

Toetstabel Bariatrische chirurgie 2025

Operationalisatie	Aard van de wijziging	Criteria Toetsingskader	Advies werkgroep	PFN	FMS	V&VN	ZN	NVZ	NFU	ZKN	WSCie
<i>Indicator 3. Textbook Outcome</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>	<i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i>							
Indicator 3. Textbook Outcome	Wijziging in definitie: Clavien-Dindo klasse 1 complicaties worden niet langer meegenomen.	Criterium 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Volgt NVZ	Akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over de aanpassing van de definitie. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN	Verplicht	Bij consensus volgen we het advies van de werkgroep									
<i>Indicator [nummer]</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen</i>	<i>akkoord/geen akkoord</i>							
Indicator 5. Follow-up	Wijziging in definitie: Patiënten die zijn overleden worden niet langer in de noemer meegenomen	Criterium 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Volgt NVZ	Akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over de aanpassing van de definitie . Er is overeengekomen dat patiënten die zijn overleden niet langer worden meegenomen in de noemer. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN	Verplicht	Bij consensus volgen we het advies van de werkgroep									
<i>Indicator [nummer]</i>	<i>Toelichting</i>	<i>Criterium 1 t/m 6</i>	<i>Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen consensus</i>	<i>akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan</i>							

Indicator 6. Gecompliceerd beloop	Wijziging in definitie: Een diagnostische ingreep zonder bevindingen wordt vanaf heden ook als gecompliceerd beloop beschouwd	Criterium 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Volgt NVZ	Akkoord	
Overweging ZIN		Er is consensus in de werkgroep over de aanpassing van de definitie . Er is overeengekomen dat patiënten die zijn overleden niet langer worden meegenomen in de noemer. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN		Verplicht Bij consensus volgen we het advies van de werkgroep										
Indicator 7 (OUD)	Toelichting	Criterium 1 t/m 6	Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen consensus	akkoord/geen akkoord								
Indicator 7 (OUD). Total weight loss 20%	Indicator verwijderd	Criterium 1 t/m 6	verwijderen	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Volgt NVZ	Akkoord	
Overweging ZIN		Er is consensus in de werkgroep over verwijderen van de indicator van 20% TWL. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN		verwijderen Bij consensus volgen we het advies van de werkgroep										
Indicator 7 (nieuw)	Toelichting	Criterium 1 t/m 6	Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen consensus	akkoord/geen akkoord + argument geef per partij dit aan								
Indicator 7. Total weight loss 25%	Nieuwe indicator toegevoegd	Criterium 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Volgt NVZ	Akkoord	
Overweging ZIN		Er is consensus in de werkgroep over verplicht transparant maken van de indicator voor 25% TWL. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN		Verplicht Bij consensus volgen we het advies van de werkgroep										
Indicator [nummer]	Toelichting	Criterium 1 t/m 6	Verplicht, vrijwillig/niet transparant/verwijderen/geen consensus	akkoord/geen akkoord								

Indicator 7. Total weight loss	Ter verduidelijking zijn er tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt, behoudens het veranderde percentage, niet ten opzichte van het vorige verslagjaar.	Criterium 1 t/m 6	Verplicht	Akkoord	Akkoord	Niet aanwezig	Akkoord	Akkoord	Akkoord	Volgt NVZ	Akkoord
Overweging ZIN	Er is consensus in de werkgroep over het doorvoeren van tekstuele wijzigingen. De berekening wijzigt niet hierdoor. Het proces van de samenwerkingsafspraken MSZ is gevolgd. Dit proces is vormgegeven als een verbetercyclus waarin de relevante partijen hun eigen toetsing uitvoeren (betrokkenheid relevante partijen en registraties, uitvoeren registratietoets, autoriseringsronde). Conform dit proces neemt het Zorginstituut het advies van de werkgroep over.										
Advies ZIN	Verplicht	Bij consensus volgen we het advies van de werkgroep									

Indicatorset DATO

Uitvraag ziekenhuizen/ZBC's over verslagjaar 2025

Versie 2025.1, juni 2024

Meer informatie op:

- www.transparantieportaal.nl
- www.dica.nl
- www.zorginzicht.nl

Samengesteld door:

NVvH
ZN
PFN

Aanspreekpunt:

DICA
indicatoren@dica.nl

Deze indicatorset is na toetsing opgenomen in het Register van Zorginstituut Nederland. Verplichte en eventuele vrijwillige indicatoren worden aangeleverd via het door de partijen gekozen aanleverportaal (gegevensmakelaar). Die faciliteert de route (aanlevering en publicatie) voor verplichte transparantie. De verplicht aangeleverde gegevens worden door Zorginstituut Nederland gepubliceerd.

