

OBESITAS CHIRURGIE

Enquête onder leden
Socialistische Mutualiteiten:
Resultaten en analyse

Dr. Patrick Galloo
Marijke Van Duynslaeger
Aaron Van den Heede

www.socmut.be



**Socialistische
Mutualiteiten**

INLEIDING

De prevalentie van obesitas stijgt. De Wereldgezondheidsorganisatie schat dat het aantal mensen met obesitas is verdubbeld sinds 1980. In 2008 zouden er wereldwijd zo'n 1,4 miljard mensen ouder dan 20 kampen met overgewicht. Van deze groep zouden er 200 miljoen mannen en 300 miljoen vrouwen obees zijn. Terwijl er op bepaalde plaatsen op aarde nog steeds hongersnood woedt, woont ondertussen al 65% van alle mensen in een land waar overgewicht een groter aantal doden veroorzaakt dan ondergewicht.

Ook in België is zwaarlijvigheid een probleem. Uit de Gezondheidsenquête (2008) weten we dat 47% van de Belgen ouder dan 18 overgewicht heeft, 14% is obees. Het probleem is het grootst bij de Belgen tussen 55 en 65 jaar, van hen is maar liefst één op vijf obees.

Obesitas brengt een aantal specifieke problemen met zich mee, zowel voor de patiënt zelf als voor de maatschappij. Zo krijgen mensen met obesitas te maken met bepaalde gezondheidsproblemen, zij lijden bijvoorbeeld vaker aan diabetes en hoge bloeddruk, waarvoor zij met medicatie behandeld moeten worden. Obesitas kan ook psychosociale problemen veroorzaken, zoals depressie, een laag zelfbeeld, of werkloosheid¹. Deze factoren hebben een grote invloed op het leven van obese mensen en kunnen een daling in de levensverwachting, een verminderde levenskwaliteit of de dood tot gevolg hebben.

In 2007 namen we al eens een enquête af bij onze leden die een chirurgische ingreep tegen obesitas ondergingen. 8 jaar later schreven we hen opnieuw aan om te horen hoe het met hen ging. In deze studie kan u de resultaten lezen. We peilden naar hun gewicht, de manier waarop ze opgevolgd werden, hun tevredenheid, en naar eventuele klachten en complicaties. We gingen vervolgens ook hun medicatieverbruik na, vóór en na de ingreep. Tot slot berekenden we ook de gemiddelde kostprijs van een chirurgische ingreep tegen obesitas.

Veel leesplezier.

¹ Chapman, A. E., Kiroff, G., Game, P., Foster, B., O'Brien, P., Ham, J. & Maddern, G. J. (2004). Laparoscopic adjustable gastric banding in the treatment of obesity: a systematic literature review. *Surgery*, 135(3), 326-351.

BEHANDELEN VAN OBESITAS

Overgewicht en obesitas kunnen op drie manieren behandeld worden: door dieet- en leefstijlinterventies, medicamenteus, of chirurgisch. Idealiter gebeurt de behandeling stapsgewijs.

1. Dieet- en leefstijlinterventies

- Dieet: beperken van energie-inname en of/ het verminderen van het aandeel van bepaalde voedingsstoffen zoals vet en koolhydraten.
- Meer bewegen
- Psychotherapie: persoonlijke begeleiding, internetondersteuning en geschreven advies. Groepsinterventies (Weight Watchers, ...)

2. Medicatie

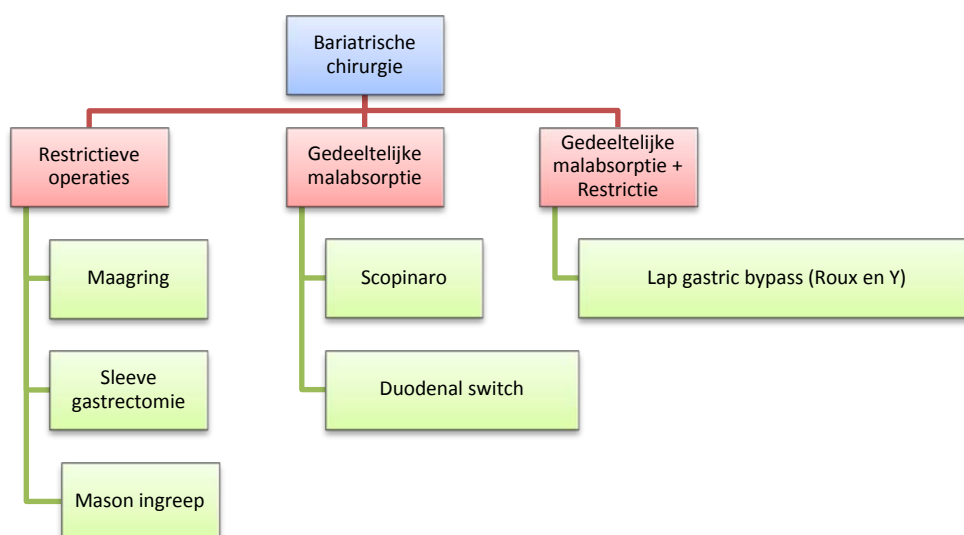
Aantoonbare effecten: Sibutramine/Orlistat/Rimonabant

Omstreden: Amfetaminederivaten/fenylpropanolamine, pseudo-efedrine/fluoxetine, sertraline/bupropion/topiramaat/chitosan/liraglutide

3. Bariatrische chirurgie

BARIATRISCHE INGREPEN

Algemeen kan men stellen dat er drie types ingrepen zijn in de obesitaschirurgie: de maagrestrictie, gedeeltelijke wegname van de darm met malabsorptie, en de combinatie van deze ingrepen. Restrictieve ingrepen verkleinen het maagvolume, zodat de voedseltoevoer beperkt is. De patiënt kan slechts kleine porties tot zich te nemen en voelt zich snel verzadigd. Voorbeelden van dergelijke ingrepen zijn de gastric banding (maagring) en de sleeve gastrectomie. Daarnaast zijn er ook ingrepen die leiden tot gedeeltelijke malabsorptie. Deze ingrepen hebben tot doel de opname van voeding door de darmen te beperken waardoor minder voedingsstoffen worden opgenomen. Voorbeelden van dergelijke ingreep zijn de Scopinaro-ingreep en de duodenal switch. Dit soort ingrepen wordt echter minder en minder uitgevoerd wegens de verhoogde kans op complicaties. Bij combinatie-ingrepen zoals de gastric bypass (Roux-en-Y) wordt zowel het maagvolume als de intestinale absorptievlakte beperkt. Dit type ingrepen wordt tegenwoordig het vaakst uitgevoerd en is de gouden standaard geworden in de bariatrische chirurgie.



In 2004 en 2005 bestonden er geen specifieke nomenclatuurcodes voor de terugbetaling en registratie van bariatrische chirurgie. Hierdoor konden we in deze studie geen onderscheid maken tussen operaties waarbij een maagring werd geplaatst en operaties van het type Mason of aanverwanten. Op basis van de volgende nomenclatuurcodes onderscheidden we twee groepen ingrepen:

Nomenclatuurnummer	Omschrijving	Type ingreep
* 241533-241544	Resectie van de maag of reducerende gastroplastiek zonder onderbreking van de continuïteit	Maagring/Mason/Sleeve
* 241452-241463	Totale gastrectomie met oesofago-jejunale anastomose of subtotale gastrectomie met herstellen van de transit, door interpositie van een darmsegment	Bypass/ Scopinaro/Duodenale switch

Welk type ingreep het beste resultaat geeft, is niet duidelijk en hangt af van verschillende factoren zoals de mate van obesitas en de ernst van de comorbiditeiten, het voedingsgedrag van de patiënt, de ervaring van de chirurg en de kostprijs van de ingreep. Net zoals bij elke andere chirurgische ingreep kunnen ongewenste effecten optreden. Bij bariatrische chirurgie komen neveneffecten zoals braken, reflux-oesofagitis, diarree, flatulentie, een hinderlijke lichaamsgeur en nutritionele tekorten regelmatig voor. Een levenslange medische opvolging na de ingreep is dus vereist.

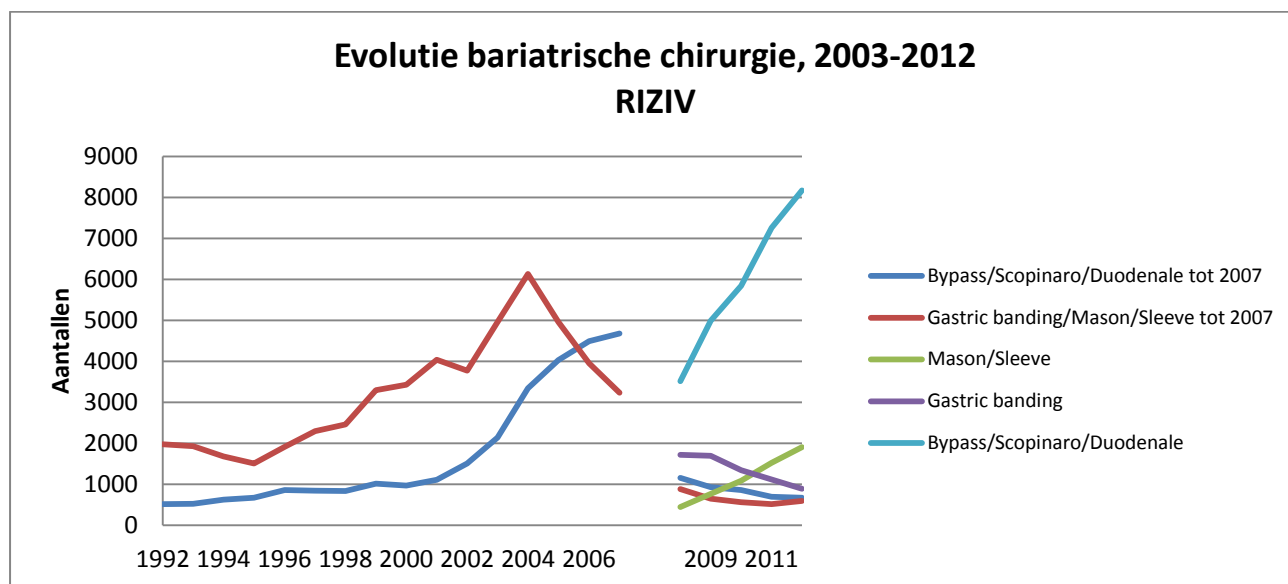
Per koninklijk besluit van 3 augustus 2007 werd een aparte nomenclatuur ingevoerd voor de bariatrische chirurgie. Dankzij deze nieuwe nomenclatuur kunnen we nagaan welke specifieke ingrepen uitgevoerd werden. Zo kan men sinds het najaar 2007 een onderscheid maken tussen reducerende gastroplastie type Mason/Sleeve (241776-241780, 241791-241802), reducerende gastroplastie door de plaatsing van een aanpasbare maagring (241813-241824) en reducerende gastroplastie met bileopancreatische of gastro-jejunale diversie (Scopinaro, gastric bypass, duodenale switch) (241835-241846, 241850-241861) en weet men tevens of de ingreep via laparoscopie hetzij via laparotomie werd verricht. In het najaar van 2011 werd de nomenclatuur licht herzien (K.B. van 24 oktober 2011) en is het niet langer mogelijk om het onderscheid tussen laparotomische en laparoscopische ingrepen te maken.

EVOLUTIE VAN HET AANTAL BARIATRISCHE INGREPEN IN BELGIË

Om een globaal beeld te krijgen van het aantal bariatrische ingrepen in België vindt u in onderstaande tabel de cijfers volgens het RIZIV voor de periode 1992-2012. Uit deze cijfers blijkt dat ook in België er een rijzende trend is. De breuk in 2007 toont het effect van de invoering van de nieuwe nomenclatuur specifiek voor bariatrische chirurgie. Het aantal ingrepen aangerekend volgens de oude nomenclatuur daalt drastisch na de invoering van de nieuwe specifieke nomenclatuur. Die daling duidt er op dat er echt nood was aan specifieke codes voor obesitaschirurgie.

Het aantal bariatrische ingrepen nam in het afgelopen decennium sterk toe. In de periode 2000-2006 verviervoudigde het aantal maagbypass-operaties en aanverwante ingrepen. Het aantal operaties waarbij een maagband werd geplaatst of een sleeve/mason-ingreep plaatsvond nam eveneens sterk toe (maal 4 in de periode 1992-2004), maar kende een terugval in de periode 2004-2006. In 2000 kwam de ziekteverzekering bij ongeveer 4400 personen tussen in de terugbetaling van een bariatrische ingreep. In 2006 nam dat aantal toe tot zo'n 8500 en in 2012 steeg dit verder tot 11000 tussenkomsten. Uit de grafiek blijkt duidelijk dat de gastric bypass en aanverwante ingrepen de gouden standaard zijn geworden in de bariatrische chirurgie. De maagband daarentegen wordt minder en minder populair, wat te verklaren valt door de grotere kans op complicaties en heringrepen. Hierop komen we later in deze studie terug.

