBG and RYGB	86	NA	Cross-sectional	Improved mobility and employability; effects decrease with time
Choban et al., ⁵⁴ 1999	RYGB	18	66	Prospective	Multiple domains improve with some exceeding measures for control populations
Temple et al., ⁵⁵ 1995	RYGB	6	100	Prospective	RYGB improved QOL more than any other general surgical operation
Hafner et al., ⁵⁶ 1991	Restrictive procedures	NA	70	Retrospective	Improved sexual function, difficulty adjusting to new eating pattern immediately following surgery
Freys et al., ⁵⁷ 2001	LASBG	24	39	Prospective	Improved QOL despite high complication rate
Dixon et al., ⁵⁸ 2002	LASBG	12	47	Prospective	Greatest preoperative disability is in physical functioning that is restored following weight loss
Nguyen et al., ⁵⁹ 2001	Laparoscopic and open RYGB	12	100	Randomized prospective	Similar improvement in QOL with both procedures
Dymek et al., ⁶⁰ 2002	RYGB	12	NA	Cross-sectional	Improved QOL observed within weeks of surgery

Abbreviations: LASBG, laparoscopic adjustable Siliatic gastric banding; NA, not applicable; RYGB, Roux-en-Y gastric bypass; VBG, vertical band gastroplasty.
 *Values refer to the percentage of patients available for follow-up relative to the initial number of patients who were enrolled in the study.

Bijlage 7 Informed Consent Slotervaartziekenhuis

Dit document bevat informatie over de ingreep die u binnenkort zal ondergaan en werd door uw behandelende chirurg met u doorgenomen. Door het te ondertekenen geeft u aan van deze informatie op de hoogte te zijn en geen bezwaar te hebben tegen de operatie. Alle informatie in dit document hebt u reeds eerder kunnen lezen in de patiëntenfolder “Informatiefolder Bariatrische Chirurgie van het Slotervaart Ziekenhuis” die u geruime tijd geleden hebt ontvangen. U bevestigt de informatie in de betreffende folder reeds eerder op de polikliniek chirurgie te hebben besproken.

Informed Consent Bariatrische Chirurgie Slotervaartziekenhuis Amsterdam

Datum:

Patient:

Chirurg:

Aard bariatrische operatie:

Wachtlijst / Geplande operatiedatum:

Ik ga ermee akkoord dat de bovenstaande operatie bij mij wordt uitgevoerd. Mijn beslissing om een operatie uit te voeren omwille van mijn overgewicht heb ik weloverwogen genomen. Ik ben uitgebreid geïnformeerd over de verschillende aspecten van de operatie en van het leven daarna en heb voldoende tijd en mogelijkheid gehad deze met mijn behandelende chirurg te bespreken. Ik ben mij ervan bewust dat er andere manieren zijn om van mijn overgewicht af te komen dan door middel van een operatie en die zonder risico's gepaard gaan.

Ik heb uit eigen wil besloten deze operatie uit te laten voeren en ben mij er van bewust dat ik op elk moment tot aan de operatie deze kan weigeren.

Ik ben mij ervan bewust dat, net als alle andere operaties, een operatieve ingreep voor overgewicht niet zonder risico is. Er kunnen complicaties optreden, ook ernstige complicaties die in zeldzame gevallen zelfs kunnen leiden tot overlijden. Deze risico's heb ik afgewogen tegen de mogelijke risico's van mijn overgewicht. Een operatie voor overgewicht kan immers een gunstig resultaat hebben op mijn gezondheid en op mijn levensverwachting.

Ik weet dat de operatie niet de enige behandeling is van overgewicht. Het is wel een behandeling van overgewicht waar een risico aan zit. Ik heb eerder met onvoldoende blijvend resultaat pogingen gedaan om van mijn overgewicht af te komen alvorens een operatie te overwegen. Mijn chirurg heeft mij de mogelijkheid geboden voor andere behandelingen van mijn overgewicht dan een operatie, waarbij ook begeleiding vanuit het Slotervaartziekenhuis kon worden geboden.

Ik ben niet jonger dan 18 jaar of ouder dan 65 jaar. Ik lijd aan ziekelijk overgewicht, of morbide obesitas. De indicatie om een operatie voor de morbide obesitas uit te voeren is mij door mijn behandelend chirurg uitgelegd. Het is mij duidelijk dat de indicatie is gesteld in een multidisciplinair overleg, dat wil zeggen door specialisten van verschillende disciplines die mij vooraf hebben onderzocht.

De operatie op zich is niet een garantie voor blijvend gewichtsverlies. Ik zal er zelf ook veel voor moeten doen. Als de operatie de rest van mijn leven succesvol moet blijven, en dat is mijn bedoeling, dan moet ik de rest van mijn leven hard aan het gewichtsverlies blijven werken. Daarbij wil ik de operatie gebruiken om mij te helpen. Ik ben met andere woorden bereid mijn leven te veranderen. Dagelijks plaats maken voor lichaamsbeweging is daarbij het meest effectief. Ik weet dat in sommige gevallen na de operatie het overgewicht kan blijven bestaan. Het effect van de operatie is minder goed als ik te vaak op een dag zou eten, als ik tijdens de maaltijd teveel zou drinken of voeding zou eten met teveel calorieën.

Ik ben ervan op de hoogte dat er na de operatie tekorten aan vitaminen of bouwstoffen kunnen ontstaan in mijn lichaam met eventueel ernstige gevolgen en besef dat het daarom van belang is mij levenslang regelmatig te laten controleren door artsen.

De chirurg heeft met mij de verschillende bariatrische operaties besproken.

- De operatie die ik zal ondergaan is een restrictieve ingreep die er voor zorgt dat ik minder kan eten door de inname van voedsel te beperken, waardoor ik kan afvallen.
- De operatie die ik zal ondergaan is (ook) een malabsorbtieve ingreep die er voor zorgt dat de voeding die ik eet minder wordt verteerd en opgenomen in mijn lichaam.

De operatie wordt in principe laparoscopisch uitgevoerd, maar tijdens de laparoscopische operatie kan door de chirurg worden besloten over te gaan tot een open operatie.

Ik ben mij bewust van de risico's van de operatie en weet dat alle ernstige of minder ernstige complicaties van een operatie in het algemeen zwaardere gevolgen kunnen hebben bij overgewicht dan bij patiënten zonder overgewicht. De chirurg heeft met mij de volgende risico's van de operatie en van de gevolgen van de operatie besproken:

Overlijden. Longembolie. Trombose. Buikvliesontsteking. Naadlekkage. (Na)bloedingen. Wondinfecties. Longontsteking en ademhalingsproblemen. Urineweginfecties. Afsluiting van de darmen door vergroeiingen of een inwendige darmbreuk. Blokkering van de passage van voedsel. Dumping syndroom. Lactose-intolerantie. Haaruitval. Verandering van smaak of lichaamsgeur. Diarree. Tekorten aan vitaminen. Uitdroging. Ondervoeding. Maagzweer. Huidoverschotten. Lever- of alvleesklierfalen. Gal-, nier- of blaasstenen.

Ik zal de rest van mijn leven vitaminesupplementen moeten nemen en door middel van bloed afnamen zal regelmatig moeten worden gecontroleerd of ik niets tekort kom in mijn lichaam. Zonodig zullen medicijnen worden voorgeschreven of extra dieet adviezen worden gegeven.

Het werd mij aangeraden in de wachtperiode voor de operatie al te beginnen met afvallen door middel van dieet en beweging en te stoppen met roken.

De operatie werd mij voldoende duidelijk uitgelegd, waarbij de chirurg ook een tekening heeft gemaakt.

Over het algemeen is de gastric bypass effectiever dan de maagband. De maagband-operatie is minder ingewikkeld dan de gastric bypass. Het overlijdensrisico van de maag-bandoperatie is het laagst van alle bariatrische operaties. De maagband is reversiebel. De maagband kan er immers ook weer uit worden gehaald. Hoewel er bij een gastric bypass niets van maag of darmen wordt weggehaald is de gastric bypass in principe niet reversiebel.

Ik ga ermee akkoord dat mijn medische gegevens zowel voor als na de operatie worden opgeslagen voor verdere verwerking en in anonieme vorm eventueel ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek.

Akkoord Patiënt:

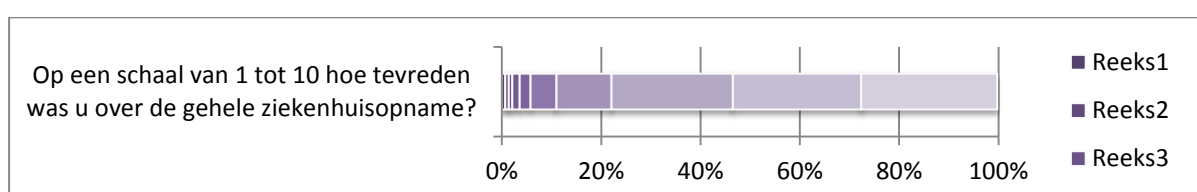
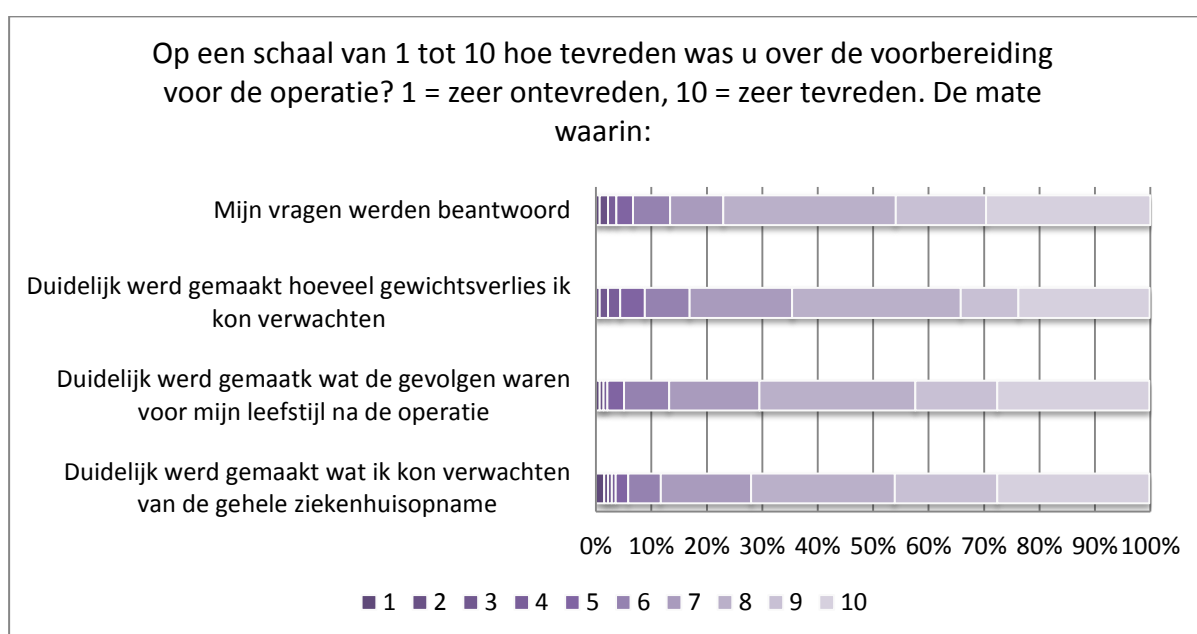
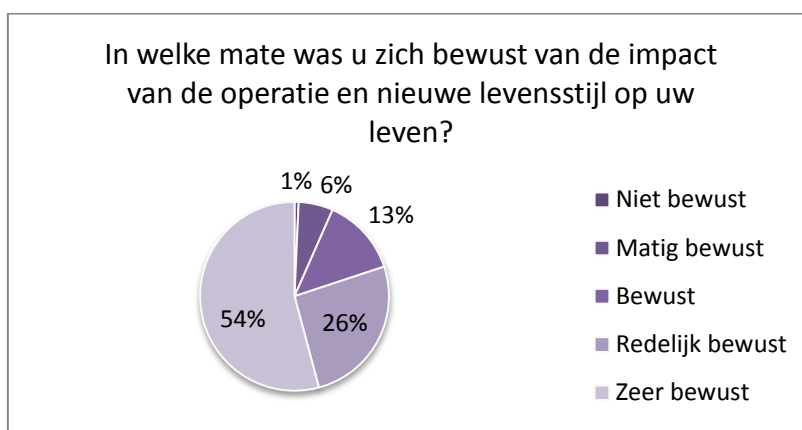
Akkoord Chirurg:

Bijlage 8 Onderzoeksresultaten andere studies op mortaliteit en complicaties

Belangrijkste uitkomsten van de gebruikte studies						
Auteur	Aantal patiënten	Parameters	Volume-effect chirurg	Omslagpunt chirurg (patiënten per jaar)	Volume-effect ziekenhuis	Omslagpunt ziekenhuis (patiënten per jaar)
Holenbeek	14.716	Mortaliteit en complicaties	Ja	50	Ja	100
Murr	19.174	Mortaliteit en complicaties	Ja	20-40	Ja	20-40
Niguyen	24.166	Mortaliteit en complicaties	Niet gerapporteerd		Ja	100
Courcoulas	4685	Mortaliteit en complicaties	Ja	10-50	Ja/nee*	
Weller	7868	Complicaties	ja	100	Ja	150
Carbonell	5876	Mortaliteit en complicaties			Nee	
Liu	16.232	Complicaties			Ja	100
Flum	3328	Mortaliteit	Ja			
Flum	16.155	Mortaliteit	Ja	36-70		
Livingston	51.842	Mortaliteit			Ja**	
Livingston	19.363	Mortaliteit en complicaties			Ja**	500
*Alleen significante verschillen tussen ziekenhuisvolumes indien gestratificeerd naar chirurgenvolume						
**De volume-uitkomsten is wel significant maar als niet klinisch relevant beschouwd						

Brauw M de, Klaasen R, Janssen I. maagverkleining vergt veel ervaring, MC 2009 64 nr 43, 752-1755

Bijlage 9 Overige Resultaten Enquête



Bijlage 10 Vragenlijst Enquête

Deze enquête is opgezet in opdracht van zorgverzekeraar Menzis. De enquête heeft als doel het in kaart brengen van de ervaringen van patiënten op het gebied van maagverkleiningsoperaties. Met deze informatie kan het traject zo mogelijk verbeterd worden.

Leeftijd:

Geslacht: m/v

Woonplaats:

1. Heeft u een maagoperatie ondergaan ten behoeve van ernstig overgewicht? Ja/nee
2. Is er sprake geweest van een re-do operatie? (omdat de eerste operatie niet tot het gewenste resultaat heeft geleid?) ja/nee
3. Welke operatie heeft u ondergaan? (indien sprake van re-do, dan laatste operatie aankruisen)
 - ☐ Maagband
 - ☐ Gastric bypass
 - ☐ Gastric Sleeve
 - ☐ Duodenal Switch
 - ☐ Scopinaro
 - ☐ Anders namelijk ...
4. In welk jaartal heeft u deze operatie ondergaan?
5. In welk ziekenhuis heeft u deze operatie ondergaan?
6. Wat was voor u de uiteindelijke reden dat u heeft gekozen voor een operatie als behandeling van het ernstig overgewicht?
7. In welke mate hadden de volgende factoren invloed op de beslissing om de operatie uit te laten voeren? (range zeer veel invloed - weinig invloed)
 - Bereikbaarheid van het ziekenhuis
 - Kwaliteit van het ziekenhuis op het gebied van maagverkleinende operaties
 - Goede begeleiding bij het traject
 - (volledige) vergoeding van de operatie
 - Risico's van de operatie
 - Uiteindelijk gewichtsverlies
 - Verminderen klachten en aandoeningen
8. Was u voor de operatie bekend met de risico's van de operatie? Ja/nee
9. Kunt u aangeven wat de oorzaken zijn geweest voor uw overgewicht schaal 1 t/m 5? (Meerdere antwoorden mogelijk)
 - a. Erfelijke aanleg
 - b. Weinig tot geen beweging
 - c. Voeding, type eten
 - d. Medicatie
 - e. Schildklieraandoening
 - f. Zwangerschap
 - g. Overig, namelijk
10. Hoeveel afvalpogingen van 4 weken of langer heeft u gedaan in de 5 jaar voor de operatie voordat u uiteindelijk koos voor een operatie? 1 - 5 of meer
11. Is er sprake geweest van het jo-jo effect bij uw afvalpogingen? Ja/nee
12. Hoeveel weken heeft uw langste afvalpoging geduurd?

13. Hoeveel kilo's gewichtsverlies heeft uw langste afvalpoging voor de operatie opgeleverd?
14. Had u voor de operatie last van de volgende kwalen? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Diabetes
 - Slaapapneu
 - Hoog cholesterol
 - Gewrichtsklachten
 - Hart- en vaatziekten
 - Leverproblemen
 - Nierproblemen
 - Anders, namelijk ...
15. Van welke van de volgende kwalen heeft u nog steeds last? (meerdere antwoorden mogelijk)
- Diabetes
 - Slaapapneu
 - Hoog cholesterol
 - Gewrichtsklachten
 - Hart- en vaatziekten
 - Leverproblemen
 - Nierproblemen
 - Anders, namelijk ...
16. Zijn er bij de operaties complicaties opgetreden? Zo ja, welke? ...Open...
17. Op een schaal van 1 tot 10 hoe tevreden was u over **de voorzorg** bij de operatie
- De mate waarin mijn vragen werden beantwoord.
 - De mate waarin duidelijk werd gemaakt wat ik kon verwachten van de gehele ziekenhuisopname.
 - De mate waarin duidelijk werd gemaakt wat de gevolgen waren voor mijn leefstijl na de operatie.
 - De mate waarin er duidelijk werd gemaakt hoeveel gewichtsverlies ik kon verwachten.
18. Op een schaal van 1 tot 10 hoe tevreden was u over **de gehele ziekenhuisopname**?
19. Op een schaal van 1 tot 10 hoe tevreden was u over **de nazorg** bij de operatie?
- De mate waarin ik begeleiding kreeg op het gebied van voeding
 - De mate waarin ik begeleiding kreeg op het gebied van beweging
 - De mate waarin de begeleiding effect had op het gebied van voeding
 - De mate waarin de begeleiding effect had op het gebied van beweging
 - De mate waarin ik begeleiding kreeg op het gebied van tempo en intensiteit van afvallen
 - De mate waarin ik werd gemotiveerd om op de lange termijn de gezonde leefstijl vol te houden
 - De mate waarin ik heb geleerd om te gaan met een nieuwe levensstijl
 - De mate waarin mijn vragen werden beantwoord
20. Op een schaal van 1 tot 10 hoe tevreden bent u over **het resultaat** van de operatie?
- Het gewichtsverlies tot nu toe
 - De mate waarin me het lukt om de gezonde leefstijl vol te houden
 - Kunt u dit toelichten?
21. Als u naar de periode van de operatie tot nu kijkt, hoeveel procent gewichtsverlies heeft u dan nu?
22. Had u na de operatie nog last van het jo-jo effect? Ja/nee

23. Als u de kans had gekregen om af te vallen met intensieve begeleiding in plaats van de operatie, had u dan gekozen voor een operatie?
- a. Ja
 - b. Nee
 - c. Weet ik niet
24. Zou u de maagverkleiningsoperatie aan andere mensen met morbide obesitas aanbevelen?
- a. Ja
 - b. Nee
 - c. Toelichting
25. In welke mate bent u tevreden over de begeleiding die u kreeg van uw huisarts bij afvalpogingen voor de operatie? Range zeer ontevreden - tevreden. & nvt
26. In welke mate bent u tevreden over de informatievoorziening van uw huisarts over behandelmethoden voor uw overgewicht? Range zeer ontevreden - tevreden
27. In welke mate bent u tevreden over de informatievoorziening van uw huisarts over de operatieve behandelmethoden? Range zeer ontevreden - tevreden
28. Kunt u een cijfer geven tussen 1 tot 10 voor de kwaliteit van uw leven voor de operatie?
29. Kunt u een cijfer geven tussen 1 tot 10 voor de kwaliteit van uw leven na de operatie?
30. Kunt u toelichten waarom de kwaliteit van leven voor u is toegenomen of afgenomen na de operatie?