Inhoud	
1 Overzicht indicatoren	3
2 Algemene informatie	4
2.1 Uitgangspunten	4
De indicatoren zijn gebaseerd op de DATO kwaliteitsregistratie.	4
Aanlevering op ziekenhuisniveau/ZBC.	4
2.2 Populatiebepaling	4
2.3 Aanlevering van de gegevens	4
2.4 Indicatorenwerkgroep	4
2.5 Externe partijen	4
3 Vast te leggen gegevens	5
4 Indicatoren	6
5. Wijzigingstabel	17
Bijlage: toelichting op informatie per indicator	18

1 Overzicht indicatoren

Indicator-nummer¹	Indicatornaam	Bron²	Transparantie?³
1	Volume primaire ingrepen	DATO	Verplicht
2	Volume secundaire ingrepen	DATO	Verplicht
3	Textbook Outcome	DATO	Verplicht
4	Verbetering T2DM	DATO	Verplicht
5	Follow-up	DATO	Verplicht
6	Gecompliceerd beloop	DATO	Verplicht
7	Total Weight Loss	DATO	Verplicht
8	PROMs respons	DATO	Verplicht

¹ Kies in de gids voor een heldere nummering: 1, 2, 3 en voor subindicatoren 1a, 1b, 1c. Gelaagdheid, gebruik van punten of romeinse cijfers zorgt voor onduidelijkheid. Het indicatornummer is handig voor gebruik in deze gids, maar zorgt bij het raadplegen van gegevens van verschillende jaren vaak voor verwarring, omdat indicatornummers vaak wijzigen, terwijl de indicator zelf gelijk blijft. Om die reden geeft Zorginstituut Nederland een uniek indicator-ID (INID) af voor iedere verplichte indicator.

² Vul hier de bron in waarin de gegevens voor de indicator worden vastgelegd (bijvoorbeeld kwaliteitsregistratie X, EPD, ZIS, etc)

³ Vrijwillige indicatoren worden niet opgenomen op de Transparantiekalender en dus niet aangeleverd aan en gepubliceerd door Zorginstituut Nederland. Vrijwillige indicatoren worden gedeeld met zorgverzekeraars, cliëntorganisaties en zorgaanbieders

2 Algemene informatie

2.1 Uitgangspunten

De indicatoren zijn gebaseerd op de DATO kwaliteitsregistratie.

Aanlevering op ziekenhuisniveau/ZBC.

- Doel van deze indicatorset is (meerkeuze):
 - interne sturing (waaronder leren & verbeteren)
 - verkrijgen van transparantie over verleende zorg (waaronder samen beslissen)

- Gepubliceerde transparante gegevens uit de openbare database zijn bedoeld voor (meerkeuze):
 - Zorgaanbieders en zorgverleners
 - Zorgverzekeraars
 - Toezichthouders, waaronder de IGJ en NZa
 - Onderzoekers

De indicatoren zijn gebaseerd op:

- Professionele standaard, namelijk: 'Chirurgische behandeling van Obesitas'
- Kwaliteitsstandaard, namelijk: DATO-normeringsdocument

2.2 Populatiebepaling

Voor alle indicatoren in deze indicatorenset bestaat de populatie uit:

Eenieder die een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure ondergaat.

2.3 Aanlevering van de gegevens

Via www.zorginzicht.nl is het processchema te raadplegen voor de aanlevering van de gegevens behorende bij de indicatoren.

2.4 Indicatorenwerkgroep

De werkgroep voor het onderhoud van de indicatorenset DATO bestond in 2024 uit de volgende personen:

- Dhr. dr. S.W. Nienhuijs (voorzitter)
- Dhr. drs. R.S.L. Liem
- Dhr. prof. dr. J.W. Greve
- Dhr. drs. F.F.E. Bruinsma

2.5 Externe partijen

Tevens waren de volgende personen aanwezig bij de Ontwikkeldagen 2023:

- Mw. L. Vunderink – ZN
- Mw. A. van Leeuwen - PFN

3 Vast te leggen gegevens

Om als zorgaanbieder deze indicatorset te kunnen aanleveren, moeten per cliënt de volgende gegevens (variabelen) worden vastgelegd:⁴

De informatie over de vast te leggen gegevens voor deze indicatorenset zijn te vinden in de datadictionary van de DATO op <https://support.mrdm.nl/registraties/dato/>

⁴ Als alle zorgaanbieders dezelfde (kwaliteits)registratie gebruiken kun je dit hoofdstuk leeg laten. Als er echter verschillen zijn in registratie of verwerker van gegevens is dit overzicht noodzakelijk om kwaliteit van de gegevens te borgen.