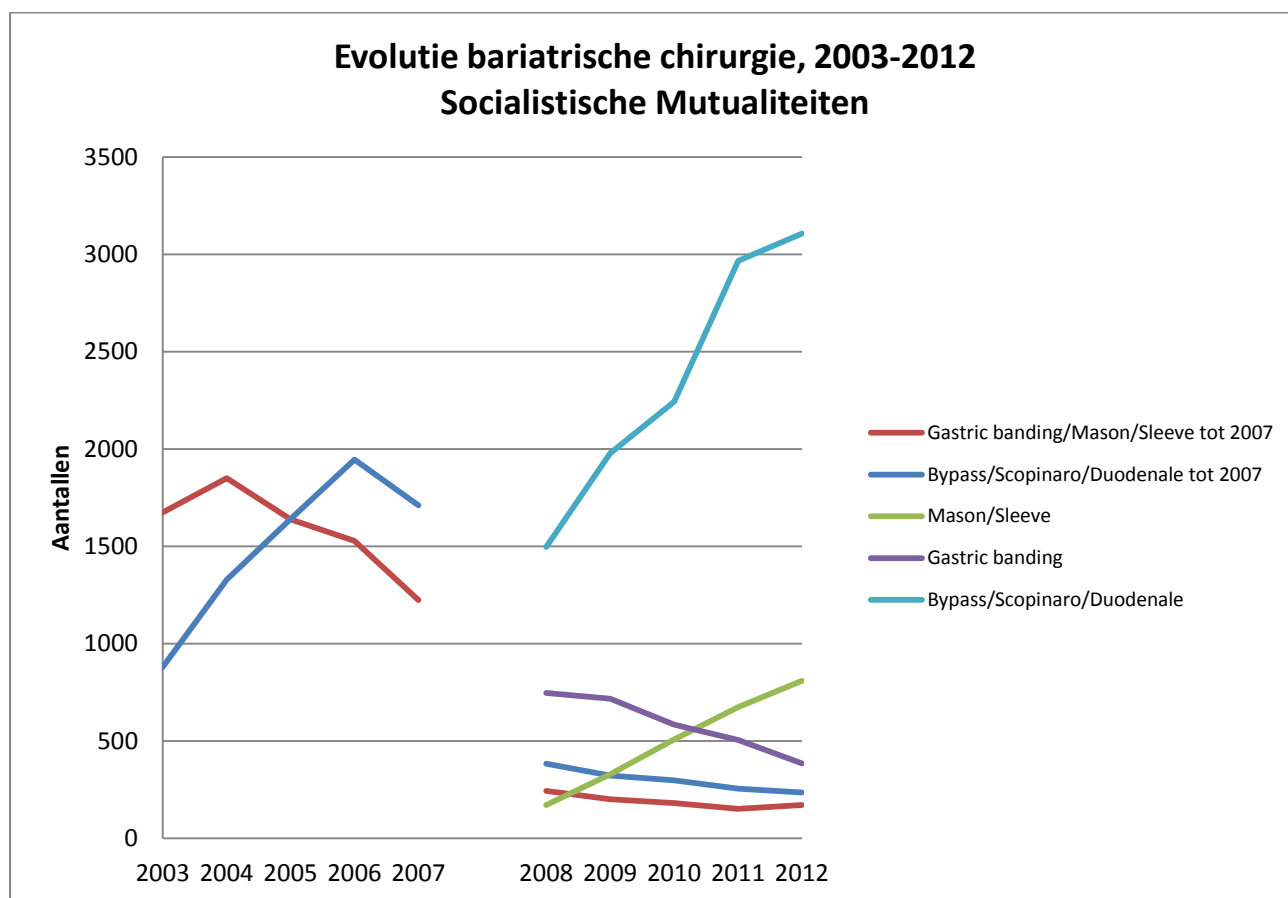
Het feit dat er ook na 2007 nog een duizendtal prestaties voor bypass/scopinano/duodenale switch en de maagband-ingrepen volgens de oude nomenclatuur aangerekend worden, wijst erop dat deze codes ook voor andere ingrepen en ziektebeelden gebruikt werden en maakt nogmaals duidelijk dat de nieuwe nomenclatuur niets te vroeg kwam.



De jejunio-ileale bypass (242115-242126) werd niet opgenomen in deze grafiek, omwille van het beperkte aantal ingrepen (minder dan 50 per jaar).

EVOLUTIE IN DE TIJD VAN HET AANTAL BARIATRISCHE INGREPEN BIJ LEDEN VAN DE SOCIALISTISCHE MUTUALITEITEN

Dezelfde trends vinden we ook terug onder de leden van de Socialistische Mutualiteiten. Net als bij de nationale cijfers zien we een sterke toename van het aantal bariatrische ingrepen in de periode 2003-2012. In 2012 kwam het ziekenfonds tussen in de terugbetaling van een 4300 ingrepen, waar dit in 2003 slechts een 2500 keer gebeurde. Ook hier zien we dat de gastric bypass en aanverwante ingrepen het vaakst worden verricht. Sinds er in 2007 een specifieke nomenclatuur werd ingevoerd voor de terugbetaling van bariatrische ingrepen zien we dat de maagbandoperaties minder populair geworden zijn, een trend die al duidelijk werd in de voorafgaande periode.



OPVOLGINGSENQUÊTE BARIATRISCHE CHIRURGIE 2013

Cijfers zeggen echter weinig of niets over de beleving en ervaringen van de mensen die dergelijke ingreep lieten uitvoeren. Om te weten te komen wie de mensen achter de globale cijfers zijn en te weten te komen hoe deze zich voelen en wat ze meegemaakt hebben, besloten we een enquête te doen onder de leden van 4 Vlaamse federaties van de Socialistische Mutualiteiten die dergelijke ingreep ondergingen in 2004/2005.

Ongeveer negen jaar later is de strijd tegen overgewicht niet gestreden. Integendeel. Uit cijfers van de Belgische Gezondheidsenquête blijkt dat in de periode 1997-2008 de gemiddelde body mass index (BMI) significant toenam van 24,7 naar 25,3 (Gezondheidsenquête België, 2008). Daarom vonden we het belangrijk om de problematiek van obesitas in België opnieuw onder de loep te nemen. Daarnaast vonden we het ook interessant om de mensen van toen opnieuw aan te schrijven om meer te weten te komen over de bevindingen op langere termijn. In de zomer van 2013 werd besloten om een nieuwe enquête te doen.

METHODE

In 2007 deed de dienst Onderzoek & Ontwikkeling voor een eerste maal een studie rond de problematiek van overgewicht en obesitas. Via een schriftelijke enquête bij de leden die een bariatrische ingreep ondergingen in 2004 en 2005 werd een verkennend onderzoek gedaan naar de ervaringen van deze mensen. In deze eerste studie gingen de onderzoekers na wat de gezondheidseffecten waren van chirurgische ingrepen in de strijd tegen overgewicht, hoe tevreden de patiënten waren, hoe de follow-up was en welke de eventuele complicaties en nevenwerkingen waren.

We opteerden er in deze studie voor om de 1791 leden die in 2007 deelnamen aan de eerste enquête opnieuw te bevragen. Dit stelt ons in staat om over de tijd heen dezelfde mensen op te volgen en na te gaan wat hun ervaringen zijn met bariatrische chirurgie zo'n 9 jaar na de ingreep. Voor een beschrijving van de methode gehanteerd om de deelnemers van de eerste enquête te selecteren verwijzen we u graag naar de oorspronkelijke studie uit 2007.

OPVOLGSTUDIE BARIATRISCHE INGREEP 2004/05-2013

1. Methode

Voor de eerste enquête in 2007 werden respondenten geselecteerd op basis van de aanrekening van medische akten 'Resectie van de maag of reducerende gastroplastiek zonder onderbreking van de continuïteit (gastric banding)' of 'Totale gastrectomie met oesofago-jejunale anastomose of subtotale gastrectomie met herstellen van de transit, door interpositie van een darmsegment (gastric bypass)', nomenclatuurnummers 241533-241544 en 241452-241463 respectievelijk.

Gegeven dat er geselecteerd werd op basis van nomenclatuurcodes beschikken we enkel over de gegevens van medische akten die terugbetaald werden door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV). Pas vanaf oktober 2007 werden er criteria voor terugbetaling ingevoerd samen met de invoering van de specifieke nomenclatuur voor bariatrische ingrepen. Sindsdien gelden volgende regels om in aanmerking te komen voor een tussenkomst door de ziekteverzekering:

vanaf 18 tot en met 60 jaar oud; BMI groter dan of gelijk aan 40 met aangetoonde diabetes, of BMI van minstens 35 in combinatie met minstens één obesitasgerelateerde comorbiditeit zoals medicamenteus behandelde diabetes, therapieresistente hypertensie, slaapapneu; bij een heringreep na complicatie of onvoldoende resultaat van een vorige bariatrische ingreep met notificatie; en na het volgen van een gedocumenteerde dieetbehandeling gedurende minstens 1 jaar. Of er chirurgisch wordt ingegrepen en op welke manier wordt besproken tijdens een overleg met een multidisciplinair team dat bestaat uit een geneesheer-specialist in de chirurgie, een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde met een bijzondere beroepstitel in de endocrinologie-diabetologie en een geneesheer-specialist in de psychiatrie of een klinisch psycholoog. Van dit overleg wordt vervolgens een verslag gemaakt dat samen met de gegevens over de dieettherapie wordt toegevoegd aan het medisch dossier van de patiënt en dat wordt

overgemaakt aan een adviserend geneesheer verbonden aan de verzekeringsinstelling van de patiënt. Tenslotte wordt er ook een notificatie gemaakt van elke bariatrische ingreep in een register per ziekenhuis.

Deze terugbetalingscriteria worden geregeld herzien. In 2010 en 2011 werden bijwerkingen en verduidelijkingen doorgevoerd.

In 2004 en 2005 bestonden er echter geen specifieke nomenclatuurcodes voor bariatrische ingrepen. Volgende nomenclatuurcodes werden gebruikt om per assimilatie operaties voor obesitas te factureren. Leden die dergelijke nummers aangerekend kregen in 2004/05 werden uitgenodigd om deel te nemen aan het eerste onderzoek in 2007.

Nomenclatuurnummer	Omschrijving	Type ingreep
* 241533-241544	Resectie van de maag of reducerende gastroplastiek zonder onderbreking van de continuïteit	Maagring/Mason/Sleeve
* 241452-241463	Totale gastrectomie met oesofago-jejunale anastomose of subtotale gastrectomie met herstellen van de transit, door interpositie van een darmsegment	Bypass/ Scopinaro/Duodenale switch

2. Respons

In 2007 werden 2900 leden van de Socialistische Mutualiteiten die in 2004 of 2005 een bariatrische ingreep ondergingen uitgenodigd om deel te nemen aan de eerste enquête rond hun ervaringen met een bariatrische ingreep. Van de 2900 aangeschreven leden namen er 1791 deel, wat een respons inhield van 61,8%. In de zomer van 2013 werden 1556 (1791 minus 24 overlijdens, 187 gemuteerde leden en 24 anonieme deelnames) mensen opnieuw uitgenodigd om deel te nemen aan een vervolgstudie. 1057 mensen namen deel aan de vervolgstudie, wat een respons is van $1057/1556 = 67,9\%$. Door dezelfde mensen te volgen over de tijd kunnen we nagaan hoe hun bevindingen evolueren en hoe deze mensen negen jaar na datum terugkijken op een ingreep die toch wel levensveranderend is. Uiteindelijk konden van 1002 respondenten de resultaten van beide enquêtes gekoppeld worden aan de facturatiegegevens beschikbaar in de databases van de Socialistische Mutualiteiten. Op die manier kon een database worden samengesteld met data over de subjectieve beleving enerzijds en objectieve medische gegevens anderzijds.

3. Non-respons

Vooraleer we de resultaten van de enquête bespreken, bekijken we wie deelnam aan de studie in 2013 en wie niet. Het kan immers zijn dat de resultaten van onze enquête vertekend zijn, mocht blijken dat mensen die deelnamen systematisch verschillen van personen die niet deelnamen. Stel je voor dat enkel comorbide leden de tijd namen om onze vragenlijst in te vullen, dan zouden het aantal comorbiditeiten overschat worden, louter en alleen omdat deze mensen ouder zijn en ouderen doorgaans meer lichamelijke klachten hebben. Let wel, deze enquête werd niet opgezet met de bedoeling om een representatief staal te zijn van alle patiënten die een bariatrische ingreep ondergingen. De resultaten kunnen dus niet veralgemeend worden naar de volledige populatie van obesitaspatiënten. Toch leert deze studie, naar ons inzien, ons heel wat over de ervaringen van deze mensen.

Omdat we beschikken over de populatiegegevens van de uitgenodigde deelnemers (dit zijn de mensen die deelnamen aan de eerste studie in 2007) kunnen we nagaan in welke mate de respondenten die deelnamen aan de enquête in 2013 verschillen van zij die dat niet deden (populatiegegevens 2012). Dit doen we door de kans te schatten dat een respondent deelneemt op basis van verschillende kenmerken, zoals leeftijd, geslacht, woonplaats, burgerlijke staat, recht op verhoogde tegemoetkoming, sociaal statuut, tevreden met het gewicht na ingreep in 2007, gezondheidstoestand na de ingreep in 2007, het al dan niet hebben van aandoeningen in 2007 en andere. We maken hiervoor gebruik van Cramer's V testen en een logistisch regressiemodel met als uitkomstvariabele al dan niet deelname aan het onderzoek. Uit onze analyses van de Cramer's V blijkt dat het al dan niet deelnemen aan de enquête lijkt samen te hangen met de leeftijd en de sociale categorie van de mensen die uitgenodigd werden, wanneer we een ondergrens van 0.10 hanteren. Wanneer we alle kenmerken samen in een logistisch model

gieten blijkt dat respondenten enkel qua leeftijd significant verschillen van niet-respondenten. Oudere mensen zijn meer geneigd om mee te werken dan jongere.

Beide groepen zijn dus vergelijkbaar.

ALGEMENE RESULTATEN ENQUETE 2013

In dit onderdeel bespreken we de resultaten van het onderzoek in 2013 en vergelijken we de antwoorden met die uit 2007 om na te gaan hoe de respondenten nu, ruim 8 jaar later, tegenover hun bariatrische ingreep staan. De verschillen over de tijd tussen respondenten werden statistisch getoetst aan de hand van gepaarde t-toetsen, repeated measures anova's en McNemar-testen.