Als u Menzis een advies zou mogen geven over de dienstverlening bij het traject, wat zou u dan adviseren?

Menzis

Onderzoeksvoorstel Bariatrische Chirurgie

Opdrachtgever:
Evelien van der Vinne
Menzis Zorgverzekeraar

Docentbegeleider:
Karsten van Slooten
Christelijke Hogeschool Ede

Student/Uitvoerder:
Jolijn den Hertog, 080107
Management, Economie en Recht
Christelijke Hogeschool Ede

22 februari 2012

Inhoudsopgave

Probleemstelling.....	2
Doelstelling.....	3
Relevantie	
Maatschappelijke relevantie.....	3
Wetenschappelijke relevantie.....	3
Onderzoeksvraag	
Centrale onderzoeksvraag.....	4
Subonderzoeksvragen.....	4
Operationalisatie kernbegrippen.....	4
Onderzoeksontwerp	
Literatuurstudie.....	5
Kwantitatieve analyse.....	6
Kwalitatieve analyse.....	7
Stakeholderanalyse.....	8
Validiteit en betrouwbaarheid.....	9
Referentiekader.....	10
Methodiek.....	10
Planning.....	10
Bibliografie.....	13
Bijlage 1	
Toelichting Boomdiagram.....	14
Boomdiagram Obesitas.....	15
Boomdiagram Bariatrische chirurgie.....	16

Probleemstelling

Vanuit de afdeling Portfoliomanagement van Zorgverzekeraar Menzis kwam de vraag om meer onderzoek te doen naar de bariatrische chirurgie. Deze behandelmethode van obesitas is opgenomen in de basisverzekering⁶. Bij Menzis kwam de constatering dat deze operatie vergoed wordt, maar dat ze eigenlijk weinig kennis hebben over de resultaten van de operatie.

De constatering kwam na een aflevering van Zembla over bariatrische chirurgie genaamd 'Slink in één dag'. (Zembla, 2011) In deze aflevering wordt er een negatief beeld geschetst van de resultaten van de operatie. Er komen verschillende mensen aan het woord die aangeven in de periode na hun operatie veel afgevallen te zijn, maar na enige maanden toch weer gewoon aankomen door het vervallen in het oude eetpatroon. De vraag ontstond dus, moeten wij deze operatie nog wel inkopen bij de zorgaanbieders en vergoeden voor onze cliënten?

In de laatste jaren is er op dit gebied veel gaande. In de afgelopen jaren zijn er kwaliteitseisen gesteld aan de operatie in Nederland door de Nederlandse Vereniging van Heelkunde. (NVvH, 2011) Hier moeten de ziekenhuizen aan voldoen voordat ze de operatie mogen uitvoeren. Deze kwaliteitseisen zijn gesteld naar aanleiding van de publiciteit rond het Scheper Ziekenhuis te Emmen waar in 2009 zeven mensen overleden zijn na een maagverkleiningsoperatie. (Volkskrant, 2010)

Ook moeten mensen tegenwoordig aan bepaalde eisen voldoen om de operatie te mogen ondergaan. Veel mensen zien deze operatie als een noodmiddel voor als het echt niet lukt om op een andere manier af te vallen. Andere mensen zien het als een gemakkelijk middel om van hun gewicht af te komen, zonder er zelf iets voor te hoeven doen.

Om te voorkomen dat mensen terug vallen in hun oude levensstijl is een langdurig en goed voor- en natraject van het ziekenhuis bij de operatie ook een belangrijk aspect geworden. Dit is namelijk even belangrijk als de operatie zelf.

De operatie zit in de basisverzekering en zorgverzekeraars hebben dan te maken met de zorgplicht. Dit houdt in dat zij met zorgaanbieders contracten moeten sluiten om hun verzekerde te kunnen doorwijzen wanneer nodig. Minister Schippers wil de marktwerking in de zorg stimuleren, waardoor de kwaliteit van zorg belangrijker wordt en zorgverzekeraars meer invloed kunnen uitoefenen. Zij mogen zelf weten bij welke zorgaanbieders zij de zorg inkopen (contracten sluiten) en bij welke niet. (Volkskrant, 2011)

Er zijn verschillende onderzoeken bezig naar de resultaten van de operatie en er is wetenschappelijk bewezen dat deze operatie de enige methode is die blijvend gewichtsverlies oplevert op de korte termijn. (Heylen & Lybeer, 2012) Toch zijn er nog steeds maar weinig onderzoeken afgerond die bewijzen dat de operatie voor blijvend gewichtsverlies zorgt op de lange termijn.

Uit mijn oriëntatiefase blijkt dat er weinig gegevens beschikbaar zijn over bariatrische chirurgie in Nederland betreffende de hoeveelheid operaties die uitgevoerd worden, bij welke ziekenhuizen en met welke resultaten. Ook is er weinig bekend bij de zorgverzekeraar over de ervaringen van patiënten met deze operatie.

In mijn afstudeeropdracht zal ik mij richten op dat gebrek aan gegevens. In het verdere plan van aanpak zal worden toegelicht op welke manier en met welk doel.

⁶ Dit wordt besloten door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is om in de periode van 10 januari 2012 tot en met 29 juni 2012 de kennis over bariatrische chirurgie binnen Menzis te vergroten. Deze kennis is specifiek gericht op:

- De ontwikkelingen binnen de onderzoekswereld
- Patiëntervaringen en de behoeftes van die patiënten uit Nederland bij het hele traject.
- Kwantitatieve gegevens/data over de operaties in Nederland (hoeveelheid, locatie en resultaten)

Op basis van deze informatie, dat gebundeld zal worden in een adviesrapport, moet Menzis over kunnen gaan tot acties op het gebied van contracteren, inkopen en vergoeden, zodat zij de rol van belangenbehartiger voor de klant nog beter kunnen vervullen op dit gebied.

Door middel van terugkoppelingsbijeenkomsten zullen stakeholders betrokken worden bij het onderzoek en kunnen zij bijdragen aan het verkrijgen van de gewenste resultaten voor Menzis.

Relevantie

Maatschappelijke relevantie

Het onderzoek is maatschappelijk relevant, omdat de bariatrie in Nederland volop in ontwikkeling is. Het aantal operaties stijgt per jaar en ook voor de komende jaren wordt hierin een stijgende trend verwacht. In 2000 werden er 564 operaties uitgevoerd in 28 ziekenhuizen, in 2005 waren dat er 2070 in 48 ziekenhuizen (NRC, 2008) en in 2011 waren dit al 6000 operaties. (Volkskrant, 2011)

Door de gebeurtenissen in het Scheper Ziekenhuis te Emmen in 2009, werden zorgaanbieders en zorgverzekeraars extra attent gemaakt hoe belangrijk de kwaliteit van deze operatie is. (Volkskrant, 2010) Zorgverzekeraar CZ kwam het afgelopen jaar regelmatig in het nieuws door de kwaliteitseisen die zij aan de zorgaanbieders gesteld hebben op dit vakgebied en daardoor met bepaalde zorgaanbieders geen contracten meer sloten. (Zorgvisie, 2011) Menzis heeft hier ook al een inhaalslag gemaakt, maar heeft de capaciteit niet om hier verder onderzoek naar te doen. Voor Menzis is het belangrijk om te weten of deze operatie daadwerkelijk effectief is en kwalitatief goed wordt uitgevoerd. Op basis hiervan kunnen zij een besluit nemen of zij de operatie willen blijven vergoeden en bij welke ziekenhuizen zij deze operatie kunnen inkopen. Op deze manier kan zij de beste zorg garanderen aan haar verzekerden.

De operatie heeft tot doel gewichtsverlies te krijgen en behouden. Tegenwoordig is er bijna bij elke aanbieder van bariatrische chirurgie een verplicht voor- en natraject aan verbonden. Toch komt het nog wel eens voor dat mensen toch weer aankomen. Als zorgverzekeraar wil je natuurlijk het liefst dat de mensen hun gewichtsverlies vast blijven houden. Het leidt namelijk tot een beter ziektebeeld en minder kosten. Als belangenbehartiger wil Menzis het beste voor de klant. Daarom is het belangrijk om inzicht te krijgen in welke behoeftes patiënten nou hebben bij dit traject, wat misschien net het verschil zou kunnen maken of zij het gewichtsverlies vasthouden.

Wetenschappelijke relevantie

Steeds meer mensen in Nederland hebben overgewicht. Onlangs verscheen er een rapport van het RIVM dat liet zien dat ongeveer 50% van de bevolking overgewicht heeft. (RIVM, 2011) Er zijn weinig resultaten bekend in de onderzoekswereld welke methode nou werkelijk helpt om gewichtsverlies te behouden. Mensen met Morbide obesitas hebben een verhoogde kans op comorbiditeit, slaapapneu, diabetes en hart- en vaatziekten. Voor deze mensen is afvallen dus zeer belangrijk. Er zijn een paar onderzoeken uitgevoerd op dit gebied en belangrijk is hierbij dat onderscheid wordt gemaakt in de verschillende soorten maagverkleiningsoperaties. De ene methode heeft namelijk een beter resultaat dan de andere methode. Voor de wetenschap is het relevant dat dit onderzocht wordt, omdat deze resultaten kunnen bijdragen aan een verbetering van de kwaliteit van de zorg in

Nederland. Ook kan dit handvatten bieden tot verder onderzoek of deze operatie werkelijk tot de gewenste resultaten leidt en dus aangeboden moet blijven worden.