4 Indicatoren

In de bijlage staan de definities van alle velden toegelicht. Laat iedere nieuwe indicator op een nieuwe pagina beginnen.

Indicatornaam	Volume primaire ingrepen
Indicatornummer	1
Operationalisatie	Totaal aantal primair geopereerde patiënten per ziekenhuislocatie.
Informatie voor cliënten	Inzicht in het aantal uitgevoerde operaties per ziekenhuis.
Relevantie en toepasbaarheid	Het monitoren van het aantal (primaire) ingrepen per jaar.
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: DATO-normeringsdocument Initiator: DATO
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen van de kwaliteit van zorg door volume van behandelingen inzichtelijk te maken.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal
Teller A	Totaal aantal primair geopereerde patiënten* (totaal) per ziekenhuislocatie.
Teller B	Totaal aantal primair geopereerde patiënten* met een sleeve gastrectomy per ziekenhuislocatie.
Teller C	Totaal aantal primair geopereerde patiënten* met een gastric bypass** per ziekenhuislocatie.
Teller D	Totaal aantal primair geopereerde patiënten* met een ander dan bovenstaande bariatrische ingreep (overig)*** per ziekenhuislocatie.
Vraag	Hoeveel primair geopereerde patiënten per ziekenhuislocatie?
Antwoordoptyes	Aantal; één antwoord mogelijk
Definitie	*Primaire ingrepen: hieronder vallen primaire operaties & two-stage first procedures. **Gastric bypass: hieronder vallen Roux-en-Y, single anastomosis gastric bypass en banded gastric bypass procedures. ***Overige ingrepen: hierbij worden 'onbekende' procedures niet meegenomen.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Eenieder die een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure ondergaat.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie teller/noemer Geen casemix correctie toegepast
Databron (registratie)	DATO
Norm	DATO-normeringsdocument
Meetperiode	01-01-2025 t/m 31-12-2025
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2015

Indicator naam	Volume secundaire ingrepen
Indicator nummer	2
Operationalisatie	Totaal aantal secundair geopereerde patiënten per ziekenhuislocatie.
Informatie voor cliënten	Inzicht in het aantal uitgevoerde operaties per ziekenhuis.
Relevantie en toepasbaarheid	Het monitoren van het aantal secundaire ingrepen per jaar.
Type indicator	Structuur
Achtergrond van de indicator	Document: DATO-normeringsdocument Initiator: DATO
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen van de kwaliteit van zorg door volume van behandelingen inzichtelijk te maken.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Aantal
Teller	Totaal aantal secundair geopereerde patiënten* (totaal) per ziekenhuislocatie.
Vraag	Hoeveel secundair geopereerde patiënten totaal per ziekenhuislocatie?
Antwoordopties	Aantal; één antwoord mogelijk
Definitie	*Secundaire ingrepen: hieronder vallen two-stage second procedures & revisie chirurgie. Revisie chirurgie bevat alle undo/conversie/revisie ingrepen. Hierbij kan één patiënt meerdere operaties ondergaan.
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Eenieder die een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure ondergaat.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie teller/noemer Geen casemix correctie toegepast
Databron (registratie)	DATO
Norm	DATO-normeringsdocument
Meetperiode	01-01-2025 t/m 31-12-2025
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2019

Indicatornaam	Textbook Outcome
Indicatornummer	3
Operationalisatie	Percentage primair geopereerde patiënten waarbij de postoperatieve zorg voldoet aan het criterium textbook outcome.
Informatie voor cliënten	Een samengestelde uitkomstmaat voor de kwaliteit van zorg.
Relevantie en toepasbaarheid	Inzicht in of de patiënt het zorgproces volledig zoals verwacht heeft doorlopen.
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: DATO
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen van de kwaliteit van de chirurgische behandeling door het monitoren van het criterium textbook outcome.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij voldaan is aan het criterium textbook outcome**.
Noemer	Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een bariatrische procedure is verricht in verband met ernstige obesitas.
Vraag	Hoeveel primair geopereerde patiënten, waarbij voldaan is aan het criterium textbook outcome?
Definitie	<p>*Primaire ingrepen: hieronder vallen primaire operaties & two-stage first procedures.</p> <p>** Textbook outcome: geen peroperatieve complicaties, geen postoperatieve korte termijn complicaties***, geen reïnterventies, geen postoperatieve intensive care opname i.v.m. een complicatie, geen verlengde opname duur van meer dan 2 dagen postoperatief, geen heropname en geen overlijden. Deze parameters gelden voor 30 dagen na de primaire ingreep of tijdens dezelfde ziekenhuisopname.</p> <p>*** Clavien-Dindo klasse 1 complicaties worden hierin buiten beschouwing gelaten.</p>
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Eenieder die een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure ondergaat.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie teller/noemer Geen casemix correctie toegepast
Databron (registratie)	DATO
Meetperiode	01-01-2025 t/m 31-12-2025
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2022