1. Kenmerken van de respondenten

In onderstaande Tabel 2 geven we een overzicht van de voornaamste kenmerken van de personen die deelnamen aan de enquête in 2013 en waarvoor koppeling aan de databanken met terugbetalings- en populatiegegevens mogelijk was (N=1002)(populatiegegevens 2012). De kenmerken van twee personen konden niet teruggevonden worden in de populatiegegevens van 2012. De populatiegegevens zijn immers 'foto's' van het ledenbestand die genomen worden op 31 juli en 31 december. Leden die om welke reden dan ook op die twee momenten geen lid zijn van de Socialistische Mutualiteiten worden niet opgenomen in de database, ongeacht of ze gedurende de 363 andere dagen van het jaar wel lid zijn. Deze twee personen worden hier dus niet vermeld (N=1002).

Uit de populatiegegevens bleken vier op de vijf respondenten vrouwen te zijn (81%), met een modale leeftijd tussen de 40 en 49 jaar (32%). De meeste respondenten waren woonachtig in de provincie Antwerpen (32%), gevolgd door Limburg (26%), West- en Oost-Vlaanderen (21% en 19% respectievelijk). De resterende 2% woonde elders. Dit is niet verwonderlijk, aangezien in de eerste studie enkel leden van 4 Vlaamse federaties werden uitgenodigd om deel te nemen. Onder de respondenten hadden slechts 46 (4,6%) een statuut als zelfstandige. Gekeken naar de sociale categorie bleken de actieven de grootste groep uit te maken. 68,1% was gekend als actieve, 17,6% invalide, 10,4% gepensioneerd. Bijna 1 op 5 (16%) had recht op het voorkeurtarief. Wat het type ingreep betreft, zien we dat in iets meer dan de helft van de gevallen de eerste ingreep in 2004/05 een ingreep was van het type maagbypass (52,4%).

Tabel 1: Kenmerken van de respondenten enquête 2013 (populatiegegevens 2012)

Variabele	Frequentie (N=1000)
Geslacht	
Vrouw	808
Man	192
Leeftijd	
18-29	41
30-39	190
40-49	322
50-59	285
60-69	162
Woonplaats (provincie)	
Antwerpen	320
West-Vlaanderen	212
Oost-Vlaanderen	187
Limburg	263
Andere	18
Regime	
Algemeen regime	952
Regime van zelfstandigen	46
Andere	2
Sociale categorie	
Actief	681
Invalide	176
Gepensioneerde	104
Weduwe	30
Andere	9
Sociaal statuut	

Gewoon gerechtigde	839
Voorkeurstarif	161

Type bariatrische ingreep (2004/05)	
Gastric bypass/Scopinara/Duodenale	524
Gastric banding/Mason/Sleeve	476

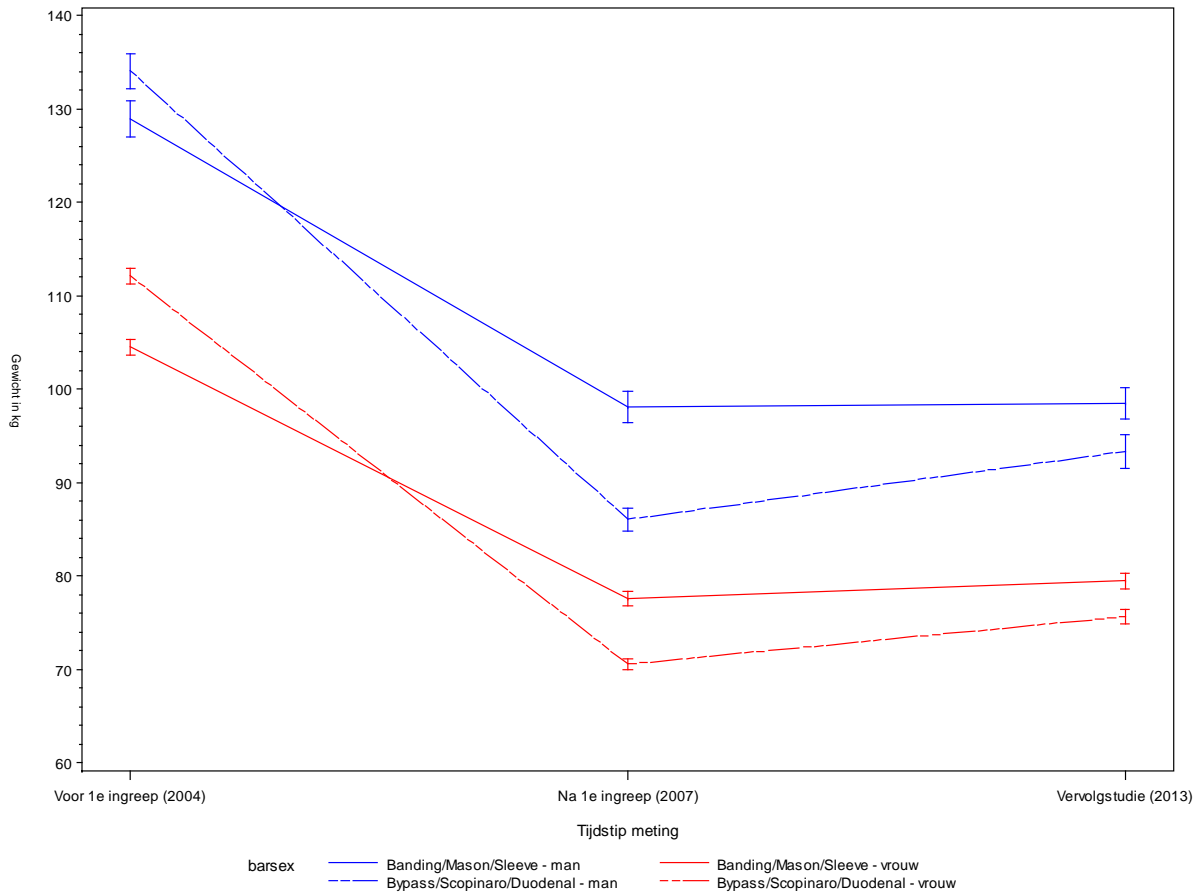
Van de 1791 mensen die deelnamen aan de eerste enquête stierven 24 mensen in de periode 2007-2013. Niemand stierf in een periode van een jaar na de ingreep in 2004/05. Het eerste overlijden gebeurde 840 dagen na de ingreep in 2004/05.

Let wel, deze mortaliteitscijfers zijn een onderschatting van de werkelijke mortaliteit aangezien we enkel de mensen konden opvolgen die gedurende die periode lid waren van de socialistische ziekenfondsen. De mensen die muteerden van ziekenfonds in die periode en de personen die de enquête anoniem invulden, konden niet worden opgevolgd.

2. Gewicht

Op basis van de vragen "Hoeveel woog u voor de ingreep", "Hoeveel weegt u nu?" uit de enquête in 2007 en "Hoeveel weegt u op dit ogenblik?" uit de enquête in 2013 bekeken we de evolutie in gewicht voor elke respondent. In vindt u een voorstelling van de evolutie naar geslacht en type ingreep in 2004/05 voor de periode 2004-2013 (n=1002). Zoals te verwachten is er een groot verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft het lichaamsgewicht op alle meetpunten. Het startgewicht van mannen was gemiddeld 131 kg, tegenover 108 kg bij vrouwen. Het gemiddeld gewicht in 2013 bedroeg 96 kg bij mannen, 78 kg bij vrouwen. Interessanter is echter dat bij beide geslachten de respondenten met een hoger startgewicht opteerden voor een gastric bypass, scopinara of duodenale switch als ingreep. Uit de grafiek blijkt ook dat het gewichtsverlies spectaculair is, ongeacht het type ingreep, maar dat respondenten die opteerden voor een ingreep van het diversieve type gemiddeld meer gewicht verloren. Het gemiddelde gewicht van deze mensen lag significant lager dan het gemiddelde gewicht van de andere groep en dit zowel in 2007 als in 2013. Mannen die opteerden voor een ingreep van het diversieve type wogen in 2007 en 2013 gemiddeld respectievelijk 86 en 93 kg, vrouwen 70 en 77 kg. Mannen die opteerden voor een ingreep van het restrictieve type daarentegen wogen in 2007 en 2013 gemiddeld 115 en 110 kg, vrouwen 77 en 79 kg. We stellen vast dat na een initieel sterk gewichtsverlies, de meeste respondenten toch significant bijkwamen. Enkel voor de groep mannen die kozen voor een gastric bypass of aanverwante ingreep bleef het gewicht stabiel. Deze gewichtstoename in 2013 ten opzichte van het gewicht in 2007 was echter beperkt in vergelijking met het gewichtsverlies in de voorafgaande periode.

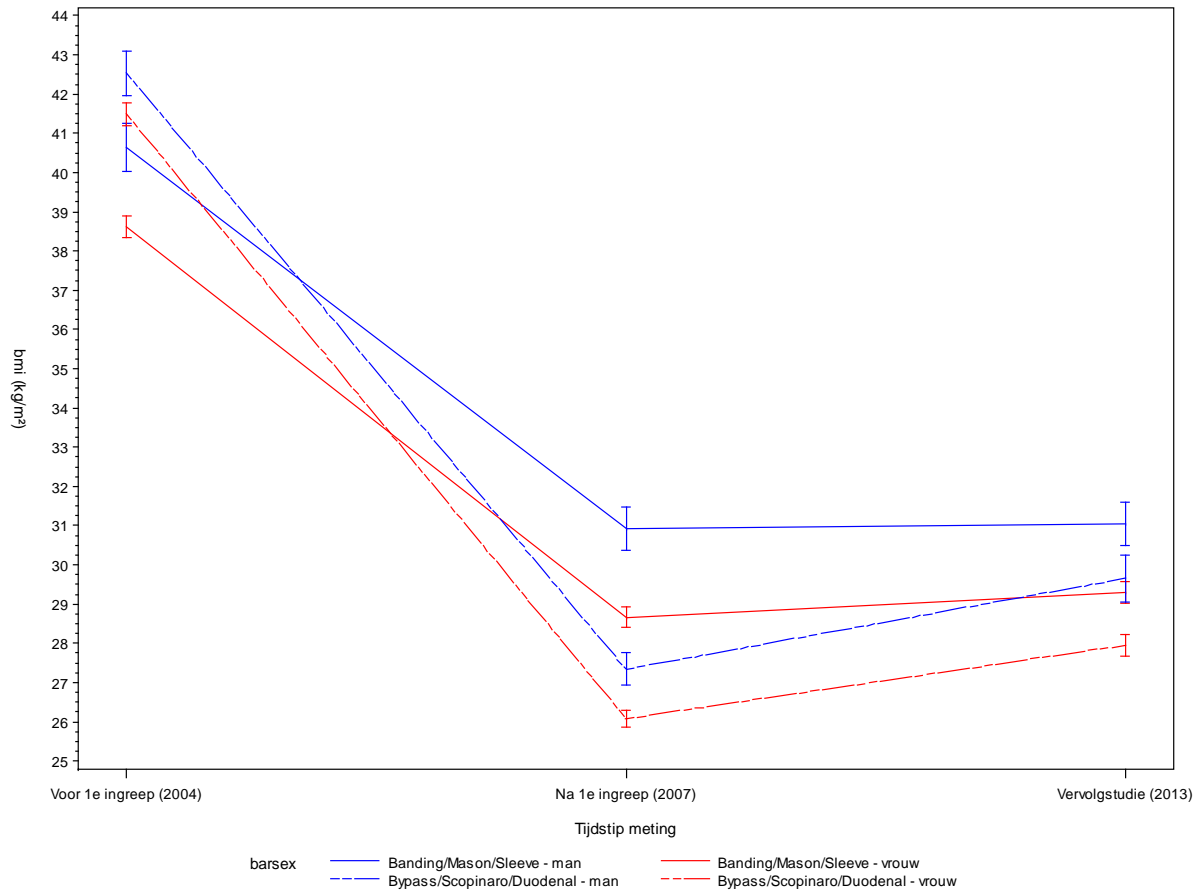
Verandering in gewicht naar geslacht en type ingreep (2004/'07/'13)



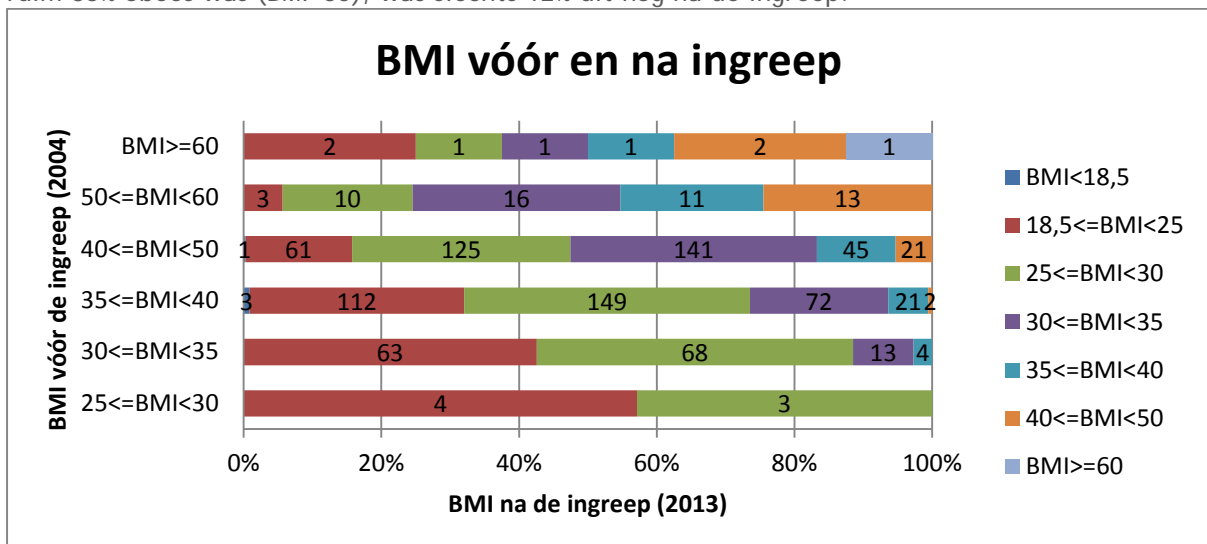
3. BMI

Op basis van de vraag "Hoe groot bent u?" die gesteld werd in 2007, werd de body mass index (BMI) voor elke respondent berekend. Wanneer we bovenstaande oefening herhalen voor de BMI bekomen we volgende resultaten. De resultaten zijn erg gelijklopend met die op basis van het gewicht. Opnieuw kozen respondenten met een hogere BMI voor een diversieve ingreep, die bovendien meer effect had op het lichaamsgewicht in de volgende jaren (gemiddeld 13 punten bij mannen en vrouwen in de periode 2004-2013). In de laatste jaren kwamen deze mensen echter terug wat bij. Het BMI-verlies bij respondenten die opteerden voor een restrictieve ingreep was iets minder spectaculair (gemiddeld 10 punten bij mannen en 9 bij vrouwen), maar de toename nadien was beperkter.

