

---

# **Kanttelingen bij ontwerp- planningsbesluit neurochirurgie**

---



---

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

---

Onderwerp : aanbieding advies 'Kanttekeningen bij  
ontwerp-planningsbesluit neurochirurgie'  
Uw kenmerk : CSZ/ZT 2081765  
Ons kenmerk : -1652/GtV/ts/533-A  
Bijlagen : 1  
Datum : 15 maart 2001

Mevrouw de minister,

Op uw verzoek, vervat in brief nr CSZ/ZT 2081765, bied ik u hierbij het advies 'Kanttekeningen bij ontwerp-planningsbesluit neurochirurgie' aan. Het is voorbereid door het Secretariaat van de Gezondheidsraad, met raadpleging van deskundigen, en gehoord de Beraadsgroep Geneeskunde.

Hoogachtend,

prof. dr JJ Sixma



---

# **Kanttekeningen bij ontwerp- planningsbesluit neurochirurgie**

---

---

aan:

de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

---

Nr 2001/09, Den Haag, 15 maart 2001

---

---

De Gezondheidsraad, ingesteld in 1902, is een adviesorgaan met als taak de regering en het parlement “voor te lichten over de stand der wetenschap ten aanzien van vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid” (art. 21 Gezondheidswet).

De Gezondheidsraad ontvangt de meeste adviesvragen van de bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn & Sport, Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening & Milieubeheer, Sociale Zaken & Werkgelegenheid, en Landbouw, Natuurbeheer & Visserij. De Raad kan ook eigener beweging adviezen uitbrengen. Het gaat dan als regel om het signaleren van ontwikkelingen of trends die van belang kunnen zijn voor het overheidsbeleid.

De adviezen van de Gezondheidsraad zijn openbaar en worden in bijna alle gevallen opgesteld door multidisciplinair samengestelde commissies van—op persoonlijke titel benoemde—Nederlandse en soms buitenlandse deskundigen.

---

Dit advies kan als volgt worden aangehaald:

Gezondheidsraad: Kanttekeningen bij ontwerp-planningsbesluit neurochirurgie. Den Haag: Gezondheidsraad, 2001; publicatie nr 2001/09.

---

auteursrecht voorbehouden

---

ISBN: 90-5549-367-8

---

---

# Inhoud

---

---

1	Inleiding	9
---	-----------	---

---

2	Algemeen	11
2.1	Het begrip 'bijzondere neurochirurgie'	11
2.2	Behoeftte en capaciteit	12
2.3	Voorwaarden en criteria	13

---

3	Doelmatigheid en kwaliteit	15
3.1	Kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep	15
3.2	Deelfuncties	16
3.3	Deregulering	16

---

	Literatuur	19
--	------------	----

---

	Bijlagen	21
A	De adviesaanvraag	23
B	Totstandkoming advies	33

---





## **Inleiding**

---

Op 4 juli 2000 legde de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een ontwerp Planningsbesluit Neurochirurgie ter beoordeling voor aan de Gezondheidsraad (zie bijlage A). Het ontwerp is gebaseerd op de artikelen 2 en 5 van de Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV) en dient ter vervanging van het Planningsbesluit Neurochirurgie van 21 juni 1993.

De kanttekeningen van de Gezondheidsraad zijn vervat in het voorliggende advies. Het is voorbereid door het Secretariaat van de Raad, met raadpleging van deskundigen en is daarna, gehoord de Beraadsgroep Geneeskunde, opgesteld.



## Algemeen

---

### 2.1 Het begrip ‘bijzondere neurochirurgie’

Met de inwerkingtreding van het Planningsbesluit Neurochirurgie van 21 juni 1993 kwam een einde aan de situatie dat de uitoefening van de neurochirurgie in haar volle omvang aan een vergunning was gebonden. De vergunningsplicht heeft sindsdien alleen betrekking op de ‘bijzondere neurochirurgie’. De interpretatie van dit begrip bleek in de praktijk lastiger te zijn dan zich aanvankelijk liet aanzien (GR92, CVZ99). Binnen de beroepsgroep bestaat nog steeds geen volledige consensus over welke verrichtingen wel of niet als bijzonder moeten worden aangemerkt. Zo kan ook een technisch relatief eenvoudige ingreep als bijzonder worden opgevat als er een niet te verwaarlozen kans is op postoperatieve complicaties. Onder ‘bijzondere’ ingrepen moeten daarom niet alleen verrichtingen worden verstaan met een hoge moeilijkheidsgraad, of waarbij een specifieke infrastructuur vereist is, maar ook ingrepen die een bijzondere behandeling van de patiënt vergen, inclusief de voorbereiding en de nazorg (zie ook GR92). In dit verband voldoet de limitatieve begripsomschrijving in het conceptbesluit luidende: “de chirurgische behandeling van aandoeningen aan de hersenen, de hersenschedel, de schedelbasis, de hersenzenuwen, het ruggenmerg en de omgevende vliezen daarvan, alsmede de microchirurgische behandeling van plexus brachialis letsels”, uitgebreid met de zinsnede: “en voorts van die aandoeningen die een functiestoornis veroorzaken van hersenen, ruggenmerg of cauda equina”. Hoewel deze formulering wellicht te ruim is, is dit gezien de intentie van de wet (kwaliteitsoogmerk) geen bezwaar.