Indicatornaam	Verbetering T2DM
Indicatornummer	4
Operationalisatie	Percentage primair geopereerde patiënten met preoperatief vastgestelde diabetes mellitus type 2, dat binnen één jaar na de operatie een verbetering van zijn HbA1c laat zien.
Informatie voor cliënten	Inzicht in het percentage patiënten dat een verbetering laat zien m.b.t. type 2 diabetes
Relevantie en toepasbaarheid	Het monitoren van verbetering in comorbiditeiten.
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	Document: NHG Standaard Initiator: DATO
Doel van het meten en publiceren	Monitoren van de lange termijn effecten van een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal patiënten met preoperatief vastgestelde diabetes mellitus type 2 dat primair geopereerd* is en een postoperatieve verlaging van zijn HbA1c** laat zien binnen één jaar*** na de operatie.
Noemer	Aantal patiënten dat primair wordt geopereerd in verband met ernstige obesitas met preoperatief vastgestelde diabetes mellitus type 2 gepaard met een HbA1c boven de normaalwaarde, waarbij er een beschikbaar HbA1c is t.t.v. het eerstejaars follow-up*** moment.
Vraag	Wat is percentage primair geopereerde patiënten met preoperatief vastgestelde diabetes mellitus type 2, dat binnen één jaar na de operatie een verbetering van zijn HbA1c laat zien?
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*Primaire ingrepen: hieronder vallen primaire operaties & two-stage first procedures. ** Waarbij de postoperatieve HbA1c waarde lager ligt dan de preoperatieve HbA1c waarde; *** Follow-up moment eerstejaars: 275 dagen t/m 455 dagen postoperatief; ^normaalwaarden HbA1c man/vrouw: <53 mmol/mol (bekend met diabetes).
In-/exclusiecriteria	Eenieder die een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure ondergaat.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie teller/noemer Geen casemix correctie toegepast
Databron (registratie)	DATO
Meetperiode	01-10-2023 t/m 30-09-2024
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2022

Indicator-naam	Follow-up
Indicator-nummer	5
Operationalisatie	Percentage primair geopereerde patiënten, waarbij een follow-up is geregistreerd na één t/m vijf jaar na de primaire operatie conform de richtlijn 'Chirurgische behandeling van Obesitas'
Informatie voor cliënten	Inzicht in lange termijn uitkomsten.
Relevantie en toepasbaarheid	Van belang om de lange termijn uitkomsten te kunnen monitoren van bariatrische chirurgie.
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: richtlijn 'Chirurgische behandeling van Obesitas' Initiator: DATO
Doel van het meten en publiceren	Langdurige follow-up voor de begeleiding en nazorg van patiënten na een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure volgens de richtlijn 'Chirurgische behandeling van Obesitas'
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller A	Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een eerstejaars follow-up** is geregistreerd op 1 januari 2026.
Teller B	Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een tweedejaars follow-up** is geregistreerd op 1 januari 2026.
Teller C	Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een derdejaars follow-up** is geregistreerd op 1 januari 2026.
Teller D	Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een vierdejaars follow-up** is geregistreerd op 1 januari 2026.
Teller E	Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een vijfdejaars follow-up** is geregistreerd op 1 januari 2026.
Noemer A	Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een bariatrische procedure is verricht in verband met ernstige obesitas tussen 1 oktober 2023 en 1 oktober 2024***.
Noemer B	Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een bariatrische procedure is verricht in verband met ernstige obesitas tussen 1 oktober 2022 en 1 oktober 2023***.
Noemer C	Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een bariatrische procedure is verricht in verband met ernstige obesitas tussen 1 oktober 2021 en 1 oktober 2022***.
Noemer D	Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een bariatrische procedure is verricht in verband met ernstige obesitas tussen 1 oktober 2020 en 1 oktober 2021***.
Noemer E	Aantal primair geopereerde patiënten*, waarbij een bariatrische procedure is verricht in verband met ernstige obesitas tussen 1 oktober 2019 en 1 oktober 2020***.
Vraag	Wat zijn de percentages follow-up van primair geopereerden patiënten?
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*Primaire ingrepen: hieronder vallen primaire operaties & two-stage first procedures. **Berekening van follow-up momenten: eerstejaars: 90 dagen t/m 455 dagen postoperatief; tweedejaars: 456 dagen t/m 820 dagen postoperatief;