Verandering in bmi naar geslacht en type ingreep (2004/'07/'13)

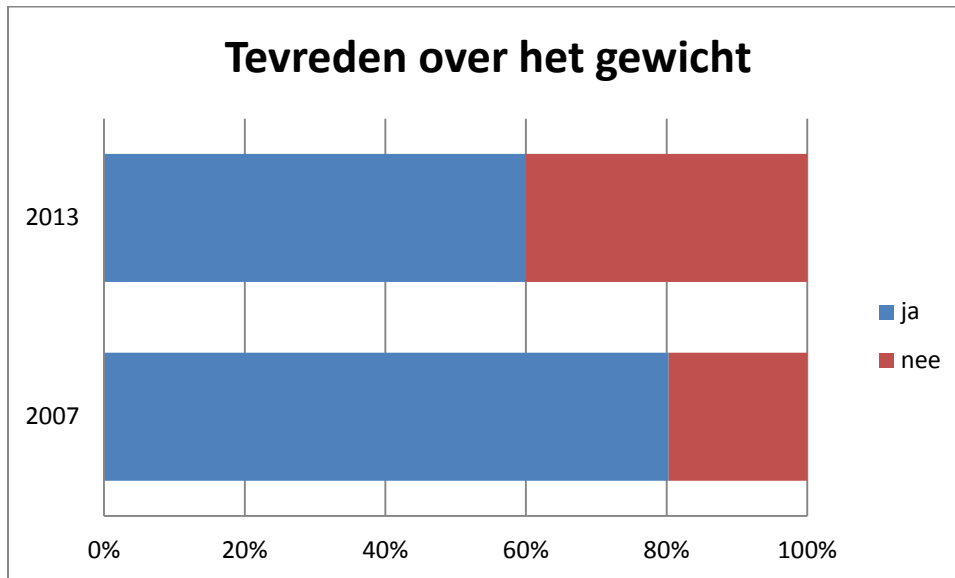


Wanneer we de klassieke BMI-categorieën gebruiken om de respondenten te beschrijven merken we dat 9 jaar na de eerste bariatrische ingreep er 6 personen in een hogere BMI-categorie terecht gekomen zijn en 59 in dezelfde BMI-categorie zaten als voor de ingreep. Voor de andere leden had de ingreep wel succes. Na de ingreep had maar liefst 25% van de respondenten een normaal gewicht ($18 \leq \text{BMI} < 25$), 36% had nog licht overgewicht ($25 \leq \text{BMI} < 30$). Waar voor de ingreep nog ruim 83% obees was ($\text{BMI} > 35$), was slechts 12% dit nog na de ingreep.



4. Tevreden over gewicht

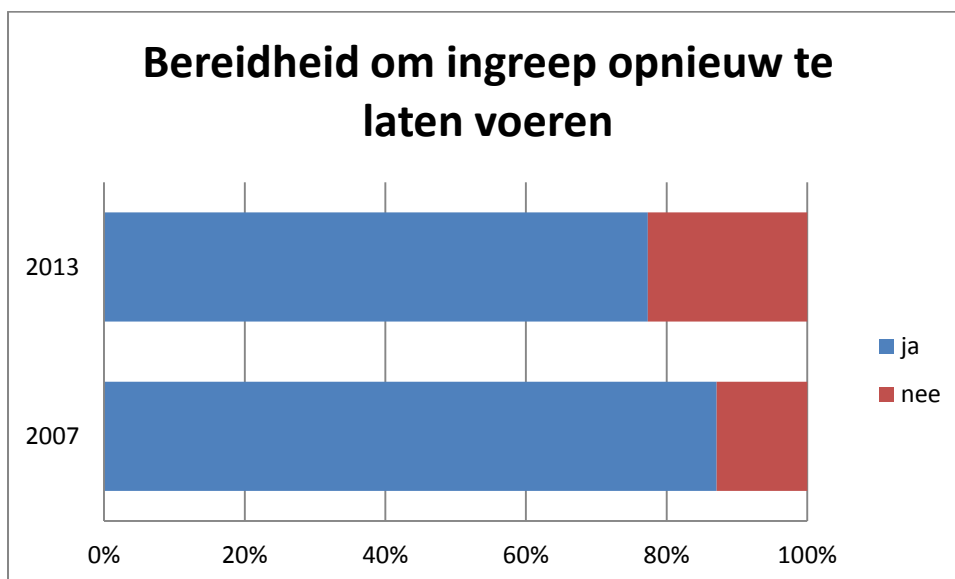
Waar in 2007 nog 80,31% tevreden was over haar/zijn gewicht, blijkt in 2013 slechts 60% dit te zijn.



Van de respondenten die in 2007 aangaven tevreden te zijn, was nog 66% tevreden 7 jaar later. Van zij die ontevreden waren, waren er 35% tevreden met hun gewicht in 2013. De toename in de proportie van ontevreden respondenten is significant ($p < 0,0001$).

5. Ingreep opnieuw laten uitvoeren

In 2007 antwoordde 87% dat ze de ingreep opnieuw zouden laten uitvoeren, wat wijst op een grote algemene tevredenheid over de ingreep. In 2013 daalde de bereidheid om een bariatrische ingreep terug uit te laten voeren significant tot 77%.



6. Nieuwe ingreep laten uitvoeren en waarom

In 2013 vroegen we de respondenten of ze sinds de ingreep in 2004/05 opnieuw een ingreep voor obesitas hadden laten uitvoeren. 81% van de respondenten had geen nieuwe ingreep laten uitvoeren, 17% één, 2% meer dan één. Praktisch 1 op 5 respondenten krijgt dus een heringreep.

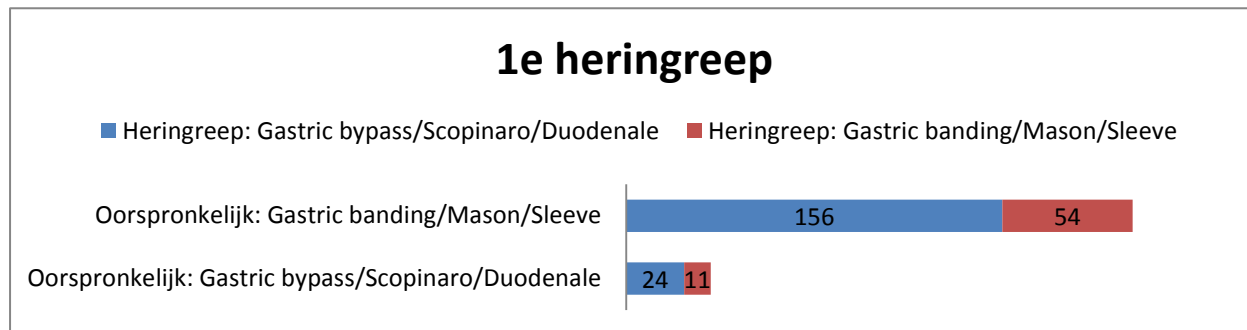
Indien de respondenten aangaven opnieuw geopereerd te zijn, vroegen we ook waarom. Van de 187 respondenten die aangaven opnieuw een ingreep te hebben gehad was dit in 53% naar aanleiding van complicaties, omwille van tegenvallende resultaten (27%) en om andere redenen (35%).

7. Heringrepen

Op basis van de facturatiegegevens konden we achterhalen welke bariatrische ingrepen respondenten allemaal ondergingen in het geval van de ingrepen. Bij de 1767 respondenten die

deelnamen aan de enquête in 2007 en opgevolgd werden, werden 2030 ingrepen uitgevoerd in de periode 2004-2013.

Van de 1767 respondenten ondergingen 245 respondenten één of meer heringrepen. In de grafiek hieronder ziet u welke de eerste bariatrische ingreep was en welke heringreep aangerekend werd. Bij 210 van de 245 mensen was de oorspronkelijke ingreep een gastric banding of aanverwante operatie tegenover 35 mensen die als eerste ingreep een gastric bypass/mason/sleeve hadden laten uitvoeren. In 7 op de 10 ingrepen was de eerste heringreep een ingreep van het type gastric bypass/scopinaro/duodelane switch.

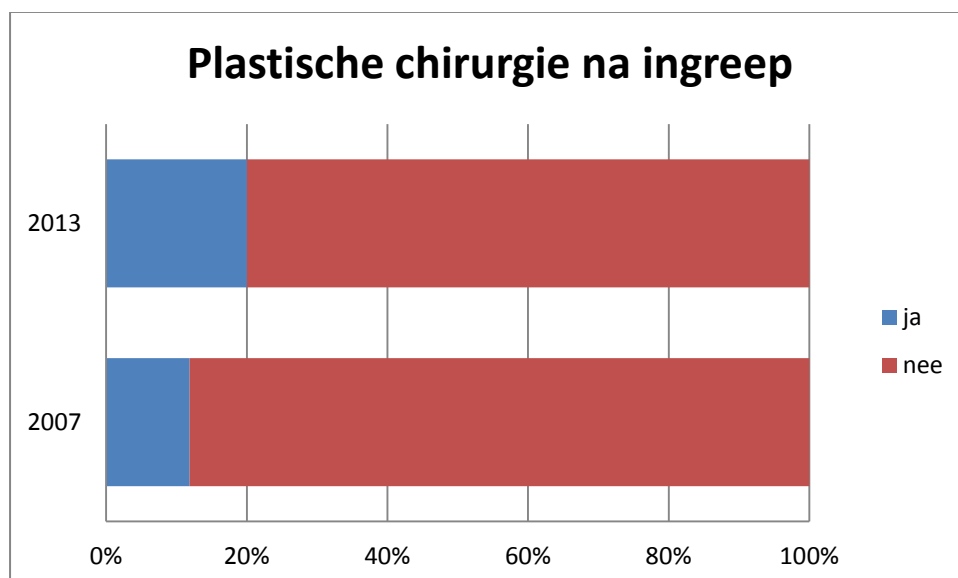


Het relatieve risico om een heringreep te ondergaan voor mensen met een gastric bypass ondergingen is slechts 15% van dat van mensen met een gastric banding. Dit relatieve risico houdt echter geen rekening met de verschillende eigenschappen van de personen. Zoals we eerder zagen, wordt er bij zwaardere mensen sneller gekozen voor een gastric bypass. De patiënten van beide type ingrepen hebben dus wellicht een verschillend profiel. Wanneer we standaardiseren op basis van leeftijd, geslacht, bmi vóór de ingreep in 2004/05 en type ingreep, dan stellen we vast dat de kans op een heringreep na een gastric bypass of aanverwante operatie slechts 10% is van de kans op een heringreep na een gastric banding of aanverwante ingreep. Opvallend is dat de kans op een heringreep toeneemt naarmate de aanvangs-bmi hoger was en de patiënt jonger is.

8. Plastische chirurgie na de ingreep

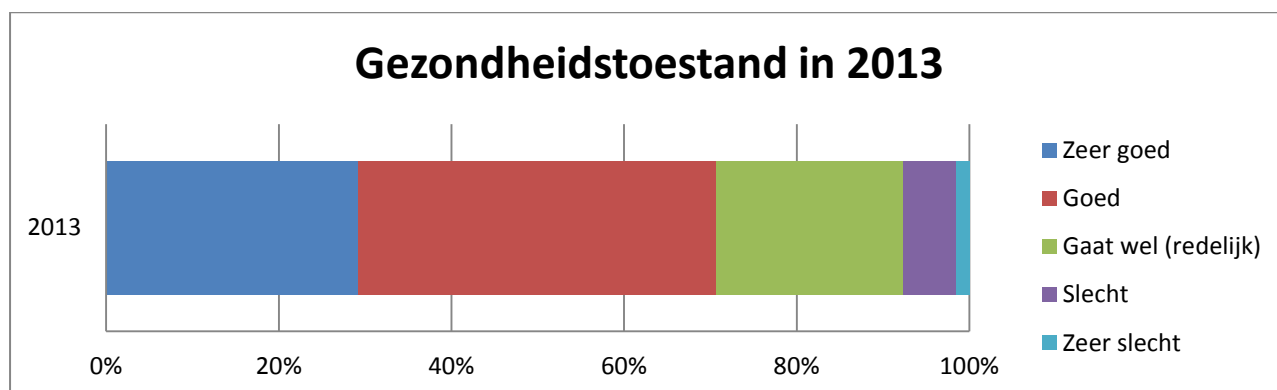
Negen jaar na de ingreep stellen we vast dat 1 op 5 plastische chirurgie onderging na de laatste obesitasingreep. Dit is een significante toename in vergelijking met de situatie in 2007, waar iets meer dan 1 op 10 (12%) plastische chirurgie had laten uitvoeren.

Wel valt op te merken dat de ziekteverzekering slechts een terugbetaling voorziet van plastische chirurgie in het geval van functionele hinder door bijvoorbeeld huidoverschot. Het aantal personen dat plastische chirurgie wil, ligt waarschijnlijk een heel pak hoger af te leiden op het aantal opmerkingen in de kantlijn van de vragenlijst hierover.