---

---

## 2.2 Behoeft en capaciteit

Er zal in de planningsperiode waarschijnlijk een beperkte stijging optreden van het aantal bijzondere neurochirurgische ingrepen. Dit is ook aangegeven in het conceptbesluit. Uitbreiding van het huidige aantal centra is voorlopig niet nodig. Grote veranderingen in de incidentie van neurochirurgische aandoeningen zijn niet te verwachten. Wel zullen de toenemende vergrijzing en technologische vorderingen tot een zekere stijging van het aantal verrichtingen leiden (Amb00, Bek95, Fri98, Tat00, Wad99, Wil96). Bepaalde neurochirurgische aandoeningen komen op oudere leeftijd vaker voor (bijvoorbeeld maligne gliomen, intracerebrale hematomen). Door de medische vooruitgang kunnen grotere ingrepen op oudere leeftijd veiliger plaatsvinden. Daarnaast is er een geleidelijke uitbreiding van indicaties te voorzien met betrekking tot bewegingsstoornissen en pijnbestrijding. Ook zal zich een gedeeltelijke verschuiving naar nieuwere behandelvormen voortzetten. Voorbeelden daarvan zijn de neurostimulatie bij bewegingsstoornissen, de stereotactische radiotherapie (ook wel stereotactische radiochirurgie genoemd) voor de behandeling van niet of moeilijk te opereren – meestal diepgelegen – arterioveneuze misvormingen of tumoren, en het inbrengen van *coils* in aneurysmata bij een acute subarachnoïdale bloeding (Bek95, Cha98, Deu99, GR94, Hon99, Kon98, Sch00, Spe98). Deze laatste behandelmethode is momenteel sterk in opkomst en zal wegens de noodzakelijke, nauwe samenwerking tussen neurochirurgen en neuroradiologen uitsluitend verricht dienen te worden in centra voor bijzondere neurochirurgie. De stereotactische radiotherapie (radiochirurgie) met gebruikmaking van een speciaal voor dat doel uitgeruste lineaire versneller (LINAC-apparatuur) wordt in twee centra toegepast (het Academisch Ziekenhuis Rotterdam en het Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit te Amsterdam). De capaciteit in beide centra wordt momenteel nog onvoldoende benut. Daarnaast vindt in één centrum introductie plaats van het zogeheten *Gamma Knife* (St Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg), een bestralingstoestel (gebruikmakend van cobalt-60 bronnen) dat specifiek voor stereotactische bestraling is ontworpen (GR94). De toepassingen voor beide soorten apparaten overlappen elkaar deels (GR94, Kon98, Nir00). Het gebruik van het *Gamma Knife* is beperkt tot afwijkingen van 30 mm. De LINAC-apparatuur kan ook voor grotere afwijkingen worden toegepast en maakt tevens gefractioneerde stereotactische radiotherapie (conformatieradiotherapie) mogelijk.

Een behoefteeraming van de deelfunctie ‘stereotactische radiotherapie (radiochirurgie)’ is aangewezen alvorens tot eventuele verdere uitbreiding van deze functie wordt overgegaan. Dit geldt ook voor de deelfunctie ‘epilepsiechirurgie’, die al enige tijd in Utrecht is geconcentreerd en sinds kort ook in Maastricht wordt uitgeoefend in samenwerking met het Utrechtse centrum. Sommige deskundigen verwachten dat deze behandelvorm steeds meer toepassing zal vinden in de neuro-oncologie (hersentu-

mor-epilepsie) en ook op veel jongere leeftijd zal worden aangewend, zodat in de toekomst wellicht een derde centrum nodig is. Wordt de jaarlijkse behandelbehoefte in ons land enkele jaren geleden nog op vijftig patiënten per jaar gesteld, op dit moment gaat een (ruwe) schatting eerder in de richting van honderd of meer patiënten per jaar.

---

## Capaciteitsproblemen

De meeste centra voor neurochirurgie hebben – zij het niet alle in dezelfde mate – te maken met capaciteitsproblemen. Hierdoor is in ons land de situatie ontstaan dat mensen met een (goedaardige) hersentumor soms maanden moeten wachten voordat zij in een centrum kunnen worden opgenomen voor een operatie. De capaciteitsproblemen vinden niet zo zeer hun oorzaak in een tekort aan materiële en ruimtelijke voorzieningen, zoals het aantal bedden\*, operatiekamers en polikliniekruimte, als wel in personeelsgebrek. Dit tekort is er niet bij de neurochirurgen maar wel bij verpleegkundigen op verpleegafdelingen en operatiekamers en, inmiddels ook, bij anesthesiologen.