	derdejaars: 821 dagen t/m 1185 dagen postoperatief; vierdejaars 1186 dagen t/m 1550 dagen postoperatief; vijfdejaars: 1551 dagen t/m 1915 dagen postoperatief. *** Patiënten die zijn overleden worden niet in de noemer meegenomen
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Eenieder die een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure ondergaat.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie teller/noemer Geen casemix correctie toegepast
Databron (registratie)	DATO
Meetperiode	A. 01-10-2023 t/m 30-09-2024 B. 01-10-2022 t/m 30-09-2023 C. 01-10-2021 t/m 30-09-2022 D. 01-10-2020 t/m 30-09-2021 E. 01-10-2019 t/m 30-09-2020
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2015

Indicatornaam	Gecompliceerd beloop
Indicatornummer	6
Operationalisatie	Percentage primair en/of secundair geopereerde patiënten, waarbij een ernstig gecompliceerd beloop binnen 30 dagen is opgetreden.
Informatie voor cliënten	Inzicht in het risico op complicaties.
Relevantie en toepasbaarheid	Bariatrische chirurgie is hoog complexe chirurgie met kans op complicaties. Belangrijk voor de monitoring van postoperatieve uitkomsten.
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	Document: Initiator: DATO/tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Waarborgen van de kwaliteit van de behandeling door complicaties te monitoren.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal geopereerde patiënten, met een ernstig gecompliceerd beloop* binnen 30 dagen na de desbetreffende ingreep.
Noemer A	Aantal primair geopereerde patiënten**, waarbij een bariatrische procedure is verricht in verband met ernstige obesitas.
Noemer B	Aantal secundair geopereerde patiënten***, waarbij een bariatrische procedure/revisie is verricht na een eerdere primaire bariatrische ingreep.
Vraag	Wat is percentage primair en/of secundair geopereerde patiënten, waarbij een ernstig gecompliceerd beloop binnen 30 dagen is opgetreden?
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*Gecompliceerd beloop: berekend volgens Clavien-Dindo classificatie vanaf graad 3. Clavien-Dindo classificatie: 3. Complicatie behoeft chirurgische, endoscopische of radiologische interventie: a. Interventie zonder algehele anesthesie. b. Interventie met algehele anesthesie. 4. Levensbedreigende complicatie waarvoor opname op een bewaakte afdeling noodzakelijk is: a. Single-orgaan falen (inclusief dialyse). b. Multi-orgaan falen. 5. Mortaliteit. Een diagnostische ingreep zonder bevindingen wordt ook als gecompliceerd beloop beschouwd. **Primaire ingrepen: hieronder vallen primaire operaties & two-stage first procedures. ***Secundaire ingrepen: hieronder vallen two-stage second procedures & revisie chirurgie. Revisie chirurgie bevat alle undo/conversie/revisie ingrepen. Hierbij kan één patiënt meerdere operaties ondergaan.
Aggregatieniveau	Locatieniveau

In-/exclusiecriteria	Eenieder die een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure ondergaat.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie teller/noemer Geen casemix correctie toegepast
Databron (registratie)	DATO
Meetperiode	01-01-2025 t/m 31-12-2025
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2015