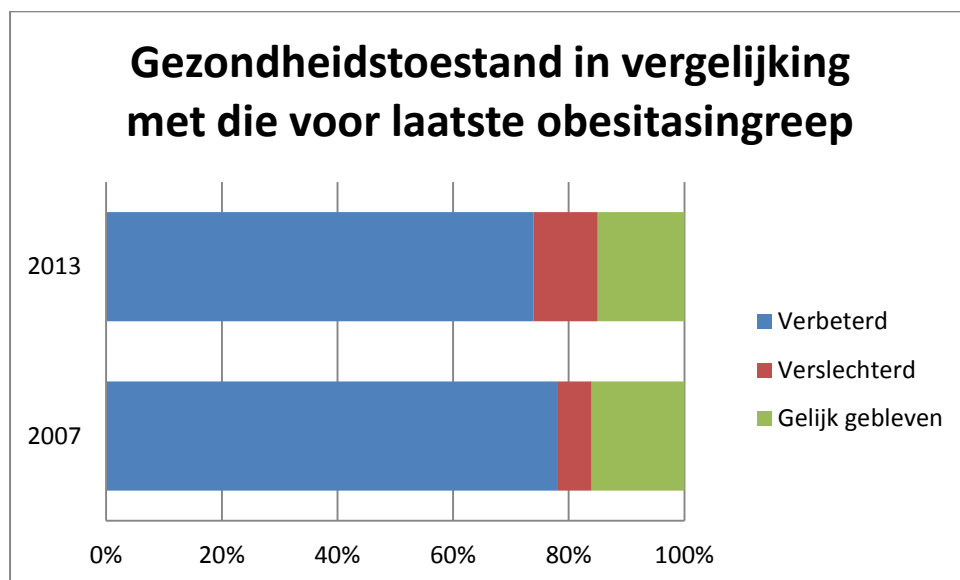


9. Gezondheidstoestand

Uit de antwoorden op de vraag "Hoe is op dit ogenblik uw gezondheidstoestand in het algemeen?" blijkt dat het leeuwendeel van de respondenten zich redelijk tot zeer goed voelt. Slechts 7,6% voelt zich slecht of zeer slecht.

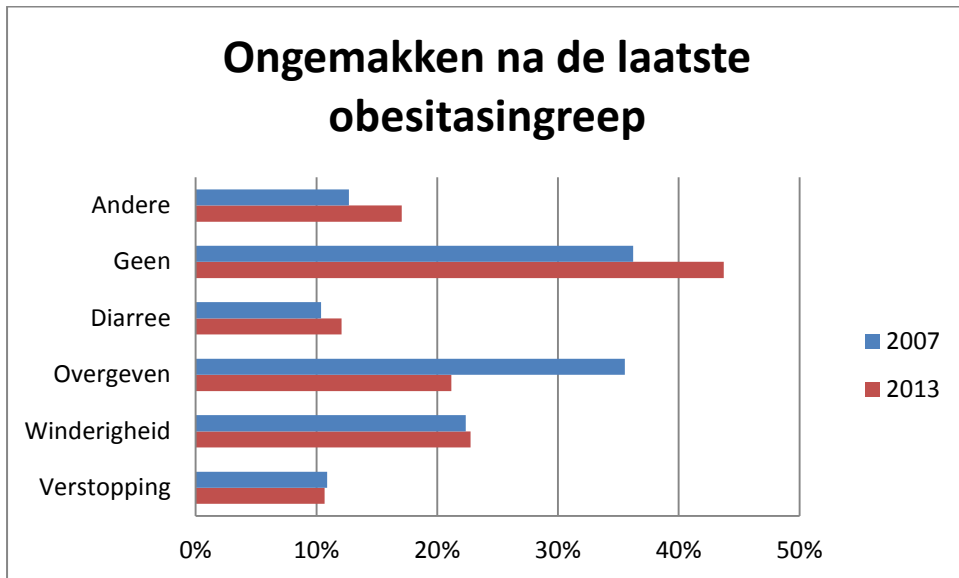


Wanneer we kijken naar hoe de gezondheidstoestand evolueerde na de bariatrische ingreep stellen we vast dat negen jaar na de ingreep een groter aandeel mensen vindt dat hun gezondheidstoestand verslechterd is in vergelijking met hun gezondheid voor de laatste obesitasingreep.



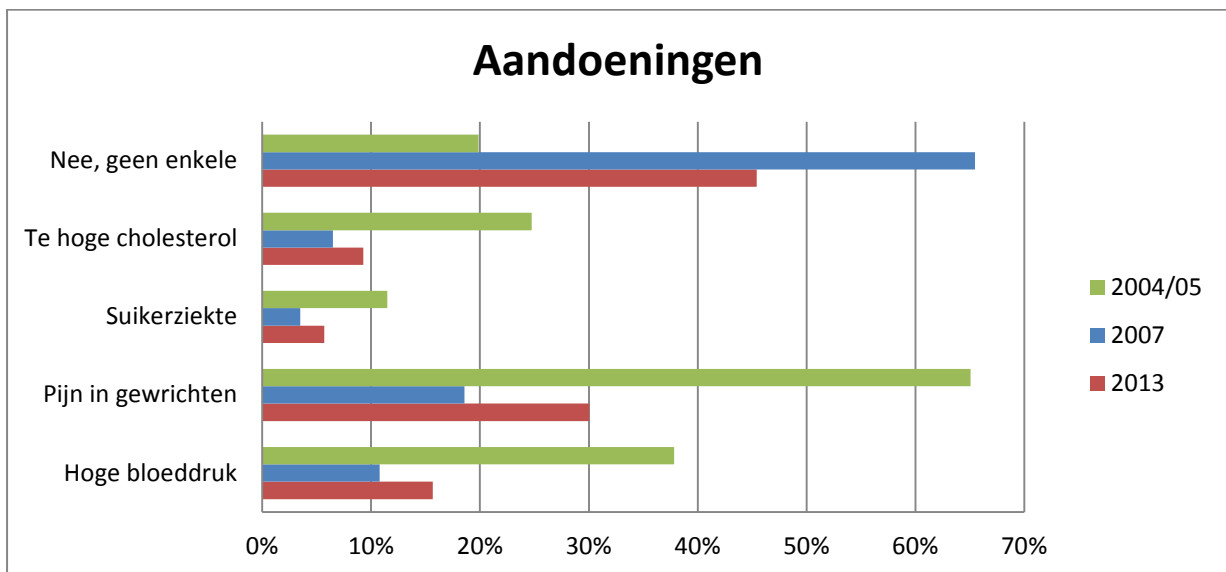
10. Ongemakken na de laatste ingreep

Verdergaand op de gezondheidstoestand focussen we hier even op de ongemakken die patiënten ondervinden na een obesitasingreep. Een opmerkelijke vaststelling is dat het aandeel patiënten die geen ongemakken ondervindt als gevolg van de ingreep gestegen is van 36% naar 44%. Een andere opmerkelijke vaststelling is dat de neiging tot overgeven niet langer als belangrijkste nevenwerking wordt vermeld. Waar in 2007 meer dan 1 op 3 respondenten aangaf hier hinder van te ondervinden vermeldt in 2013 1 op 5 dit ongemak. Winderigheid blijft voor 1 op 5 een serieus ongemak en ruim 1 op 10 heeft last van diarree en verstopping. Een aanzienlijk deel van de patiënten geeft ook aan last te hebben van andere ongemakken zoals buikkrampen, dumping, slecht ruikende stoelgang, enz.



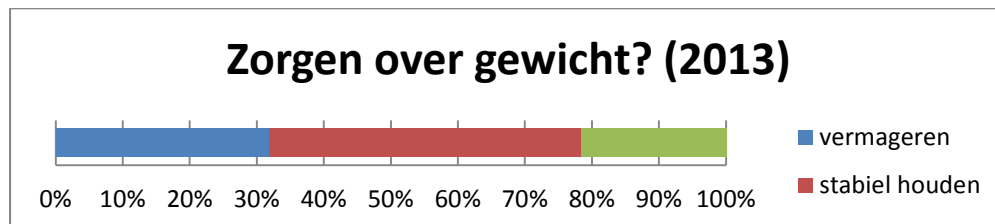
11. Aandoeningen

Na de eerste obesitasingreep lagen de percentages van mensen die last hebben van één of meerdere aandoeningen aanzienlijk lager, vergeleken met deze van vóór de ingreep. Negen jaar na de eerste bariatrische ingreep lijkt het erop dat opnieuw meer mensen last hebben van de vier hier vermelde aandoeningen. We mogen echter niet uit het oog verliezen dat deze mensen ondertussen negenjaar ouder zijn geworden. Desondanks de stijging blijft het voorkomen van de verschillende aandoeningen sterk onder het peil van voor de eerste ingreep in 2004/05. In het hoofdstuk omtrent medicatie komen we hier op terug.



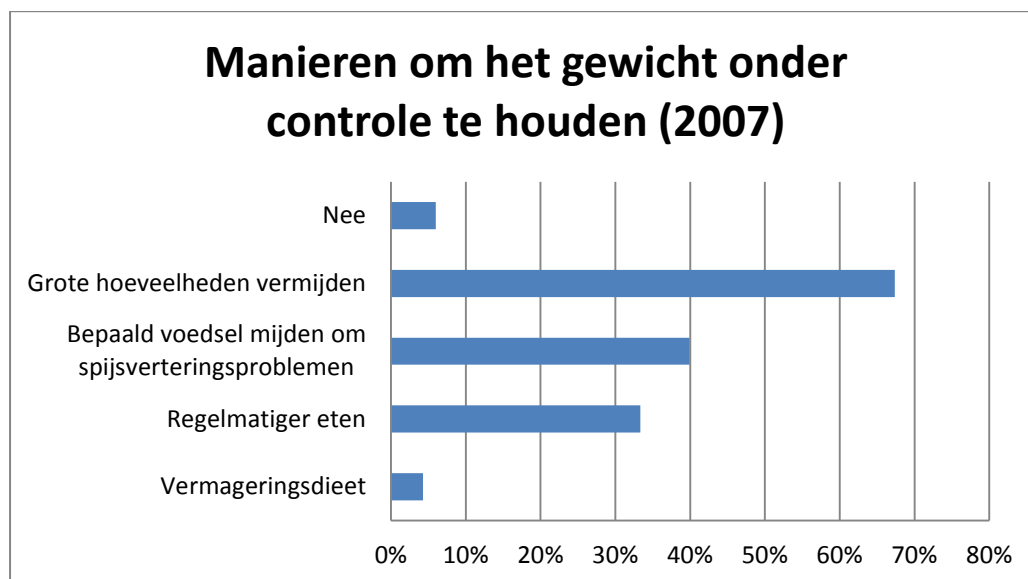
12. Levensstijl

Aan de hand van enkele vragen naar de levensstijl van de respondenten na de ingreep trachten we een beeld te krijgen op het effect van dergelijke operatie. Ondanks het meestal spectaculaire gewichtsverlies probeert 32% van de respondenten nog te vermageren negen jaar na de eerste ingreep. 47% tracht het gewicht stabiel te houden en 22% maakt zich geen zorgen over zijn of haar gewicht.

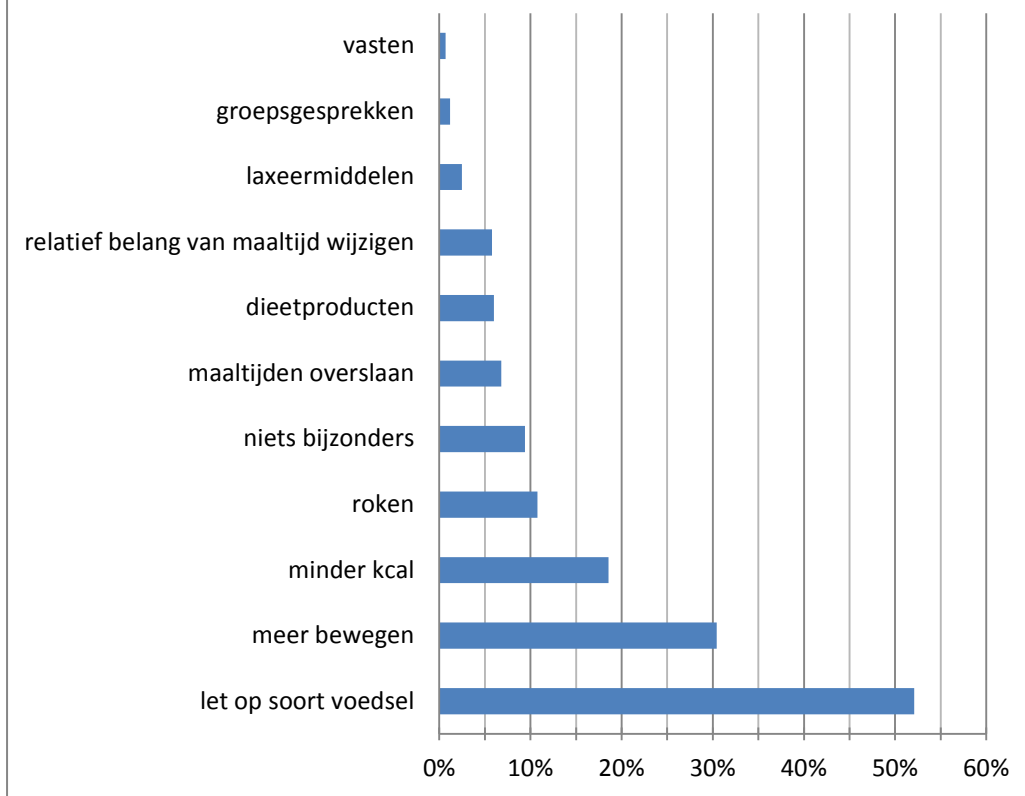


Tevens vroegen we respondenten of hun eetgewoonten veranderd waren (meerdere antwoorden mogelijk). In 2007 gaf twee derde aan dat ze grote hoeveelheden voedsel trachtten te vermijden. 40% meed bepaald voedsel omwille van spijsverteringsproblemen. 33% antwoordde dat ze regelmatig aten en slechts 4% volgde een vermageringsdieet.