Onderzoeksvraag

Centrale onderzoeksvraag

In welke mate kan Menzis bijdragen aan de effectiviteit/kwaliteit van de bariatrische chirurgie voor (potentiele) verzekerden van Menzis?

Subonderzoeksvragen

1. Hoeveel verzekerden van Menzis, cq, Nederlanders, ondergaan een maagverkleiningsoperatie en hoeveel vallen er daadwerkelijk af tot acceptabele norm en hoe lang/jaren houden zij dit vol?
2. *Welke behoeftes hebben patiënten in het traject en in welke behoeftes kan Menzis voorzien?*
3. Wat zijn de kosten en wat zijn de baten van deze OK, baten gemeten in reductie risico op bv hartvaat, gewrichtsproblemen, diabetes en kunnen deze voorkomen/uitgestelde aandoeningen gekwantificeerd worden en kunnen daarmee ook de baten gekwantificeerd worden?
4. Wat zijn de visies/argumenten van stroming voor en tegen?
5. Hoeveel winst maken ziekenhuizen hiermee?

De centrale onderzoeksvraag is een ontwerpende vraag. (Smit, 2012) Door het beantwoorden van de beschrijvende en verklarende deelvragen wil ik een advies schetsen voor de nabije toekomst. Hoe kan Menzis als belangenbehartiger inspelen op de toenemende vraag naar de operatie enerzijds en de strengere kwaliteitseisen bij zorgaanbieders anderzijds?

Operationalisatie kernbegrippen

Bariatrische chirurgie: Chirurgie die als doel heeft het gewicht te verminderen. (Johnson, 2006) Deze operaties kunnen gericht zijn op het verkleinen van het maagvolume (restrictieve chirurgie) of op het verminderen van de voedselopname in de darm (mal-absorptieve chirurgie). (Croiset van Uchelen & Slooter, 2006) De volgende maagverkleiningsoperaties komen in Nederland vooral voor:

- **SAGB Maagband:** Staat ook wel voor **Swedish Adjustable Gastric Band**. (Johnson, 2006) De band wordt aangebracht rond het bovenste deel van de maag. De band vernauwt de maag en verdeelt deze in een kleiner en een groter deel. Via een slangetje staat de ballon in verbinding met een kleine poort die in de buikwand of onder het borstbeen wordt geplaatst. Hiermee kan de chirurg de ballon opblazen (bijspuiten) of juist een beetje leeg laten lopen. (MCL, 2012)
- **Gastric bypass:** een operatie waarbij de maag wordt verkleind en het spijsverteringskanaal wordt omgelegd. Letterlijk betekent de term omzeilen van de maag. Met deze ingreep kunnen ernstige vormen van overgewicht behandeld worden, vooral de z.g. morbide obesitas (Veiligheid, 2011)
- **Gastric Sleeve (sleeve resectie):** Een groot deel van de (linkerkant van de) maag wordt chirurgisch verwijderd. Het volume van de maag wordt hiermee aanzienlijk verkleind.
- **Duodenal Switch:** Bij deze operaties wordt de maag verkleind en maakt de chirurg een omleiding. Een groot deel van de dunne darm wordt hierdoor 'buiten werking' gesteld, waardoor voedingsstoffen minder goed opgenomen worden. Door de verkleinde maag heeft de patiënt sneller en verzadigd gevoel. (Veiligheid, 2011)
- **Scopinaro:** De maagverkleining (ontwikkeld door dr. Scopinaro en daarom ook wel Scopinaro ingreep of Bilio-pancreatische derivatie genoemd) is een operatieve handeling, waarbij 2 ingrepen plaatsvindt:

1. Het onderste deel van de maag wordt weggenomen (Gastrectomie, de maagverkleining);
2. De dunne darm wordt verlegd. De laatste 2,5 m darm wordt op de maag geplaatst; Het eerste stuk dunne darm wordt met het laatste verbonden op 50 cm van de dikke darm. We krijgen aldus een reconstructie in Y vorm. (tipsbijafvallen, 2012)

De operaties van Gastric bypass en gastric sleeve worden steeds meer laparoscopisch uitgevoerd. *Laparoscopie*: De inspectie van de buikholtte op een minimaal invasieve manier. (Veiligheid, 2011)

Obesitas: Het hebben van ernstig overgewicht; vetzucht. Andere veel gebruikte termen zijn ernstig en zeer ernstig overgewicht. (Veiligheid, 2011)

Morbide obesitas: Zeer ernstig overgewicht, waarbij sprake is van gezondheidsschade als gevolg van dit overgewicht. (Veiligheid, 2011)

Onderzoeksontwerp

Binnen dit onderzoek zal ik gebruik maken van mixed methods. Dit houdt in dat mijn onderzoek bestaat uit een deel literatuurstudie, een deel kwantitatief onderzoek en een deel kwalitatief onderzoek.

Literatuurstudie

Op het moment is er veel onderzoek bezig naar de maagverkleiningsoperatie. Er wordt onder andere gekeken naar risico's, resultaten en kwaliteit. In Nederland zijn er een aantal onderzoeksrapporten verschenen die belangrijk zijn voor mijn onderzoek. Het onderzoeksrapport dat is geschreven naar aanleiding van de problemen binnen het Scheper Ziekenhuis te Emmen zal ik voornamelijk gebruiken als overzichtsartikel. Het brengt namelijk zeer goed de verschillende facetten in kaart wat betreft kosten, risico's en het geeft een zeer goede uitleg van de situatie en de belangrijkste begrippen.

Zorgverzekeraar CZ heeft het afgelopen jaar zich vooral bezig gehouden met de kwaliteit van zorg bij de verschillende zorgaanbieders. De informatie uit het verantwoordingrapport van deze concurrent is zeer relevant voor deze opdracht.

Het onderzoek beperkt zich niet tot Nederland. Vooral in Amerika en Zweden worden regelmatig nieuwe onderzoeksresultaten naar buiten gebracht. Ook dit is zeer relevant voor mijn opdracht.

Het doel van de literatuurstudie is het in kaart brengen van de verschillende onderzoeken die relevant zijn voor Menzis. Op basis hiervan kan aangetoond worden welke informatie er op dit moment is en welke informatie nog ontbreekt. Ook legt het een goede basis voor het verdere onderzoek binnen mijn opdracht.

Websearch

Typ je op google 'obesitas' in, krijg je 19.900.000 resultaten, typ je 'afvallen' in, krijg je 5.790.000 resultaten en typ je 'maagverkleining' in, krijg je 968.000 resultaten. Dit geeft aan hoe actueel het onderwerp is, dat er vraag naar kennis is over het onderwerp en vooral ook aanbod. Binnen mijn onderzoek zal ik gebruik maken van verschillende bronnen als hulpmiddel om onderwerpen, cijfers of resultaten van bijvoorbeeld de enquête te kunnen verklaren. Er worden verschillende forums bijgehouden specifiek op dit onderwerp gericht. Hierop kan ik zien wat er zoal leeft onder mensen die een maagverkleining hebben gehad of willen krijgen. Ook zijn er op het internet verschillende

nieuwsberichten, artikelen en essays te vinden over dit onderwerp. Dit helpt mij ook om een beeld te vormen over het onderwerp en om aanvullende bronnen te vinden.

Kwantitatieve analyse

Data-analyse

Zodra er een operatie is uitgevoerd door een zorgaanbieder, wordt deze gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Per operatie bestaat er een unieke DBC-code, waarop de operatie geregistreerd kan worden. Door het houden van oriënterende interviews ben ik er achter gekomen dat er veel problemen in de registratie van de maagverkleiningsoperatie zijn geweest in de afgelopen jaren. Dit werd ook bevestigd in het rapport van zichtbare zorg. (UMC St Radboud, 2012) Zo heeft het bijvoorbeeld heel lang geduurd voordat er een unieke code kwam voor deze operatie. Toen de code kwam werd deze niet goed in gebruik genomen door alle zorgaanbieders. Zelfs tot op de dag van vandaag is er niet één specifieke DBC-code die zorgaanbieders gebruiken.

Dit maakt het heel lastig om in kaart te brengen bijvoorbeeld hoeveel mensen waar hun operatie hebben ondergaan. Ondanks deze informatie wil ik toch proberen te kijken in hoeverre de informatie beschikbaar is. Het zal niet mogelijk zijn om de gegevens die ik eruit weet te halen te generaliseren naar een grotere populatie, omdat we niet weten of we werkelijk alle gedeclareerde operaties in kaart hebben. Wat wel mogelijk is, is om van het aantal gedeclareerde operaties te zien welke zorgkosten er voor de operatie en na de operatie aan verbonden waren per verzekerde. De vraag hierachter houdt me ook bezig. Waarom is dit registratiesysteem nooit op orde gekomen? Het zou toch mogelijk moeten zijn om inzicht te hebben in deze informatie.

Als het mogelijk is wil ik bij zorgaanbieders nagaan op welke DBC-codes zij de operaties declareren, zodat ik in beeld kan brengen welke DBC-codes zoal gebruikt worden en hierdoor worden mijn resultaten betrouwbaarder. Ook is het mogelijk om aanvullende informatie bij een zorgaanbieder op te vragen als Menzis hier een contract mee heeft. Als uit die informatie dezelfde resultaten komen als uit het registratiesysteem van Menzis, dan is het mogelijk voor mij om hier wel betrouwbare en valide uitspraken over te doen.

Patiëntervaringen

Door middel van het afnemen van een enquête bij patiënten in Nederland die de maagverkleiningsoperatie hebben ondergaan, wil ik in kaart brengen wat de behoeftes zijn van patiënten bij het traject van de operatie.

Menzis is volop in ontwikkeling. Met de veranderende markt binnen de zorg, wordt de klant steeds belangrijker. Het afgelopen jaar heeft Menzis een co-creatieplatform ontwikkeld waarin zij de klant actief kunnen betrekken bij actuele vragen van Menzis. Op deze manier kunnen zij peilen waar de klant behoefte aan heeft en waarin zij hen kunnen helpen. Het platform is een opiniepeiler binnen Menzis, dus geen vorm van kwantitatief onderzoek.