Indicator naam	Total weight Loss
Indicator nummer	7
Operationalisatie	Percentage primair geopereerde patiënten met meer dan 25% Total Weight Loss (TWL), waarbij na één t/m vijf jaar na de primaire operatie een follow-up moment is geregistreerd, uitgesplitst per type bariatrische interventie.
Informatie voor cliënten	Inzicht in het totale gewichtsverlies. Daarbij is 25% TWL een streven waarbij de lat hoog wordt gelegd. Mondiaal is momenteel 20% TWL vaak nog gebruikelijk. Ons streven is om voorop te lopen in het verder optimaliseren van uitkomsten. Daarmee komt nu dus de focus minder te liggen op 'wie doet het slechter' en meer op 'wie doet het beter'.
Relevantie en toepasbaarheid	Monitoren van het gewichtsverlies op de lange termijn. Een van de hoofduitkomsten van bariatrische chirurgie.
Type indicator	Uitkomst
Achtergrond van de indicator	Document Initiator: DATO
Doel van het meten en publiceren	Monitoren van het gewichtsverlies op de lange termijn. Een van de hoofduitkomsten van bariatrische chirurgie.
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller A	Aantal primair geopereerde patiënten* waarbij een eerstejaars follow-up** gewicht is geregistreerd op 1 januari 2026, dat ten minste 25% TWL*** heeft bereikt, uitgesplitst per type ingreep****.
Teller B	Aantal primair geopereerde patiënten* waarbij een eerstejaars follow-up** gewicht is geregistreerd op 1 januari 2026, dat ten minste 25% TWL*** heeft bereikt, uitgesplitst per type ingreep****.
Teller C	Aantal primair geopereerde patiënten* waarbij een eerstejaars follow-up** gewicht is geregistreerd op 1 januari 2026, dat ten minste 25% TWL*** heeft bereikt, uitgesplitst per type ingreep****.
Teller D	Aantal primair geopereerde patiënten* waarbij een eerstejaars follow-up** gewicht is geregistreerd op 1 januari 2026, dat ten minste 25% TWL*** heeft bereikt, uitgesplitst per type ingreep****.
Teller E	Aantal primair geopereerde patiënten* waarbij een eerstejaars follow-up** gewicht is geregistreerd op 1 januari 2026, dat ten minste 25% TWL*** heeft bereikt, uitgesplitst per type ingreep****.
Noemer A	Aantal patiënten dat primair* is geopereerd tussen 1 oktober 2023 en 1 oktober 2024, waarbij er een follow-up gewicht bekend is, uitgesplitst per type ingreep****.
Noemer B	Aantal patiënten dat primair* is geopereerd tussen 1 oktober 2022 en 1 oktober 2023, waarbij er een follow-up gewicht bekend is, uitgesplitst per type ingreep****.
Noemer C	Aantal patiënten dat primair* is geopereerd tussen 1 oktober 2021 en 1 oktober 2022, waarbij er een follow-up gewicht bekend is, uitgesplitst per type ingreep****.

Noemer D	Aantal patiënten dat primair* is geopereerd tussen 1 oktober 2020 en 1 oktober 2021, waarbij er een follow-up gewicht bekend is, uitgesplitst per type ingreep****.
Noemer E	Aantal patiënten dat primair* is geopereerd tussen 1 oktober 2019 en 1 oktober 2020, waarbij er een follow-up gewicht bekend is, uitgesplitst per type ingreep****.
Vraag	Hoeveel patiënten behalen 25% TWL en hebben daarmee een goed resultaat behaald?
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	<p>*Primaire ingrepen: hieronder vallen primaire operaties & two-stage first procedures.</p> <p>**Berekening van follow-up momenten (enkel indicator 7): eerstejaars: 275 dagen t/m 455 dagen postoperatief; tweedejaars: 640 dagen t/m 820 dagen postoperatief; derdejaars: 1005 dagen t/m 1185 dagen postoperatief; vierdejaars 1370 dagen t/m 1550 dagen postoperatief; vijfdejaars: 1735 dagen t/m 1915 dagen postoperatief.</p> <p>*** TWL: (preoperatief gewicht – follow-up gewicht) / preoperatief gewicht</p> <p>**** Type ingreep: sleeve gastrectomy, gastric bypass (hieronder vallen Roux-en-Y, single anastomosis gastric bypass en banded gastric bypass) en overige bariatrische ingrepen.</p>
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Eenieder die een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure ondergaat.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie teller/noemer Geen casemix correctie toegepast
Databron (registratie)	DATO
Meetperiode	A. 01-10-2023 t/m 30-09-2024 B. 01-10-2022 t/m 30-09-2023 C. 01-10-2021 t/m 30-09-2022 D. 01-10-2020 t/m 30-09-2021 E. 01-10-2019 t/m 30-09-2020
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2018
Disclaimer	<p>Deze indicator is afhankelijk van het percentage patiënten dat op follow-up is gekomen in het desbetreffende jaar en wordt alleen berekend over de patiënten waarvan een follow-up gewicht bekend is.</p> <p>Als startgewicht wordt het gewicht t.t.v. de screening genomen.</p> <p>Indien er meerdere follow-up momenten staan geregistreerd binnen een genoemd tijdsinterval, wordt voor de berekening van het %TWL het gewicht genomen van het follow-up moment welke het dichtst bij het daadwerkelijke jaar moment ligt (dus het dichtst bij 365 dagen, 730 dagen, etc.)</p>