Negen jaar later, in 2013, lette iets meer dan de helft van de respondenten nog steeds op wat ze eten. Een derde gaf aan meer te sporten, en 19% nam minder calorieën tot zich. Iets wat verontrustend is dat 7% toegaf maaltijden over te slaan en 2% maakte gebruik van laxeremiddelen om het gewicht onder controle te houden. Slechts 2% van de respondenten nam deel aan groepsgesprekken.



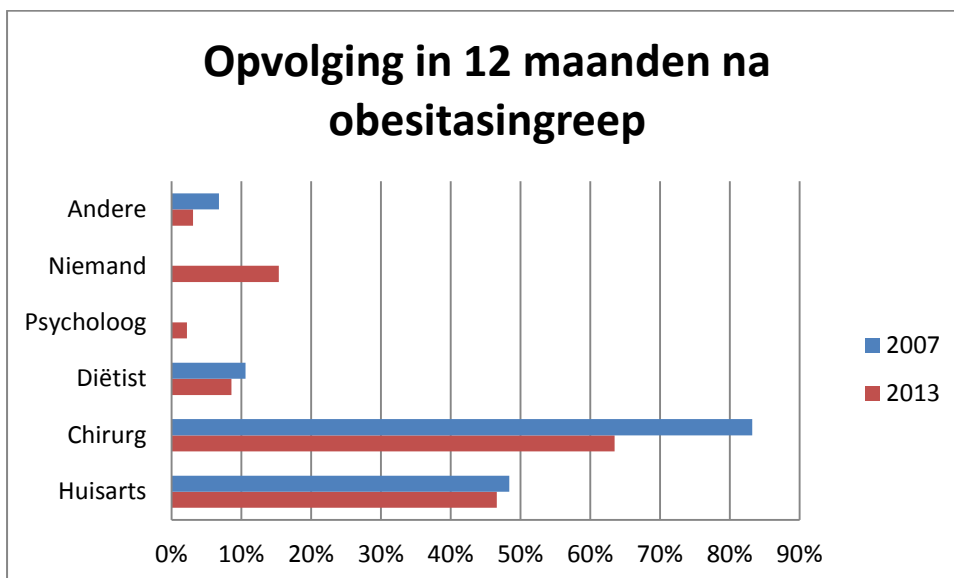
Manieren om het gewicht onder controle te houden (2013)



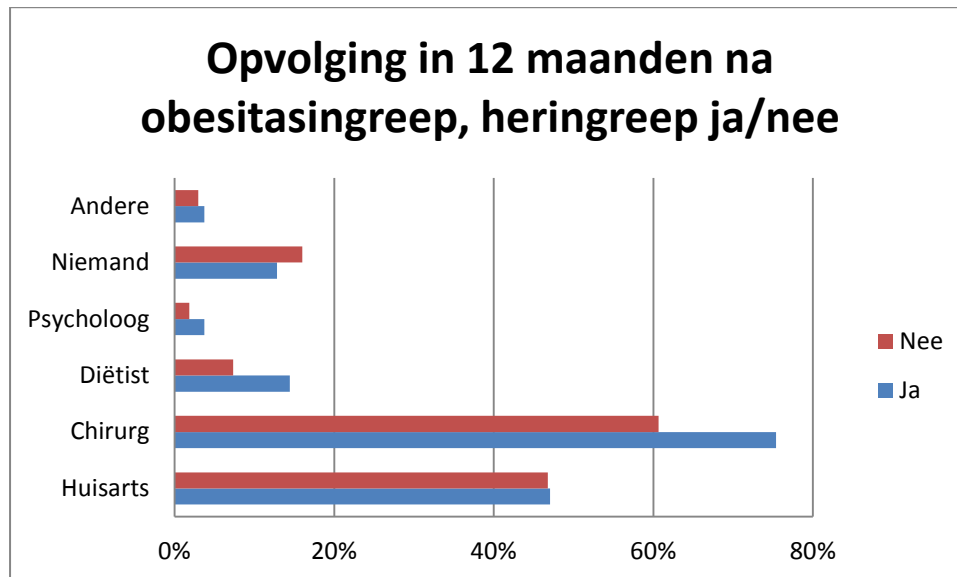
13. Opvolging in de twaalf maanden na de ingreep

Uit de eerste enquête kwam naar voren dat in iets meer dan 80% van de gevallen de chirurg werd aangeduid als de persoon die de opvolging deed in het jaar volgend op de obesitasingreep. Bijna de helft van de patiënten werd opgevolgd door de huisarts en slechts 1 op 9 door de diëtist. In 2013 gaven een pak minder mensen opgevolgd te zijn geweest door de chirurg (63% vs. 83%). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat mensen negen jaar later een andere houding hebben ingenomen over wat opvolging inhoudt. Dit idee wordt versterkt doordat in 2013 ook een antwoordcategorie werd voorzien "door niemand". Een verontrustwekkend hoog aantal (15%) van de respondenten gaf dit als antwoord. Slechts 2 % werd opgevolgd door een psycholoog.

Opvolging in 12 maanden na obesitasingreep

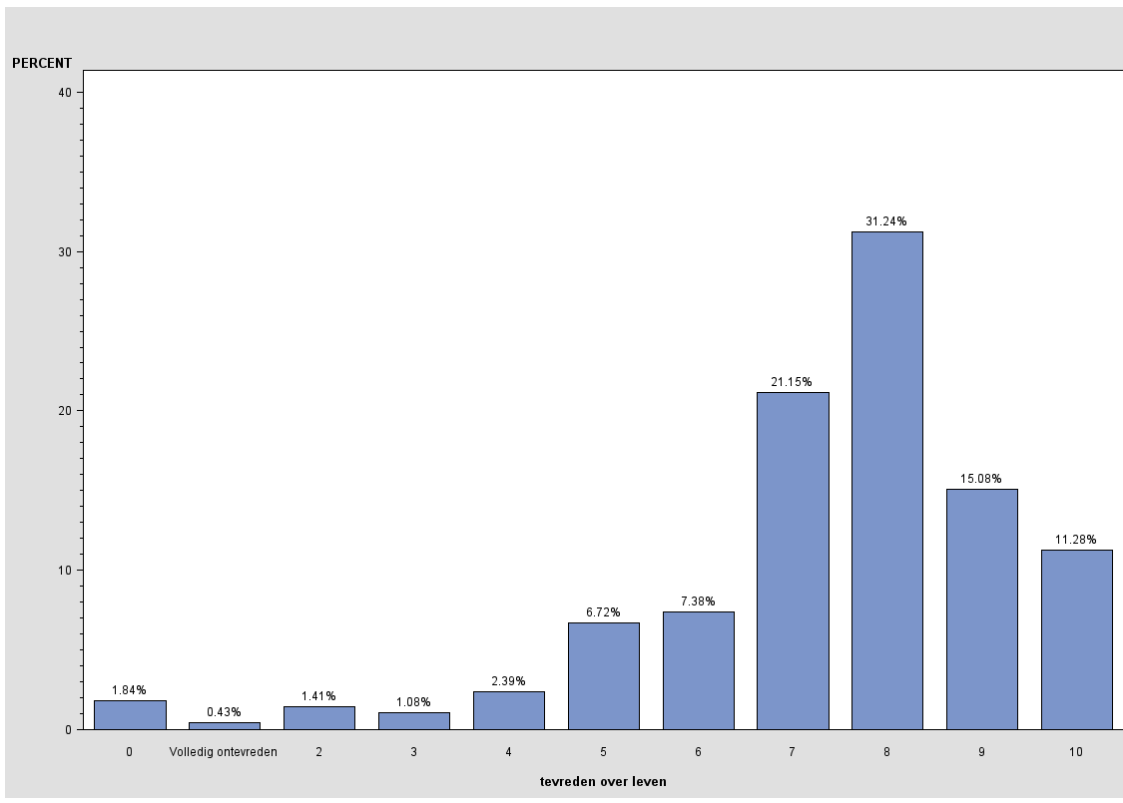


Om na te gaan of er over de tijd veranderingen zijn doorgevoerd in de opvolging, bekeken we ook even de resultaten voor zij die aangaven een opnieuw een bariatrische operatie te hebben gehad na 2004/05. Van de 1002 respondenten die de vragenlijst invulden waren er 187 die in 2013 antwoordden dat ze opnieuw een ingreep voor obesitas hadden laten uitvoeren. Bij deze respondenten stellen we vast dat de opvolgingsgraad hoger ligt. 75% geeft aan opgevolgd te zijn door de chirurg wanneer ze een heringreep hebben laten uitvoeren versus 61% wanneer ze sinds 2004/05 geen ingreep voor obesitas hebben gehad. Verder is het aantal mensen die opgevolgd werden door een diëtist dubbel zo groot bij mensen die een heringreep ondergingen. Waar 2% van de mensen opgevolgd werden door een psycholoog blijkt dit bij de groep mensen met een heringreep 4% te zijn. Het aantal mensen dat helemaal niet werd opgevolgd ligt tevens wat lager (13% vs. 16%), maar blijft erg hoog.

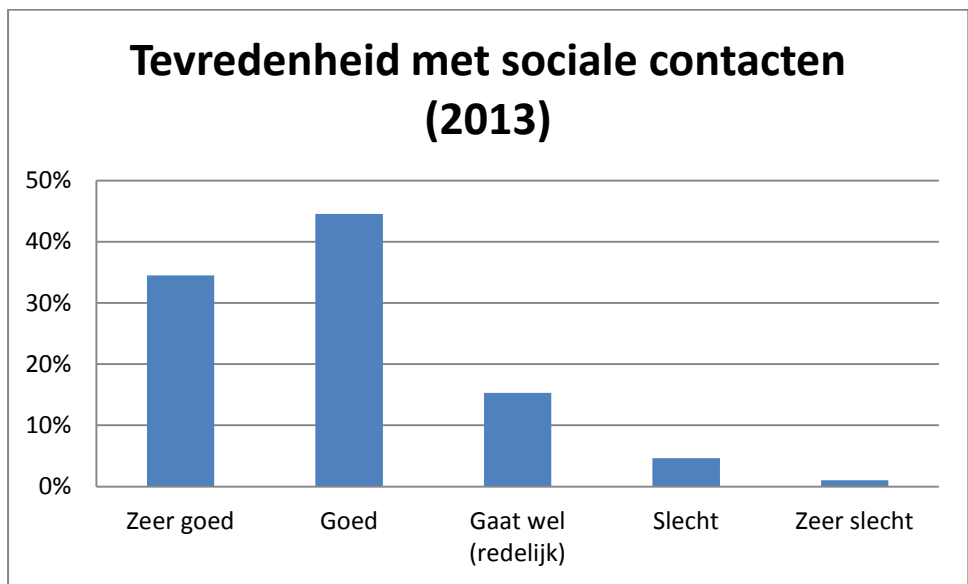


14. Algemene tevredenheid

Op de vraag naar hoe tevreden de respondenten waren met hun leven op een schaal van 0 tot 10, waarbij 0 volledig ontevreden betekent en 10 volledig tevreden was het antwoord gemiddeld 7,4. Het modale antwoord was 8 wat erop wijst dat het merendeel van de respondenten eerder tevreden is met hoe het allemaal gaat. Een beperkte groep is erg ontevreden met zijn of haar leven. Slechts 7% gaven een score van 4 of minder.



Gepeld naar de sociale contacten van onze respondenten en hun tevredenheid daarmee blijkt dat 79% van onze respondenten hun sociale contacten als goed tot zeer goed beschouwde in 2013. 6% ervoer zijn sociaal leven als slecht tot zeer slecht. In vergelijking met het sociaal leven dat ze hadden voor de laatste bariatrische ingreep antwoordde 49% dat hun sociaal leven verbeterd was, voor zo'n 45% was er niets veranderd en bij 7% was het sociaal leven verslechterd.



EVOLUTIE VAN HET MEDICATIEGEBRUIK NA EEN BARIATRISCHE INGREEP

Mensen met veel overgewicht kunnen te maken krijgen met specifieke gezondheidsproblemen. Vaak hebben zij problemen met hoge bloeddruk, te hoge LDL cholesterolwaarden of diabetes. Dat bariatrische chirurgie gewichtsverlies als gevolg heeft, is reeds uitgebreid bevestigd in studies. Het effect op de specifieke gezondheidsproblemen en het daaraan gerelateerde medicatiegebruik werd veel minder onderzocht. Een studie van Segal et² al volgde patiënten tot een jaar na hun ingreep, en vond dat patiënten minder medicatie gebruikten tegen hoge bloeddruk, hoge cholesterol, diabetes en depressies na hun ingreep dan ervoor.

Omdat wij de mogelijkheid hebben om leden langer op te volgen, leek het ons interessant om het medicatieverbruik van leden die een bariatrische ingreep ondergingen eens onder de loep te nemen.

METHODOLOGIE

Zoals u eerder kon lezen, vroegen wij in 2007 aan leden die in 2004 of 2005 een bariatrische ingreep ondergingen om deel te nemen aan een enquête. Het is deze groep respondenten die we besloten op te volgen vanaf het moment van hun ingreep tot 2012. Bij de selectie van deze groep voor de enquête in 2007 zijn we immers nagegaan of deze patiënten wel degelijk een ingreep ondergingen tegen overgewicht, en niet omdat zij aan een andere aandoening leden.