Het personeel binnen Menzis geeft aan dat de cultuurverandering lastig is. De cultuur van Menzis was en is nog steeds op plaatsen binnen de organisatie behoudend. Er wordt veel gekeken naar wet- en regelgeving en daardoor worden er minder snel nieuwe initiatieven genomen vanuit klantperspectief.

Ook binnen het vakgebied van de bariatrische chirurgie is het betrekken van de klant belangrijk. In het rapport van zichtbare zorg (UMC St Radboud, 2012) geeft een lege pagina met titel aan dat hier (nog) geen onderzoek naar is gedaan. In een oriënterend interview werd al aangegeven welke bezwaren er zijn aan het uitbrengen van een enquête onder de klanten.

1. Doe je het onderzoek in één bepaalde regio, dan toets je de kwaliteit van één bepaalde zorgaanbieder.
2. Je hebt de kans dat juist die mensen reageren die zeer positief of zeer negatief zijn over de operatie.

3. Mensen kunnen sociaal wenselijk antwoorden, hoe valide zijn je resultaten?
4. Het kan een negatieve invloed hebben op de relatie tussen zorgaanbieders en Menzis, omdat zij het onderzoek niet op prijs stellen.

Deze bezwaren zijn zeer belangrijk om mee te nemen en leiden ook allemaal tot één vraag: Wat is het doel van het afnemen van de enquête? Mijn doel met het afnemen van de enquête is om van verschillende mensen in verschillende regio's, (die dus de operatie hebben gehad in verschillende ziekenhuizen) een beeld te krijgen hoe zij het hele proces hebben ervaren van de operatie. Ook het voor- en natraject is hierbij belangrijk.

De relatie tussen het hebben van overgewicht en verhoogde zorgkosten bestaat, blijkt uit onderzoek van het RIVM. (RIVM, Zorgkosten van ongezond gedrag zorg voor euro's -3, 2006) De operatie leidt dan meestal ook tot verlaagde zorgkosten na de operatie. Als zorgverzekeraar heb je er dus baat bij dat de klant het verloren gewicht vasthoudt. Op verschillende forums komt naar voren dat er kennis ontbreekt over factoren die de operatie doen slagen (zoals voeding na operatie). Daarom wil ik met de enquête inzicht krijgen in welke behoefte er is bij klanten bij het gehele traject.

Om draagvlak binnen en buiten de organisatie te krijgen voor deze organisatie zal ik het concept van de vragenlijst bespreken met mijn stagebegeleider en met de afdeling zorgmanagement intern. Voordat ik de vragenlijst naar buiten breng zal ik zorgaanbieders op de hoogte stellen en zo nodig vragen om toestemming.

De inventarisatie van patiëntervaringen kan leiden tot een advies richting zorgaanbieders en een advies richting Menzis over het actie ondernemen naar aanleiding van de aangegeven behoeftes van de klant. Uit de reacties en onderzoek geef ik advies over het inkopen van zorg bij bepaalde ziekenhuizen, het stellen van bepaalde eisen aan die ziekenhuizen en de relatie met de klant.

Kwalitatieve gegevensverzameling

Voordat ik met deze opdracht begon, had ik weinig tot geen kennis over de bariatrische chirurgie. Door middel van gesprekken en interviews met andere mensen krijg ik een beeld van de aanwezige kennis binnen het vakgebied. Tijdens mijn onderzoekstraject zal ik verschillende interviews houden met experts op dit gebied. Dit zal aanvullende informatie geven voor mijn onderzoek over de kwaliteit van de geleverde zorg. Deze interviews wil ik onder andere houden met:

- Prof.dr. Jaap C. Seidell, professor Nutrition and Health, director Institute of Health Sciences VU
- Slotervaartziekenhuis Amsterdam
- Rijnstate Arnhem
- Nederlandse Obesitas Kliniek
- Bariatrische Werkgroep Nederland

Het eindproduct van mijn afstudeerproject zal een adviesrapport zijn waarin de resultaten van het onderzoek beschreven zijn. Het adviesrapport is gericht op zorgverzekeraar Menzis. Met het eventueel naar buiten brengen van het adviesrapport zal rekening gehouden worden met de vertrouwelijkheid van de informatie en de concurrentiegevoeligheid.

Stakeholderanalyse

	Laag belang		Hoog belang	
	<i>Intern</i>	<i>Extern</i>	<i>Intern</i>	<i>Extern</i>
Veel invloed	Afdeling Kwaliteit en Ondersteuning	CVZ	Afdeling Portfolio - Opdrachtgever en stagebegeleider Afdeling Zorgmanagement (inkoop & zorgadviseurs)	Verzekerden die operatie hebben ondergaan of in de toekomst zullen ondergaan Zorgaanbieders in Nederland + Chirurgen Media Werkgroep Bariatrie
Weinig invloed	Andere mensen van afdeling portfolio- management Klantenservice	Dietetiek Fysiotherapie	Afdeling Communicatie Youplus	Klanten van Menzis Zorgverzekeraar Potentiële klanten van Menzis Concurrenten Menzis <i>Zorgverzekeraars Nederland</i>

Onderzoekseenheden

- Bij klanten van Menzis die deze operatie hebben ondergaan wil ik graag een onderzoek starten naar klantervaringen betreffende de maagverkleiningsoperatie.
- Bij zorgaanbieders die de bariatrische zorg verlenen wil ik meelopen om inzicht te krijgen in hoe zij de zorg verlenen en wat zij zoal doen om in de behoeften van patiënten te voorzien. Ook kan ik met behulp van interviews met chirurgen de medisch inhoudelijke kant meenemen in het onderzoek.

Observatie-eenheden

Instanties/Groepen

- Zorgaanbieders
- Klanten van Menzis die maagverkleiningsoperatie hebben ondergaan
- Concurrenten van Menzis Zorgverzekeraar
- Nederlandse Vereniging van Heelkunde
- Werkgroep Bariatrische Chirurgie

Documenten/media:

- Rijksinstituut van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
- PubMed
- Zorgverzekeraars Nederland
- Concurrenten van Menzis Zorgverzekeraar
- Nederlandse Vereniging van Heelkunde
- Werkgroep Bariatrische Chirurgie
- Ziekenhuizen
- Centraal Bureau voor Statistiek

In het onderzoek wordt gebruik gemaakt van de bovenstaande observatie-eenheden. Door het RIVM zijn al enige onderzoeksrapporten naar buiten gebracht wat betreft zorgkosten in relatie tot obesitas binnen Nederland. Het RIVM en het CBS hebben beide data beschikbaar over overgewicht in

Nederland. Via PubMed zijn verschillende onderzoeken beschikbaar betreft de bariatrische chirurgie en resultaten. Met deze observatie-eenheden genoemd bij Documentatie/Media kan het onderzoek onderbouwd worden met feiten en wetenschappelijk onderzoek.

Data betreft klantervaringen zal ik zelf gaan verzamelen. Data van het ziekenhuis is opvraagbaar, maar tot op heden nog niet van alle ziekenhuizen bekend bij Menzis.

Validiteit en Betrouwbaarheid

In dit onderzoek is het zeer belangrijk dat de validiteit en de betrouwbaarheid gewaarborgd worden. Dit omdat de conclusies die getrokken kunnen worden aan de hand van verschillende data belangrijk is voor vele stakeholders. Er is op dit moment weinig data beschikbaar over de resultaten van de operatie.

Validiteit

Als ik wil onderzoeken bij Menzis op basis van bestaande data hoeveel klanten van Menzis een maagverkleiningsoperatie hebben ondergaan in de afgelopen jaren, maak ik gebruik van het registratiesysteem van Menzis. In de beginfase van mijn project ben ik er achter gekomen dat de registratie betreft bariatrische chirurgie niet goed bijgehouden is in de laatste jaren. Als ik dus een bepaalde code gebruik om de data naar boven te halen, dan heb ik nog niet alle verzekerden van Menzis te pakken, omdat het ook mogelijk is dat ze op een andere code zijn gedeclareerd. Dit komt niet doordat Menzis zelf het systeem niet goed bijgehouden heeft, maar doordat er in heel Nederland nog geen goede richtlijnen zijn voor de registratie van deze zorg.

Hierdoor kan ik aan de hand van dit systeem geen valide conclusies trekken over het aantal mensen dat een operatie heeft ondergaan, omdat het ook mogelijk is dat dezelfde operatie van een ander persoon op een andere code is gedeclareerd. Wel kan ik valide conclusies trekken over de zorgkosten die gekoppeld zijn aan de persoon die de operatie heeft gehad. Van de gegevens die ik uit het systeem kan halen kan ik wel uitspraken over doen.

Als ik een enquête of interview wil doen bij klanten van Menzis die een maagverkleiningsoperatie hebben ondergaan, dan is het de vraag hoe ik deze mensen wil bereiken. Hoe krijg ik een valide beeld van de ervaringen van patiënten? Hierbij moet ik onder andere rekening houden met de verschillende regio's, verschillende ziekenhuizen en de verschillende operaties. Ook moet ik rekening houden met welke mensen reageren op de enquête. Die mensen die juist heel tevreden zijn of die helemaal niet tevreden zijn over de resultaten? Welke vragen stel ik aan wie? Hier zal ik van te voren een plan voor opstellen, zodat ik de validiteit zoveel mogelijk kan waarborgen.

Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid heeft hier onder andere te maken met de literatuurstudie die ik bij het project zal doen. Obesitas is een actueel thema en ook de behandelmethode maagverkleining komt daarbij steeds meer in het nieuws. In de onderzoekswereld zijn nog maar weinig betrouwbare onderzoeken gedaan naar de resultaten van de operatie, omdat er vele factoren mee spelen die het onderzoek doen zeer lastig maken. Een voorbeeld is dat de resultaten van de operatie ook afhankelijk zijn van het voedingspatroon die de cliënt aanneemt. Als de cliënt zich namelijk niet aan een gezond voedingspatroon houdt is het eerder mogelijk dat er complicaties optreden. Bij een fout tijdens de operatie, is de arts de bron van de oorzaak van de complicaties.