Indicatornaam	PROMs respons
Indicatornummer	8
Operationalisatie	Percentage primair geopereerde patiënten in de klinische registratie van de DATO dat pre- én postoperatief deel heeft genomen aan de PROMs.
Informatie voor cliënten	Inzicht in de vulling van de PROMs registratie.
Relevantie en toepasbaarheid	PROMs zijn van belang om het effect van de behandeling op kwaliteit van leven te meten
Type indicator	Proces
Achtergrond van de indicator	Document: SKMR-rapport 'PROMS bij obesitas' Initiator: tripartiet
Doel van het meten en publiceren	Stimuleren van PROMs uitvraag gedurende het zorgproces. Wanneer PROMs uitvraag volledig is ingebed is deze indicator niet langer relevant.
Datatype	Percentage
Transparantie	Verplicht
Rekenregels en definities	
Datatype	Percentage
Teller	Aantal primair geopereerde patiënten* in de klinische registratie van de DATO dat preoperatief en ten tijde van het eerste postoperatieve jaar deel heeft genomen aan de PROMs**.
Noemer	Aantal patiënten dat primair wordt geopereerd in verband met ernstige obesitas.
Vraag	Wat is percentage primair geopereerde patiënten in de klinische registratie van de DATO dat pre- én postoperatief deel heeft genomen aan de PROMs?
Antwoordopties	Percentage; één antwoord mogelijk
Definitie	*Primaire ingrepen: hieronder vallen primaire operaties & two-stage first procedures. **PROMs: gemeten met de OBESI-Q, gemeten preoperatief en 275 dagen t/m 455 dagen na de operatie .
Aggregatieniveau	Locatieniveau
In-/exclusiecriteria	Eenieder die een bariatrische en/of een chirurgische metabole procedure ondergaat.
Rekenregels en casemixcorrecties	Rekenregel: zie teller/noemer Geen casemix correctie toegepast
Databron (registratie)	DATO
Meetperiode	Pre-operatief ingevulde PROMs & 275 dagen t/m 455 dagen na de operatie ingevulde PROMs, waarbij de operatie heeft plaatsgevonden in de volgende periode 01-10-2023 t/m 30-09-2024
Aanleverfrequentie	Eén keer per jaar
Eerste aanleverdatum	2018

5. Wijzigingstabel

Beknopt overzicht met wijzigingen ten opzichte van de gids van verslagjaar 2024.

Indicator (nummer oud, nummer nieuw, INID)	Wijziging
Alle indicatoren	Meetperiodes en follow-up jaartallen opgeschoven
Indicator 3	Clavien-Dindo klasse 1 complicaties worden niet langer meegenomen. Patiënten met deze milde complicatie kunnen dus wel Textbook outcome behalen.
Indicator 5	Patiënten die zijn overleden worden niet langer in de noemer meegenomen
Indicator 6	Een diagnostische ingreep zonder bevindingen wordt vanaf heden ook als gecompliceerd beloop beschouwd.
Indicator 7 OUD	De indicator voor 20% TWL is niet langer extern
Indicator 7 NIEUW	De indicator voor 25% TWL is extern geworden
Indicator 7 NIEUW	Tevens zijn er ter verduidelijking tekstuele wijzigingen doorgevoerd. De berekening wijzigt, behoudens het veranderde percentage, niet ten opzichte van het vorige verslagjaar.

Bijlage: toelichting op informatie per indicator

Operationalisatie	De indicator in één korte zin omschreven. Let op: vermeld duidelijk de eenheid van de indicator in deze zin. Bijvoorbeeld: 'wachtijd in dagen'.
Informatie voor cliënten	Het belang van en de betekenis van de indicator wordt hier kort zonder vaktermen verwoord. Een indicator is een meetbaar onderdeel van de zorg wat iets kan zeggen over de kwaliteit van zorg. In de informatie van cliënten wordt beknopt omschreven wat de indicator betekent en hoe deze geïnterpreteerd moet worden ('lager is beter', 'een instelling moet onder de norm van X scoren').
Relevantie en toepasbaarheid	Geef aan waarom de indicator relevant is en voor wie.
Type indicator	<ul style="list-style-type: none"> - Uitkomst - Proces - Structuur
Achtergrond van de indicator	Op basis waarvan is de indicator opgesteld? Verwijs naar een richtlijn/standaard, of een internationale indicatorset waarin de indicator ook is opgenomen. Dit vergroot de validiteit van de indicator: zegt deze indicator echt iets over kwaliteit van zorg?
Doel van het meten en publiceren	Beschrijf wat beoogd wordt met het meten en publiceren. Geef aan voor welke fase in het zorgproces de indicator relevant is; eventueel voor welke type zorginstelling. Geef ook aan – waar van toepassing - in welke situatie de indicator niet langer relevant is.
Transparantie	<ul style="list-style-type: none"> - verplicht (publicatie in Openbare Database van Zorginstituut Nederland) - vrijwillig (geen openbare publicatie. Doorlevering alleen naar patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en zorgaanbieders)
Rekenregels en definities	
Datatype	Het datatype dat moet worden aangeleverd: <ul style="list-style-type: none"> - tekst (vrije tekst of een keuze uit een lijst in de indicatorgids) - ja/nee - aantal (een geheel getal) - getal - percentage (een getal tussen 0 en 100. Teller/noemer *100)
Teller(s)	Het getal boven de streep van een breuk. De teller is altijd een deelverzameling van de noemer. Om lange formuleringen te vermijden, is de volledige omschrijving van de deelverzameling niet altijd herhaald in de teller.
Noemer	Het getal onder de streep van een breuk. Nauwkeurige beschrijving van de cliëntenpopulatie. Indien er sprake van een structuurindicator is, dan is noemer niet van toepassing.
Vraag	Wanneer er een vraag wordt gesteld over de organisatie van de zorg (vaak een klantpreferentievraag), dan kan de vraag aan de instelling hier geplaatst worden. De