Uit deze groep van 1767 mensen vielen er 210 mensen weg omdat zij intussen van mutualiteit veranderden of overleden. Uiteindelijk volgden we dus een groep van 1557 mensen 8 jaar lang, vanaf hun ingreep in 2004 of 2005. Meer specifiek keken we welke van deze mensen medicatie ten minste één maal voorgeschreven kregen voor een bepaalde problematiek één jaar vóór hun ingreep, en gingen vervolgens na hoeveel van hen deze medicatie nog voorgeschreven kreeg in de 8 jaren erna.

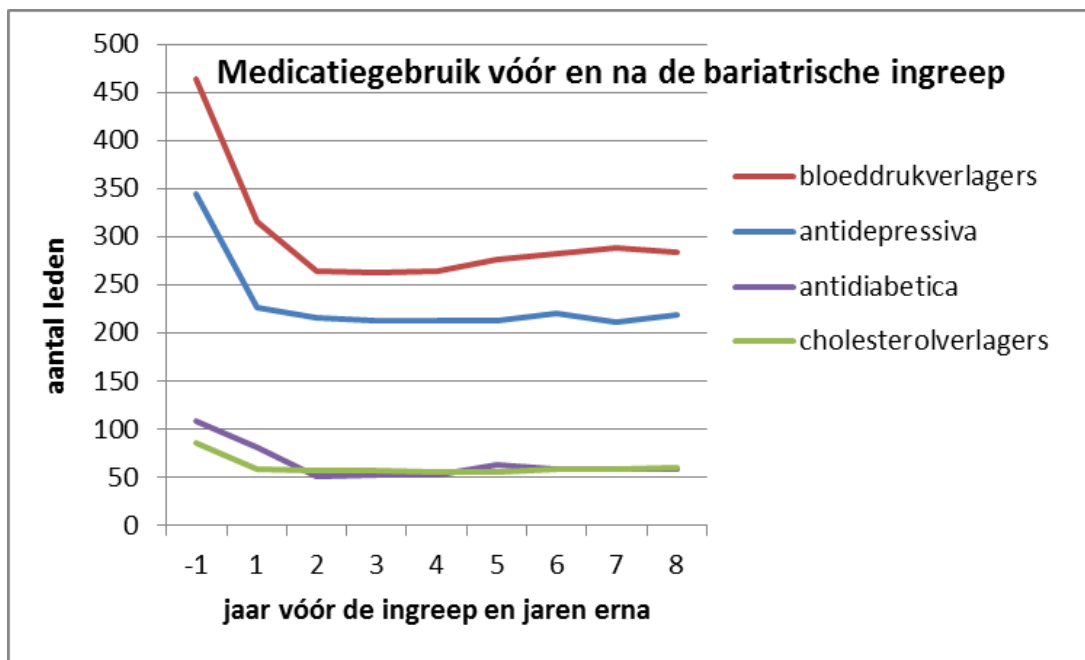
RESULTATEN

Algemeen: Bloeddrukverlagers werden het meest genomen in het jaar voor de ingreep: 464 van de 1557 leden kregen deze voorgeschreven. Van deze 464 leden nemen er nog 315 deze medicatie in het jaar na de ingreep, 3 jaar erna nog maar 262, dat is een daling van 44%.

Naar het voorbeeld van Segal et al, besloten we om ook te kijken naar het gebruik van antidepressiva. Verassend mochten we daar dezelfde evolutie optekenen als voor de bloeddrukverlagers.

Minder patiënten kregen cholesterolverlagers en antidiabetica voorgeschreven, maar ook deze medicatie werd tot de helft minder genomen in het jaar vóór de ingreep dan in de jaren erna. U kan deze evolutie goed zien in Grafiek 1 hieronder.

² Segal JB, Clark JM, Shore AD, Dominici F, Magnuson T, Richards TM, Weiner JP, Bass EB, Wu AW, Makary MA (2010). Prompt reduction in use of medications for comorbid conditions after bariatric surgery. Effective Health Care Research Report No. 28. Available at: <http://effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm>.



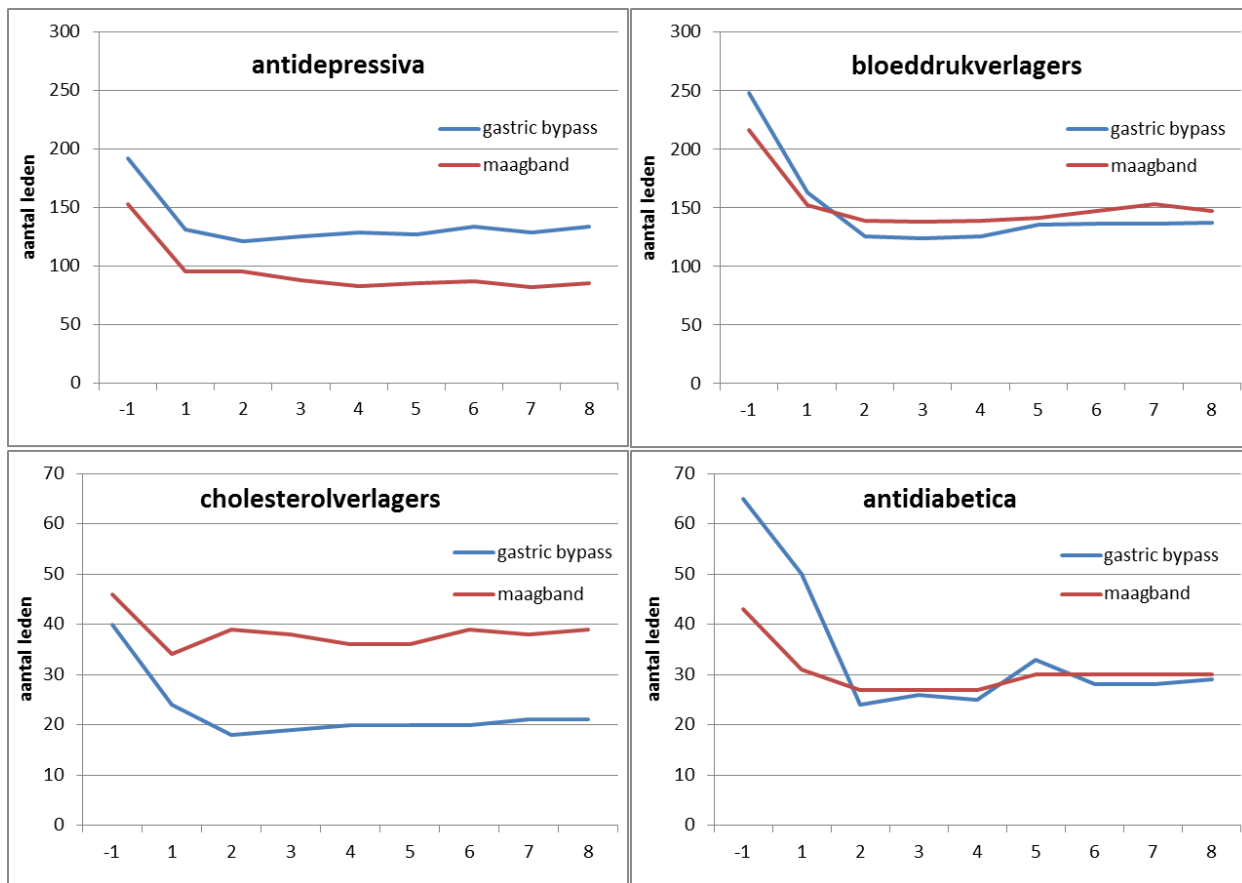
Grafiek 1: Evolutie van het medicatieverbruik na een bariatrische ingreep, aantal leden dat medicatie nam 1 jaar vóór de ingreep en in de 8 jaren erna (cijfers NVSM).

Per type ingreep: Zoals u in Grafiek 2 hieronder kan zien, is de evolutie in het medicatiegebruik niet gelijklopend voor de twee verschillende soorten bariatrische chirurgie. Enkel voor de antidepressiva is het effect voor beide ingrepen gelijkaardig. Voor de antidiabetica, de bloeddrukverlagers en de cholesterolverlagers is het verschil vóór de ingreep tegenover erna meer uitgesproken voor de leden die een gastric bypass ondergingen.

Van de leden met een gastric bypass die in het jaar voor de ingreep bloeddrukverlagers namen, neemt nog 50% van hen die in het tweede jaar erna. Bij leden die een maagband lieten plaatsen is dat nog 64%.

Bij de antidiabetica zien we een gelijkaardige evolutie: van de leden met een gastric bypass die in het jaar voor de ingreep antidiabetica namen, neemt nog maar 37% van hen die in het tweede jaar erna. Bij leden die een maagband lieten plaatsen is dat nog 63%.

Het grootste verschil zien we bij de cholesterolverlagers: van de leden met een gastric bypass die in het jaar voor de ingreep cholesterolverlagers namen, neemt nog 45% van hen die in het tweede jaar erna. Bij leden die een maagband lieten plaatsen is dat nog 85%.



Grafiek 2: Evolutie van het medicatieverbruik bij een gastric bypass en een maagband, aantal leden dat medicatie nam 1 jaar vóór de ingreep en in de 8 jaren erna (cijfers NVSM).

BESLUIT

We volgden het medicatiegebruik van 1557 leden vanaf één jaar voor hun bariatrische ingreep tot 8 jaar erna. Het gebruik van bloeddrukverlagers, antidepressiva, cholesterolverlagers en antidiabetica daalde sterk in de eerste jaren na de ingreep. Het effect is groter voor de leden die een gastric bypass ondergingen.

KOSTPRIJS VAN EEN BARIATRISCHE INGREEP

Hoeveel kost een bariatrische ingreep nu? We gingen de gemiddelde kostprijs na van een maagverkleining, het plaatsen van een maagring en gastric bypass.

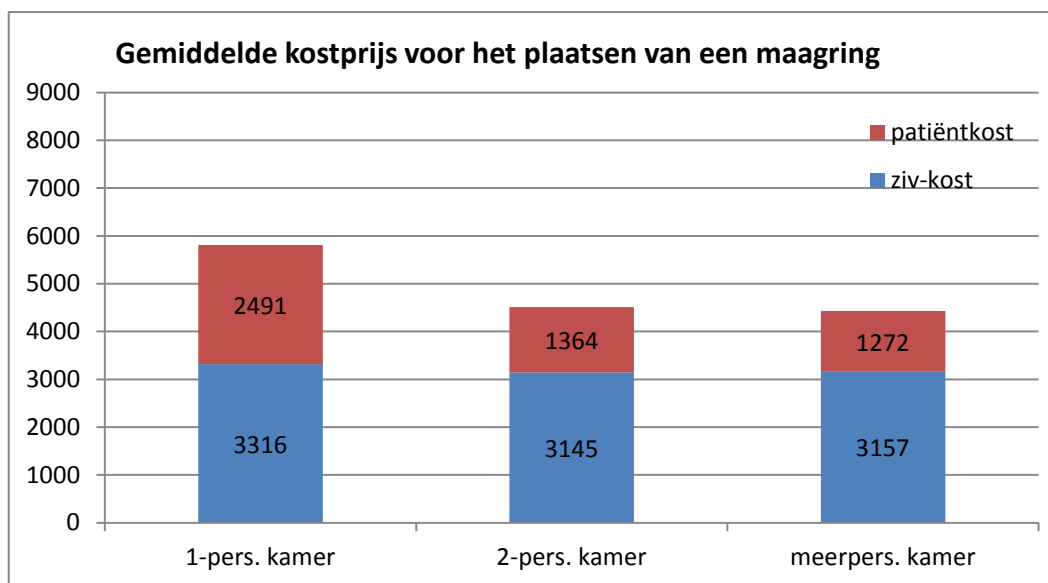
METHODOLOGIE

We baseerden ons op boekhoudkundige gegevens van NVSM-leden in de periode 2010-2012 voor een bariatrische ingreep kozen. Vervolgens gingen we na welke leden op dezelfde dag als deze ingreep ook een andere ingreep ondergingen, die op complicaties of zwaardere pathologieën kon duiden. Van deze leden werden de gegevens geschrapt en niet meer gebruikt bij de berekening van de gemiddelde kostprijs. Op deze manier hebben we getracht om tot een zo zuiver mogelijke gemiddelde kostprijs te komen voor 3 soorten bariatrische ingrepen, namelijk een maagverkleining, het plaatsen van een maagring en een gastric bypass.

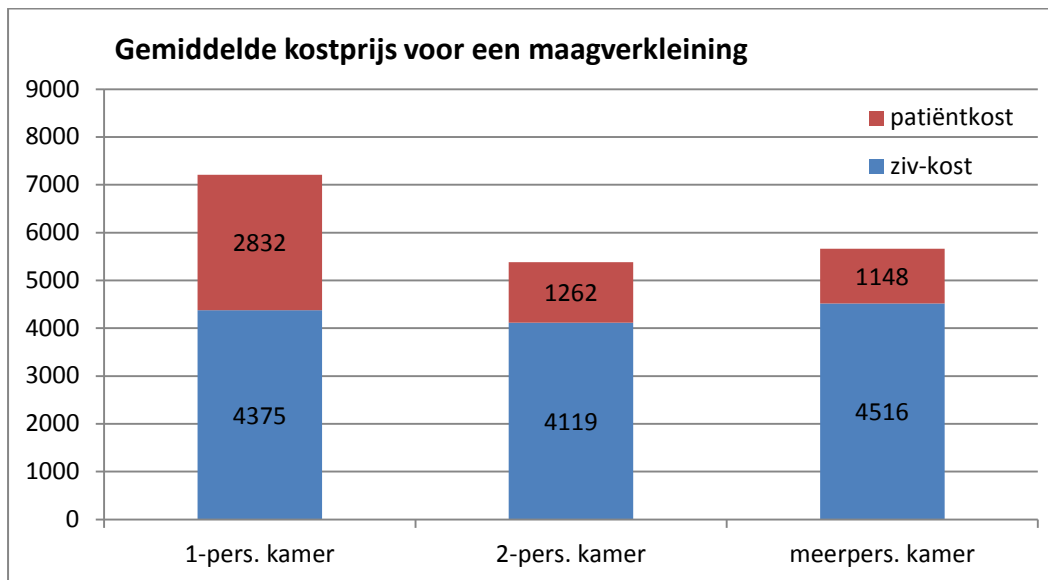
VARIATIE IN DE KOSTPRIJS NAARGELANG KAMERTYPE EN TYPE INGREEP

Eén van de belangrijkste factoren die de kost beïnvloedt, is de keuze voor een bepaald kamertype. In onderstaande Grafieken 3-5, ziet u dat kamerkeuze vanzelfsprekend vooral invloed heeft op de kostprijs voor de patiënt, het aandeel ten laste van de ziekteverzekering (ZIV-kost) blijft vrij stabiel. Zo betaalt een gewoon gerechtigde patiënt voor een gastric bypass in een éénpersoonskamer € 3348 uit eigen zak, tegenover € 1367 in een meerpersoonskamer.