Bij de artikelen is het belangrijk om te kijken naar de bron. Welke onderzoeker heeft dit onderzocht en in hoeverre kan hij de conclusies onderbouwen vanuit haar/zijn deskundigheid. Ook is het belangrijk om te kijken vanuit welke invalshoek het onderzoek is benaderd. Het kan namelijk

zijn dat het onderzoek positieve resultaten geeft voor een zorgaanbieder, maar dat de kant voor de patiënt helemaal niet belicht is. Dat is belangrijk om mee te nemen.

Dit geldt ook voor het onderzoek dat ik zelf zal doen bij de klanten van Menzis. Als ik de resultaten heb van het onderzoek en van de data-analyse zal ik kijken in hoeverre het mogelijk is dat ik er betrouwbare uitspraken over kan doen.

Referentiekader

Dit onderzoek wordt gedaan door een vierdejaarsstudent vanuit de opleiding Management, Economie en Recht. In mijn opleiding heb ik twee soortgelijke onderzoeken uitgevoerd. Met de opgedane kennis in mijn opleiding over onderzoeksmethodologie en managementtheorieën kan ik het vraagstuk benaderen vanuit verschillende theorieën en belangen. Tijdens het onderzoek streef ik ernaar om objectief te blijven door verschillende partijen te betrekken en hun visies te verzamelen. Door in gesprek te blijven zie ik ook de andere invalshoeken van het probleem.

Methodiek

In het onderzoekstraject zal ik gebruik maken van het tienstappenplan volgens het boek 'Competent Afstuderen en stagelopen, een advieskundige benadering'. (Kempen & Keizer, 2006) Het onderzoekstraject is opgedeeld uit drie fases: Oriëntatiefase, onderzoeks- en oplossingsfase en invoeringsfase. In de planning is opgenomen hoe de tijdlijn van deze drie fases eruit ziet binnen mijn onderzoek. Deze drie fases zijn opgedeeld in tien stappen:

Oriëntatiefase

1. Externe oriëntatie
2. Intakegesprek
3. Oriënterende interviews
4. Analyse
5. Terugkoppeling/contractering

Onderzoeks- en oplossingsfase

6. Werkplanning en projectorganisatie
7. Diepteonderzoek
8. Oplossingsplan

Invoeringsfase

9. Invoering
10. Afronding en afstuderen

Voor het onderzoek zal ik ook gebruik maken van het boek 'Basisboek Methoden en Technieken'. (Baarda & de Goede, 2006) Dit boek is een goede handleiding voor het opzetten en uitvoeren van onderzoek.

Planning

Week	Hoeveel dagen	Weekindeling	Traject
1		Externe oriëntatie Sollicitatiegesprek	Oriëntatie
2	4	Begindatum 10 januari 2012 Gesprek met Lieske Hulscher, CHE Intakegesprek met Evelien vd Vinne, Menzis Inlezen over organisatie, over het onderwerp	Oriëntatie
3	4	Gesprek Elsenore Rinkel databestand	Oriëntatie

		Oriënterend Interview Jenny Coster PvA vormen Inlezen over organisatie, over het onderwerp	
4	5	Oriënterend interview Monika Kop Oriënterend interview Michael Verheul Analyse oriënterende interviews PvA vormen	Oriëntatie
5	4	Oriënterend interview Nienke Oosting Clusterdag Commercie Analyse oriënterende interviews PvA vormen	Oriëntatie
6	4	Oriënterend interview Lucie Peijnenburg Oriënterend interview Roelof Roemeling Deadline vrijdag 10 februari Concept PvA af Analyse oriënterende interviews	Oriëntatie afronden
7	4	Concept PvA aanscherpen en sturen naar Karsten PvA afronden Concept vragenlijst maken Interviews plannen met experts op dit gebied	Project
8	5	Definitieve Plan van Aanpak af Afspraak Frits Plat Databestand Literatuurstudie beginnen, opzet adviesrapport maken Plan maken kwantitatief onderzoek	Project
9	5	Contracteringsgesprek Karsten en Evelien Individueel gesprek met Karsten Afspraak met Jenny & Monika Literatuurstudie Concept vragenlijst testen Interview met iemand die maagverkleining ondergaan heeft. Afspraak Ingrid van Amersfoort Menzis kwantitatief onderzoek.	Project
10	4	Vragenlijst verbeteren Vragenlijst uitbrengen Literatuurstudie Meelopen zorgaanbieder Interview met iemand die maagverkleining ondergaan heeft.	Project
11	5	Literatuurstudie Meelopen zorgaanbieder Interview Seidell & Slotervaart Databestand bekijken	Project
12	4	Groepscoaching CHE Literatuurstudie Meelopen zorgaanbieder	Project
13	4	Resultaten Vragenlijst Literatuurstudie	Project
14	4	Tussenbeoordeling 2 april Analyse resultaten enquête Literatuurstudie	Project

15	0		
16	4	Analyse resultaten enquête Literatuurstudie Data-analyse	Project
17	4	Analyse resultaten enquête Literatuurstudie Data-analyse	Project
18	4	Bekijken mogelijkheden n.a.v. analyse Literatuurstudie Data-analyse	Project
19	5	Bekijken mogelijkheden n.a.v. analyse Literatuurstudie	Project
20	4	Adviezen opstellen analyse	Project + afronding
21	5	Rapportage literatuurstudie, analyse (aanscherpen)	Project + afronding
22	4	Afronding & rapportage	Project + afronding
23	5	Afronding & rapportage	Project + afronding
24	5	Afronding & rapportage	Project + afronding
25	5	Afronding & rapportage	Project + afronding
26	5	Einddatum 29 juni 2012 Deadline inleveren projectverantwoording 13 augustus 2012	Project + afronding
Week 33		Eindgesprek donderdag 30 of vrijdag 31 augustus 2012	
Totaal	106 dagen 848 uur		

15% Oriëntatie = 16 tot 20 dagen

50% Project = 53 dagen

35% Project + afronding = 37 dagen

Bibliografie

- Hoe om te gaan met bariatrisch chirurgische patienten. (2005, juni). Opgeroepen op juni 2012, van nbmf: http://nbmf.nl/Uploads/Docs/NBMF_jun2005_2.pdf
- Afasie Vereniging Nederland. (sd). *Afasie*. Opgeroepen op Mei 2012, van Afasie Vereniging Nederland: <http://www.afasie.nl/new/?cat=afasie>
- AmCOGG. (2002, 3 13). *Richtlijnen voor kwaliteitsborging in gezondheids (zorg) onderzoek: Kwalitatief Onderzoek*. Opgeroepen op April 2012, van Amsterdams Centrum Onderzoek naar Gezondheid en Gezondheidszorg. Netwerk Kwalitatief Onderzoek AMC- UvA: http://www.emgo.nl/kc/preparation/research%20design/Richtlijnen%20Kwalitatief%20Onderzoek_AmCOGG.pdf
- America, C. o. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A new Health Care System for the 21st Century*. Washington DC: National Academy Press.
- Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness. The guiding vision of mental health system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11 - 23.
- Baarda, D., & de Goede, M. (2006). *Basisboek Methoden en Technieken*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Basticom. (2010- 2012). *Wat is NAH*. Opgeroepen op Mei 2012, van NAH Zorg: <http://nahzorg.nl/wat-is-nah>
- BMIrekenmachine. (2012). *BMI rekenmachine*. Opgeroepen op 2012, van <http://bmirekenmachine.nl/>
- Born, A. (2010). *Help! Ik wil een maagband*. Amsterdam: DRS.
- Born, A. (2012, Februari 29). Ervaringsdeskundige Maagverkleining. (d. J. Hertog, Interviewer)
- CBS. (2011). *Bevolkingspiramide*. Opgeroepen op 2012, van Centraal Bureau voor de Statistiek: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/bevolking/cijfers/extra/piramide-fx.htm>
- CBS. (2011). *Gezondheid en Welzijn*. Opgeroepen op 2012, van CBS: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2011/default.htm>
- CBS. (2011). *Landelijke Cijfers inwoners*. Opgeroepen op 2012, van Centraal Bureau voor de Statistiek: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/cijfers/default.htm>
- CBS. (2012). *Verschillen naar afkomst*. Opgeroepen op 2012, van Centraal Bureau voor de Statistiek: <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/gezondheid-welzijn/publicaties/artikelen/archief/2011/2011-3514-wm.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2010, Juni 15). *What are the Leading Causes of TBI?* Opgeroepen op Mei 2012, van Injury Prevention & Control: Traumatic Brain Injury : <http://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/causes.html>
- CHE. (2011/2012). *Onderwijsgids. Verpleegkunde*. Ede.
- CHE. (2012). *Onderwerpen meesterproef 2e semester 2011-2012*. Ede: Christelijke Hogeschool Ede.
- Consulting, A. (2011). *Gouden Driehoek*. Arteria Consulting.
- Contact, M. (2008). *Bariatrische Chirurgie neemt vlucht in Nederland*. Opgeroepen op 2012, van Medisch Contact: <http://medischcontact.artsennet.nl/Nieuws-26/Tijdschriftartikel/24683/Bariatrische-chirurgie-neemt-vlucht-in-Nederland.htm>
- Croiset van Uchelen, F., & Slooter, G. (2005). Biedt een maagverkleining soelaas voor grote eters? *Medisch Journaal*, 157-164.
- Croiset van Uchelen, F., & Slooter, G. (2006). Biedt een maagverkleining soelaas voor grote eters? *Medisch Journaal*, 1-8.
- CVZ. (2012, Mei 31). Presentatie Menzis Pakketkwesties. Wageningen.
- CZ. (2012). *Verantwoordingsdocument Voorkeursbeleid Bariatrische Chirurgie 2011-2012*.
- Doig, E. F. (2001). Patterns of community integration 2-5 years post-discharge from brain injury rehabilitation . *Brain Inj*, 15, 747 - 762.
- Dr. D.B. Baarda, D. M. (2009). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgeves BV.
- Drs. J.J. Haamers, B. &. (2011). *Eindrapport CE Accolade Zorggroep. Ervaring van cliënten van de Kuip Accolade Zorggroep. Gemeten met de CE index*.
- E. Bruinius, z. (2010, 2 4). NAH - Onze zorg!? *Doelgroepenbeleid Accolade Zorggroep*. Rubriek HKZ. Versie 1.
- Elliot, V. (2012, April). *How many bariatric surgeries are taking place*. Opgeroepen op Juni 2012, van American Medical Association: <http://www.ama-assn.org/amednews/2012/04/23/bisa0423.htm>
- foobie. (2008). *Steeds meer tieners zoeken de oplossing voor hun overgewicht in een operatie terwijl ze junkfood blijven eten*. Opgeroepen op Mei 2012, van foobie.nl: <http://artikelen.foobie.nl/gezondheid/steeds-meer-tieners-zoeken-de-oplossing-voor-hun-overgewicht-in-een-operatie-terwijl-ze-junkfood-blijven-eten/>