	<p>operationalisatie is dan hoe de indicator wordt gepubliceerd. Bijvoorbeeld: Vraag: "Op welke manier kunnen patiënten na de operatie contact opnemen bij vragen?" Operationalisatie: "Aangeboden manieren post-operatief contact"</p>
Antwoordopties	<p>Bij vragen is het belangrijk aan te geven of er slechts één antwoord mogelijk is of meerdere antwoorden mogelijk zijn. Daarnaast moeten de antwoordopties vermeld worden.</p>
Definitie	<p>Indien in de indicator termen worden gebruikt die enige toelichting nodig hebben, zodat betrouwbaar kan worden geregistreerd, dan wordt een definitie gegeven.</p>
Aggregatieniveau	<p>Het niveau waarop de indicatoren worden aangeleverd; in beginsel worden alle indicatoren op locatieniveau aangeleverd. In de uitgangspunten in de indicatorgids wordt voor de hele set aangegeven hoe hier mee om wordt gegaan. Per indicator kunnen specifieke aanwijzingen worden gegeven, bijvoorbeeld voor proces- en uitkomstindicatoren afkomstig uit kwaliteitsregistraties op concernniveau.</p>
In- /exclusiecriteria populatie	<p>Een duidelijke definiëring van de cliëntenpopulatie vertaalt zich uiteindelijk in duidelijke in- en exclusiecriteria. Daarnaast kunnen exclusiecriteria gebruikt worden om vergelijkbaarheid te vergroten. Bijvoorbeeld als bepaalde cliëntengroepen niet gelijk over instellingen zijn verdeeld.</p>
Rekenregels en casemixcorrecties	<p>Rekenregels voor het berekenen van de indicatorwaarde. Wanneer het relevant is voor een indicator kunnen cliëntkenmerken gebruikt worden voor het corrigeren van de indicatorwaarde. Hier moet worden aangegeven of er een casemixcorrectie plaatsvindt en op welke variabelen.</p>
Databron (registratie)	<p>De te gebruiken bron voor het berekenen van de indicatorwaarde. Bijvoorbeeld: LROI, NKR, DLCA-R, EPD, Zorgkaart Nederland</p>
Norm	<p>Als de indicator een norm kent, wordt deze hier in de indicatorgids vermeld. Ook de bron van de norm wordt vermeld.</p>
Meetperiode	<p>De meetperiode is de periode waarin de metingen worden gedaan. Dit is standaard het hele kalenderjaar (01-01 t/m 31-12), maar hier kan van worden afgeweken. Bij follow-upmetingen moet een expliciete keuze worden gemaakt: een meting drie maanden post-operatief binnen het verslagjaar betekent dat de operatie ook in de laatste drie maanden van het voorgaande jaar kan zijn uitgevoerd. Soms wordt er een peildatum gebruikt in plaats van een meetperiode (vaak bij structuurindicatoren). De peildatum ligt dan vaak op 01-03 van het jaar ná het verslagjaar.</p>
Aanleverfrequentie	<p>De frequentie waarmee de indicatoren aangeleverd worden. Afspraken over de frequentie worden landelijk gemaakt. Dit is momenteel één keer per jaar.</p>
Eerste aanleverdatum	<p>Geef aan op welke datum deze versie van de indicator bij het Zorginstituut moet worden aangeleverd. Deze datum</p>

	wordt opgenomen op de Transparantiekalender.
--	--