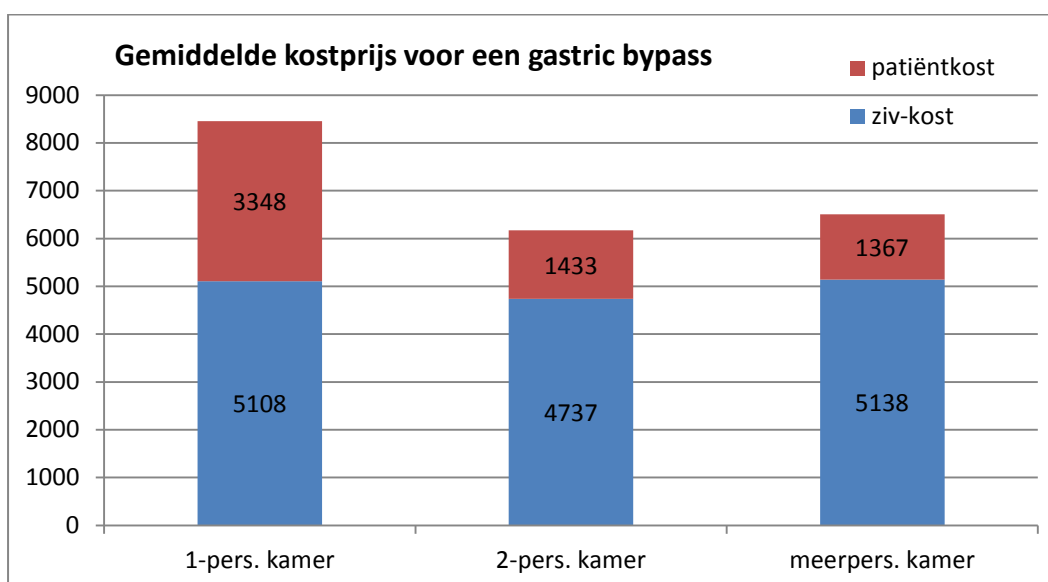
Verder is er een verschil in kostprijs tussen de verschillende soorten bariatrische ingrepen. Het plaatsen van een maagring is de minst ingrijpende ingreep, en dus ook goedkoper dan een maagverkleining. De gastric bypass is de duurste ingreep.



Grafiek 3: Totale kost voor het plaatsen van een maagring, naargelang kamertype (cijfers NVSM, 2010-2012).



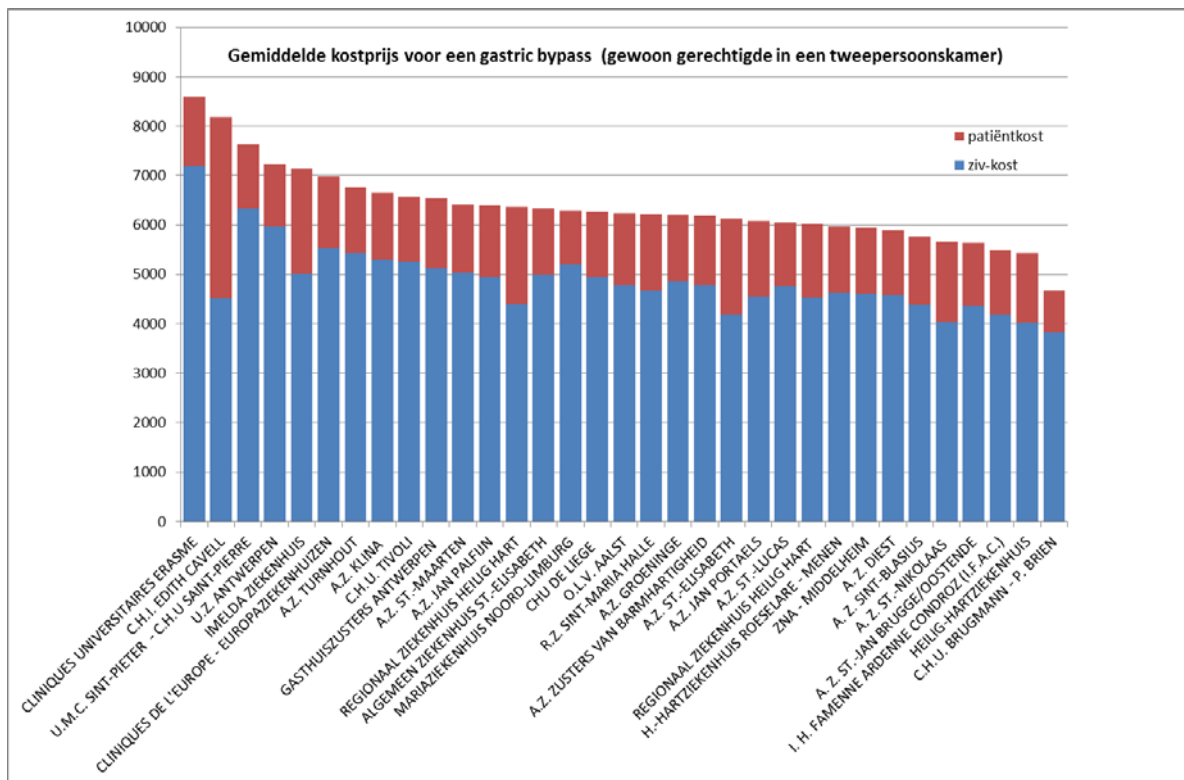
Grafiek 4: Totale kost voor een maagverkleining, naargelang kamertype (cijfers NVSM, 2010-2012).



Grafiek 5: Totale kost voor een gastric bypass, naargelang kamertype (cijfers NVSM, 2010-2012).

VARIATIE IN DE KOSTPRIJS NAARGELANG HET ZIEKENHUIS

Naast het statuut van de patiënt en het kamertype waarvoor hij kiest, varieert de kostprijs ook sterk tussen de verschillende ziekenhuizen. Dit is duidelijk te zien in Grafiek 6, waar we de variabiliteit tonen tussen de ziekenhuizen voor een gastric bypass. In het duurste ziekenhuis is de totale kostprijs van een gastric bypass voor een gewoon gerechtigde patiënt in een tweepersoonskamer € 8590, in het goedkoopste ziekenhuis is dit € 4669. Een patiënt betaalt in het Brusselse Edith Cavell € 3669 uit eigen zak, tegenover € 838 in het C.H.U. Brugmann. De ziekenhuizen met een duidelijk hogere ZIV-kost zijn de universitaire ziekenhuizen, die omwille van hun educatieve karakter een hogere tegemoetkoming krijgen vanuit de ziekteverzekering.



Grafiek 6: Variabiliteit tussen ziekenhuizen voor totale kost van gastric bypass, voor een gewoon gerechtigde in een tweepersoonskamer (cijfers NVSM, 2010-2012).

ONZE ZOEKMODULE

Naast de keuze voor een bepaald kamertype en een bepaald ziekenhuis, speelt natuurlijk ook het statuut van de patiënt een rol. Patiënten met verhoogde tegemoetkoming zullen gemiddeld minder betalen dan een gewoon gerechtigde patiënt. In onze zoekmodule kan u de kostprijs opzoeken van bariatrische chirurgie en 13 andere veelvoorkomende ingrepen, per ziekenhuis, statuut en kamertype.

www.socmut.be/kost-ingreep

BESLUIT

In 2007 deed de dienst Onderzoek & Ontwikkeling voor een eerste maal een studie rond de problematiek van overgewicht en obesitas. Via een schriftelijke enquête bij de leden die een bariatrische ingreep ondergingen in 2004 en 2005 werd een verkennend onderzoek gedaan naar de ervaringen van deze mensen. In deze eerste studie gingen de onderzoekers na wat de gezondheidseffecten waren van chirurgische ingrepen in de strijd tegen overgewicht, hoe tevreden de patiënten waren, hoe de follow-up was en welke de eventuele complicaties en nevenwerkingen waren. We opteerden er in deze studie voor om de 1791 leden die in 2007 deelnamen aan de eerste enquête opnieuw te bevragen. Dit stelt ons in staat om over de tijd heen dezelfde mensen op te volgen en na te gaan wat hun ervaringen zijn met bariatrische chirurgie zo'n 9 jaar na de ingreep. De resultaten van dit onderzoek kon u lezen in deze studie.

Eén van de belangrijkste conclusies, reeds bevestigd in vele studies, is dat mensen inderdaad heel wat gewicht verliezen na een bariatrische ingreep, gemiddeld zo'n 30 kg. Dit gewichtsverlies is blijvend: 8 jaar na de ingreep zijn de meeste respondenten wel terug wat bijgekomen, maar blijven toch ver onder hun oorspronkelijk gewicht.

Obesitas brengt een aantal specifieke gezondheidsproblemen met zich mee, zoals hoge bloeddruk en cholesterol, of diabetes. Soms zijn er ook psychosociale problemen, zoals depressie. We gingen daarom het verbruik van medicatie tegen deze aandoeningen na, en zagen een sterke daling ervan na de ingreep. Deze daling blijft ook na 9 jaar aanwezig.

Maar er is ook minder goed nieuws. Van de 1767 respondenten ondergingen 245 respondenten één of meer heringrepen. Vooral na het plaatsen van een maagring moesten mensen een heringreep ondergaan. Negen jaar na de ingreep stellen we ook vast dat 1 op 5 plastische chirurgie onderging na de laatste obesitasingreep. Voor vele mensen wordt een bariatrische ingreep dus nog gevolgd door een volgende of bijkomende ingreep.

Ook de follow-up kan nog veel beter: zowel uit de eerste enquête als de tweede bleek dat patiënten hoofdzakelijk worden opgevolgd door hun chirurg. Opvolging door een chirurg is zeker nodig om het genezingsproces van de wonde op te volgen. Als dat in orde is, volgen echter nog de grote aanpassingen die een bariatrische ingreep vraagt aan de levensstijl en het sociale leven. Toch werd maar 10% opgevolgd door een diëtist en amper 2% door een psycholoog. Een onrustwekkende 15% gaf aan door "niemand" te zijn opgevolgd...

Net zoals in 2007 gaven ook heel wat leden aan blijvende ongemakken te ondervinden na de ingreep. 1 op 5 geeft aan regelmatig te moeten overgeven of last te hebben van winderigheid. Ruim 1 op 10 heeft last van diarree en verstopping. Een aanzienlijk deel van de patiënten geeft ook aan last te hebben van andere ongemakken zoals buikkrampen, dumping, slecht ruikende stoelgang, enz. Te noteren dat het nog steeds over patiënten gaat die in 2004-2005 werden geopereerd.

We peilden ook naar de invloed van de ingreep op het sociaal leven van onze leden. In vergelijking met het sociaal leven dat ze hadden voor de ingreep antwoordde 49% dat hun sociaal leven verbeterd was, voor zo'n 45% was er niets veranderd en bij 7%, misschien door bovenstaande ongemakken, was het sociaal leven verslechterd.

Al deze resultaten leiden ons tot een belangrijke conclusie: een bariatrische ingreep helpt zeker om gewicht te verliezen, en leidt tot een vermindering van een aantal aan overgewicht gerelateerde aandoeningen. Het doet de inname aan medicatie bij velen drastisch verminderen. Maar het blijft een beslissing die niet lichtzinnig genomen mag worden. Bariatrische chirurgie vraagt zoals elke chirurgische ingreep een herstelperiode en kan aanleiding geven tot complicaties. Daarnaast is het een ingreep die een grote aanpassing van de levensstijl vergt en soms nieuwe, blijvende ongemakken met zich mee brengt. Daarna is een betere follow-up dan wat nu het geval is, meer dan wenselijk.

AANBEVELINGEN

- Een obesitasingreep is het overwegen waard in geval van ernstig overgewicht. Het is één van de verschillende manieren om blijvend gewicht te verliezen, en minder last te krijgen van aan overgewicht gerelateerde aandoeningen zoals te hoge bloeddruk, te hoge cholesterol, en diabetes. Mensen hebben ook dikwijls betere sociale contacten na de ingreep.
- Mensen zouden voldoende informatie moeten krijgen voor de ingreep:
 - Ze moeten gewezen worden op het feit dat er soms een tweede obesitasingreep nodig is, of plastische chirurgie.
 - Er moet hen verder ook duidelijk gemaakt worden dat er soms blijvende ongemakken bijkomen en dat zo'n ingreep een grote aanpassing vergt van de levensstijl en eetgewoonten.
 - Ook de alternatieven zoals een dieet en meer beweging, en begeleiding door een diëtist of psycholoog binnen een obesitasprogramma moeten aangeboden worden.
 - Het moet voor hen duidelijk zijn dat zo'n ingreep niet al hun problemen gaat oplossen, onrealistische verwachtingen moeten grondig besproken worden.
- Patiënten zouden na de ingreep beter opgevolgd moeten worden: opvolging door de chirurg alleen is onvoldoende. Opvolging door een diëtist is noodzakelijk, of door een psycholoog.