- Frans Verberk, M. d. (2006). *Verpleegkunde volgens het Neuman System Model. 4e herziene druk*. Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
- Gastricbypassforum. (2011, 12 25). *Menzis ervaringen*. Opgeroepen op 2012, van Forum2go: <http://gastricbypass.forum2go.nl/menzis-ervaringen-t4972.html>
- Geenen, R., & Larsen, J. (2005, juni). *Hoe om te gaan met bariatrisch chirurgische patienten*. Opgeroepen op juni 2010, van nbmf: http://nbmf.nl/Uploads/Docs/NBMF_jun2005_2.pdf
- Gemini Ziekenhuis. (2002 - 2012). *Informatie over dysartrie*. Opgeroepen op April, Mei 2012, van www.cva-samenverder.nl
- Geurtsen, V. M. (2004). Brain Integration: Holistisch secundaire revalidatie bij mensen met een niet-aangeboren. *Neuropraxis* 08, 74-81.
- gezonderafvallen. (2008, Augustus 20). *Maagverkleining nu ook bij kinderen*. Opgeroepen op 2012, van gezonderafvallen: <http://www.gezonderafvallen.nl/page/1274/maagverkleining-kinderen.html>
- Greve, J. e. (2011). De chirurgische behandeling van morbide obesitas bij kinderen. *Tijdschrift voor kindergeneeskunde*, 104-108.
- Habbema, J., Casparie, A., Mulder, J., & Rutten, F. (1989). *Medische Technology Assessment en gezondheidsbeleid*. Alphen aan den Rijn: Samson Stafleu.
- Health, A. M. (2010, Oktober 1). *Why Men Suffer More Acquired Brain Injury*. Opgeroepen op Mei 2012, van Menshealth.About.com: <http://menshealth.about.com/library/bltrauma.htm>
- Herman Sixma, M. H. (2008, November 1). *Handboek CQI Ontwikkeling: Richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQI meetinstrument*. Opgeroepen op April, Mei 2012, van Handboek CQI Meetinstrument. Versie 2.0: <http://www.nivel.nl/pdf/Handboek-CQI-Ontwikkeling.pdf>
- Heylen, A., & Lybeer, M. (2012). *Resultaten na een gastric bypass*. Opgeroepen op Februari 5, 2012, van Hely: <http://www.hely.net/resultaten.html>
- Horchner, R., & Schweitzer, D. (2011). Moe na een gastric bypass. *Medisch Contact*, 1957-1960.
- IASO. (2004). *Obesity in children and young people: a crisis in public health*. Opgeroepen op 2012, van IASO: http://www.iaso.org/site_media/uploads/Report.pdf
- Jeugdjournaal. (2012, Januari 26). *Steeds meer kinderen te dik*. Opgehaald van Jeugdjournaal: <http://jeugdjournaal.nl/item/334538-steeds-meer-kinderen-te-dik.html>
- Johnson, J. &. (2006). *bariatrische chirurgie*. Opgeroepen op Februari 5, 2012, van sagb maagband: <http://www.sagbmaagband.nl/chirurgie/bariatrischechirurgie.html>
- jojoclub. (2009, Oktober 3). *Maagverkleinende operaties stijgende na wanprestaties in Emmen*. Opgeroepen op 2012, van jojoclub-afslanken: <http://www.jojoclub-afslanken.com/2009/10/03/maagverkleinende-operaties-stijgende-na-wanprestaties-in-emmen/>
- jojoclub. (2011, Feburuari 22). *Maagband voor zwaarlijvige pubers*. Opgeroepen op 2012, van jojoclub-afslanken: <http://www.jojoclub-afslanken.com/2011/02/22/maagband-voor-zwaarlijvige-pubers/>
- jojoclub. (2011, Juni 29). *Maagverkleining beter dan maagband*. Opgeroepen op 2012, van jojoclub-afslanken: <http://www.jojoclub-afslanken.com/2011/06/29/maagverkleining-beter-dan-maagband/>
- K. Smet, K. V. (2011 - 2012). *Uitwerken van activiteiten op maat voor personen met NAH aan de hand van een zelfontworpen leidraad*. Opgeroepen op April, Mei 2012, van Katholieke Hogeschool Limburg. KHL im. Academie jaar 2011- 2012 Bachelor in de orthopedagogie - 3de opleidingsfase: www.khlim.be
- Kempen, P., & Keizer, J. (2006). *Competent Afstuderen en stagelopen, een advieskundige benadering*. Groningen: Noordhoff Uitgevers BV.
- Kruis, A. Z. (2012). *Obesitas operatie*. Opgeroepen op Februari 2012, van Zilveren Kruis: <http://www.zilverenkruis.nl/consumenten/zoek-een-zorgverlener/kwaliteitsnormen/Pages/obesitas-operaties.aspx>
- Langenhoff, B. e. (2008). *Bariatrische Chirurgie in Nederland. GAVscoop*, 38.
- Leden van het consortium Cognitive Revalidatie. Boelen, D. e. (2007, December). Richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet- aangeboren Hersenletsel. Consortium Cognitieve Revalidatie.
- Leden van het consortium Cognitive Revalidatie. Boelen, D. et al. (2007, December). Richtlijn Cognitieve Revalidatie Niet- aangeboren Hersenletsel. Consortium Cognitieve Revalidatie.
- Lindeman, N. R. (2005, November 23). *Kwalitatief onderzoek Participerende observatie. Dictaat kwalitatief onderzoek*. Opgeroepen op April 2012, van Radboud University Nijmegen: [http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20\(2005\)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf](http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20(2005)/om2_files/syllabus/kwalitatief.pdf)

- Livingston, E., & Fink, A. (2003). 'Quality of Life' Cost and Future of Bariatric Surgery. *ArchSurg*, 383-388.
- Marlon, D. W. (1999). *Traumatic Brain Injury*. New York: Thieme Medical Publishers.
- MCL. (2012). *Centrum voor Obesitas Nederland*. Opgeroepen op 2012, van Medisch Centrum Leeuwarden: <http://www.centrumvoorobesitasnederland.nl/>
- MCL. (sd). *de Maagband of Lapband*. Opgeroepen op Februari 6, 2012, van Centrum voor Obesitas Nederland: <http://www.centrumvoorobesitasnederland.nl/gezond-afslanken/maagband/>
- Mediacourant. (2012, Maart 21). *Reinout Oerlemans verkoopt Obese aan 125 landen*. Opgehaald van Mediacourant: <http://www.mediacourant.nl/?p=125584>
- Menzis. (2010). *Financieel Jaarverslag*. Wageningen: Menzis.
- Menzis. (2012). *Co-creatie*. Wageningen.
- Menzis. (2012). *Vergoeding van chirurgische ingrepen bij overgewicht*. Opgeroepen op Februari, van Menzis: <http://www.menzis.nl/web/Consumenten/Vergoedingen/VergoedingenAZ/Overgewicht.htm>
- Mitka, M. (2011). FDA Action Allows more obese patients to qualify for a bariatric procedure. *JAMA*, 1287-1288.
- MLD. (2012). *Duodenal Switch*. Opgeroepen op Januari 15, 2012, van MaagleverdarmStichting: <http://www.mlds.nl/>
- NIDDK. (2009). Bariatric Surgery for severe Obesity. *National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney diseases*, 1-6.
- NRC. (2008, Februari 2). In vijf jaar tijd kregen jaarlijks viermaal zoveel mensen een maagbandje. *NRC Handelsblad*.
- nu.nl. (2011, Oktober 4). *Vijf ziekenhuizen op zwarte lijst CZ*. Opgeroepen op 2012, van nu.nl: <http://www.nu.nl/binnenland/2632710/vijf-ziekenhuizen-zwarte-lijst-cz.html>
- NVAZ. (1999). Verzet bij mensen met een verstandelijke handicap in het kader van de Wet Medische - Wetenschappelijk Onderzoek met Mensen. *Tijdschrift van de Vereniging van Artsen in de Zwakzinnigenzorg*, p. Nummer 17 (3).
- NVvH. (2011). *Richtlijn Morbide Obesitas*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.
- NZa. (2011). *Stand van de zorgmarkten*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Ouwehand, M. (2012). *Afwijzing ontslag morbide obesitas*. Opgeroepen op Mei 2012, van Wieringa Advocaten: www.rechtnieuws.nl
- Overgewicht, K. (2009). *Classificatie Overgewicht*. Opgeroepen op 2012, van Obesitas Info: <http://www.overgewicht.org/Overovergewicht/Diagnostiek/tabid/70/Default.aspx>
- OVV. (2011). *'Vernieuwing op Drift' Onderzoek naar aanleiding van calamiteiten maagverkleiningsoperaties Scheper Ziekenhuis*. den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid.
- Palm, J. (2005). *Omgaan met hersenletsel. Hulp bij een veranderd leven*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Patiëntenvoorlichting, C. e. (2008, Juli). *Communicatiestoornissen bij niet-aangeboren hersenletsel*. Opgehaald van www.olvg.nl
- PON. (2010). *Zorgstandaard Obesitas*. Amsterdam: Partnerschap Overgewicht Nederland.
- Powned. (2012, Januari 31). *Dure verzekering voor dikkerds*. Opgehaald van Powned: http://www.powned.tv/nieuws/binnenland/2012/01/dure_verzekering_voor_dikkerds.html
- Raad van Bestuur, Accolade Zorggroep. (2012, 12 1). *Woon- zorgvisie*. Accolade Zorggroep. Rubriek HKZ. Versie 2.0.
- Ramshorst, B., & Greve, J. (2007). Maagverkleining meest effectieve hulpmiddel bij obesitas. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 3.
- Riele, W. t. (2011). *Clinical outcome of gastric banding and gastric bypass in morbidly obese patients*. Hilversum: Gildeprint drukkerijen.
- Rijksoverheid. (2012). *Basisverzekering*. Opgeroepen op 2012, van Rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/basisverzekering>
- RIVM. (2006). *Zorgkosten van ongezond gedrag voor euro's -3*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM. (2006). *Zorgkosten van ongezond gedrag zorg voor euro's -3*. Bilthoven: RIVM.
- RIVM. (2009). *Nota Overgewicht*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM. (2010, Maart 22). *Lichaamsgewicht*. Opgeroepen op 2012, van Nationaal Kompas Volksgezondheid: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/lichaamsge wicht/beschrijving/>

- RIVM. (2011). *Nederland de Maat genomen 2009-2010 RIVM*. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM. (2012). *Lichaamsgewicht Verschillen sociaaleconomisch*. Opgehaald van Nationaal Kompas: <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/persoonsgebonden/lichaamsgewicht/verschillen-sociaaleconomisch/>
- Schippers, E. (2011, 12 24). *Beantwoording kamervragen maagoperaties*. Opgeroepen op 1 10, 2012, van Zembla: http://zembla.vara.nl/Nieuws-detail.2624.0.html?&tx_ttnews%5Btt_news%5D=54614&cHash=0d90f52bff058e95fb0e8854fc34c3b1
- Schouten, R. (2011). *Clinical Evaluation of the surgical and the endoscopic treatment of morbid obesity*. Olsterwijk: BoxPress.
- Seidell, J. (2011). *Tegenwicht Feiten en Fabels over overgewicht*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Seidell, J. (2012, Maart 19). Operatieve behandeling van Morbide Obesitas. (J. d. Hertog, Interviewer)
- SFG. (2012). *Bariatrische Chirurgie*. Opgeroepen op 2012, van Sint Franciscus Gasthuis: www.sfg.nl/smartsite.dws?id=2441
- Slotervaart. (2012). *Bariatrische Chirurgie*. Opgeroepen op 2012, van Slotervaartziekenhuis: <http://www.slotervaartziekenhuis.nl/bariatrische-chirurgie/Overons.aspx>
- Slotervaartziekenhuis. (2012, Maart 19). Voorlichting Maagverkleining. Amsterdam.
- Smit, K. &. (2012). *De onderzoeksvragen*. Opgeroepen op Februari 15, 2012, van Onderzoekspraktijk: http://www.onderzoekspraktijk.net/nl/stap_4_de_onderzoeksvragen
- Telegraaf. (2011, November 8). *Afvallen met maagpacemaker*. Opgeroepen op 2012, van Telegraaf: http://www.telegraaf.nl/vrouw/gezond_leven/10883670/_Afvallen_met_maagpacemaker_.html
- Telegraaf. (2011, November 24). CZ schrapt 5 ziekenhuizen voor obesitaszorg. *Telegraaf*.
- Telegraaf. (2011, December 20). *Maagoperaties zijn effectief*. Opgeroepen op 2012, van Telegraaf: <http://www.mlds.nl/nieuws/actualiteiten/689/maagoperaties-helpen-tegen-overgewicht-en-zijn-veilig/>
- tipsbijafvallen. (2012). *Maagverkleining*. Opgeroepen op Februari 4, 2012, van tipsbijafvallen: <http://www.tipsbijafvallen.nl/maagverkleining.php>
- TNO. (2010). *De vijfde landelijke groeistudie*. Zeist: TNO.
- Tros. (2012, Februari 10). *Obesitas reden voor ontslag?* Opgeroepen op 2012, van Een vandaag: http://www.eenvandaag.nl/gezondheid/39744/obesitas_reden_voor_ontslag_
- Tubantia. (2010, 10 1). *Menzis gebruikt ook zwarte lijst*. Opgeroepen op 2012, van Twentse Courant Tubantia: <http://www.tctubantia.nl/regio/twente/7382653/Menzis-gebruikt-ook-zwarte-lijst.ece>
- UMC St Radboud, I. h. (2012). *Indicatorgids Bariatrische chirurgie zichtbare zorg Uitvraag 2012 over verslagjaar 2011*. den Haag: Zichtbare Zorg Ziekenhuizen.
- University Hospital Leuven. (sd). *Informatie brochure Dysfagie*. Opgeroepen op Mei 2012, van University Hospital Leuven : <http://www.uzleuven.be/files/revalidatiecentrum/dysfagie.pdf>
- V&V, P. (2012, Maart). *V&V 2020 Deel 3. Beroepsprofiel Verpleegkundige*. Opgeroepen op Juni 2012, van VenVN.
- V&VN, L. (2011, November 24). *Meerjarig strategisch beleidsplan 2012 - 2015*. Opgehaald van <http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=EX7jPoZ5ip8%3d&tabid=1447>
- Valks, A. (2011, December 21). *Oorzaken*. Opgeroepen op Mei 2012, van NAH Netwerk Zuidoost Brabant: http://www.nahzobrabant.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=50
- Veiligheid, O. v. (2011). *Vernieuwing op Drift, onderzoeksrapport Scheper Ziekenhuis Emmen*. den Haag: Onderzoeksraad voor Veiligheid.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.
- Volkscrant. (2010, September 22). Opgeroepen op Februari 10, 2012, van <http://www.volkscrant.nl/vk/nl/2672/Wetenschap-Gezondheid/article/detail/1026392/2010/09/22/Ziekenhuis-Emmen-stopt-met-maagverkleining.dhtml>
- Volkscrant. (2011, November 11). Opgeroepen op Februari 10, 2012, van <http://www.volkscrant.nl/vk/nl/5270/Zorg/article/detail/3028504/2011/11/11/Schippers-hervormt-de-zorg-grondig-Goedkoper-beter-anders.dhtml>

- Volkskrant. (2011, November 11). *Opgeroepen op Februari 15, 2012, van* <http://www.volkskrant.nl/vk/nl/5270/Zorg/article/detail/3029182/2011/11/11/Maagverkleiningen-zijn-booming-business.dhtml>
- Weekblad, P. (2011, November 17). *Verzekeraars nog steeds stevig in regio*. Opgeroepen op Mei 1, 2012, van Stichting Farmaceutische Kengetallen: <http://www.sfk.nl/afbeeldingen/2011-46-f1>
- Wikipedia. (2012). *Maagverkleining*. Opgeroepen op Juni 2012, van Wikipedia: <http://nl.wikipedia.org/wiki/Maagverkleining>
- Witteveen, E. (2007). *Goeie snap van elkaar*. Amersfoort: Hogeschool Utrecht.
- wlsinfo. (sd). *Gastric Sleeve*. Opgeroepen op 2012, van wlsinfo: <http://www.wlsinfo.nl/page26.php>
- Woods, P. (2006). *Qualitative Research*. Faculty of Education, University of Plymouth. Opgeroepen op April 2012, van <http://www.edu.plymouth.ac.uk/resined/qualitative%20methods%202/qualrshm.htm>
- Zembla. (2011, November 11). *Aantal maagverkleinende operaties stijgt sterk*. Opgeroepen op Februari 2012, van Zembla Vara: http://zembla.vara.nl/Nieuws-detail.2624.0.html?tx_ttnews%5Btt_news%5D=52739&tx_ttnews%5BbackPid%5D=1973&cHash=7cd34de18ebb50aef396ca2c3f92b962
- Zembla. (2011, November 11). *Slank in één dag*. Opgeroepen op Januari 10, 2012, van hebikietsgemist.nl: <http://www.hebikietsgemist.nl/aflevering/80614/nederland-1/zembla/slank-in-een-dag.html>
- Zorgatlas. (2010). *Ontwikkeling (ernstig) overgewicht*. Opgeroepen op Juni 2012, van Zorgatlas: <http://www.zorgatlas.nl/beinvloedende-factoren/lichamelijke-eigenschappen/ernstig-overgewicht-2005-2008/>
- Zorgvisie. (2011, November 24). *CZ sluit 5 ziekenhuizen uit van chirurgie bij obesitas*. Opgeroepen op Februari 9, 2012, van <http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/12743/CZ-sluit-5-ziekenhuizen-uit-van-chirurgie-bij-obesitas.htm>

Bijlage 1 Boomdiagram ‘Obesitas’ & Boomdiagram Bariatrische Chirurgie

De boomdiagram begint bij obesitas, omdat dit de kern is van het probleem. Al de ethische, sociale en medische discussies over de behandelmethode ‘maagverkleiningsoperatie’, beginnen bij de kern en hangen samen met de andere factoren. De boomdiagram is een opzet en zal verder worden uitgebreid bij het adviesrapport.

Aangezien mijn onderzoek gericht is op bariatrische chirurgie, begint mijn tweede boomdiagram daarbij. Het belicht de verschillende factoren gezien vanuit zorgaanbieder, zorgverzekeraar en patient. Ook deze boomdiagram zal verder worden uitgebreid bij het adviesrapport.