Hoewel het huidige aantal neurochirurgen voor de bedoelde planningsperiode voldoende is (zesentachtig per 1 januari 2000), is het de vraag of de capaciteit met het oog op de latere behoefte en werkbelasting toereikend zal zijn. Het lijkt raadzaam bij de opleidingscapaciteit extra rekening te houden met de wijzigingen die zich de afgelopen jaren hebben voorgedaan en die zich in de toekomst waarschijnlijk zullen voortzetten. Behalve om de zojuist aangegeven demografische en technologische ontwikkelingen gaat het daarbij om veranderingen in de beroepsuitoefening mede als gevolg van maatschappelijke veranderingen. Te denken valt aan de toenemende tijdsinvestering per patiënt door de noodzaak van multidisciplinair overleg, de groeiende behoefte van patiënten aan informatie over behandelopties, de noodzaak van meer wetenschappelijk onderzoek, maar vooral ook kortere werkweken per neurochirurg.

---

### 2.3 Voorwaarden en criteria

De in de conceptregeling beschreven voorwaarden en criteria voor de uitoefening van de bijzondere neurochirurgie komen grotendeels overeen met die in de voorgaande planningsregeling (het planningsbesluit van 1993). Een verschil is echter dat het conceptbesluit niet meer de eis stelt van een minimaal benodigd aantal *full-time* neurochirurgen per centrum ter realisering van een 24-uurs dienstverlening. Ook stelt de (concept)regeling geen specifieke eisen meer ten aanzien van het minimaal aantal jaarlijkse verrichtingen per centrum of locatie. Dergelijke eisen zijn wel van belang ter waarborging van het kwaliteitsniveau. Indien ze ook in het definitieve besluit niet worden opgenomen, is het

---

\* Een uitzondering is het aantal *intensive-care* bedden, dat in sommige centra ontoereikend is. Voorts bestaat in een aantal centra de ‘verkeerde bed’ problematiek: de doorstroming van patiënten naar verpleeghuizen en de thuiszorg stagneert.

---

raadzaam van de beroepsgroep expliciet te verlangen deze criteria nader uit te werken in een landelijk protocol. Bij voorkeur zouden daarin ook specifieke eisen moeten worden geformuleerd ten aanzien van soorten verrichtingen, ingedeeld naar zwaarteklasse. Dit tevens met het oog op deelfuncties die nadere concentratie behoeven (zie 3.2).

## Doelmatigheid en kwaliteit

---

### 3.1 Kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep

Het conceptbesluit kan worden gezien als een overgangsregeling naar een nieuwe organisatie van de neurochirurgie in ons land. Het is opportuun om, vooruitlopend op nieuwe ontwikkelingen, de huidige situatie in zoverre te bestendigen dat geen veranderingen worden aangebracht die later moeilijk zijn terug te draaien (zie ook 3.3).

De beroepsgroep heeft een begin gemaakt met de ontwikkeling en implementatie van landelijk vastgestelde richtlijnen en met het maken van afspraken over taakverdeling en verwijzingsbeleid. Waarschijnlijk is hier nog een lange weg te gaan. De implementatie van landelijk vastgestelde protocollen kan lastig zijn wanneer ook internationaal verschillen van inzicht bestaan over diagnostiek en behandeling van bepaalde ziektebeelden. Het is in dit verband de vraag of de beroepsgroep er op afzienbare termijn en op eigen kracht in zal slagen doelmatige en kwalitatief meest wenselijke zorg te benoemen naast het geven van op consensus gebaseerde aanbevelingen. Externe begeleiding en ondersteuning van het verder te ontwikkelen kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep kunnen daarom uitkomst bieden.

Het invoeren van een uniform registratiesysteem voor neurochirurgische verrichtingen heeft, ten slotte, hoge prioriteit. Een dergelijk systeem is onontbeerlijk voor het verkrijgen van betrouwbare informatie over de kwaliteit en de doelmatigheid van de geboden zorg.

---

---

## 3.2 Deelfuncties

Met betrekking tot de neurochirurgie bij kinderen wordt in het conceptbesluit voortgebouwd op de ontwikkelingen die de laatste jaren plaatsvonden. De zelfordening in het veld heeft onder meer geleid tot gedeeltelijke beëindiging van deze functie in algemene ziekenhuizen en tot de oprichting van de Sectie Kinderneurochirurgie binnen de Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen. Het proces van concentratie is nog niet uitgekristalliseerd. Er is – gezien de formulering van het conceptbesluit – bovendien nog steeds ruimte voor de toepassing van kinderneurochirurgie in niet-academische centra. Verdere concentratie, bij voorkeur binnen de academische centra is aangewezen zoals de Gezondheidsraad eerder bepleitte (GR92). De concentratiebehoefte bij kinderen is groter vanwege de zeldzaamheid en complexiteit van de (verworven of aangeboren) aandoeningen en de bijzondere aspecten die samenhangen met de kinderleeftijd, zoals de anesthesiologie en de psychosociale begeleiding. Wel is een uitzondering te maken voor de kindertraumatologie. Hier is verdere concentratie niet verenigbaar met de behoefte aan neurochirurgische traumazorg die past bij de verdeling van traumacentra over ons land. De behandeling van kinderen met acute ongevalsletsels rechtvaardigt een andere aanpak dan primaire concentratie in een beperkt aantal centra. Voor een adequate behandeling van schedelhersenletsel bij kinderen is een eerste snelle opvang van (levens)belang en het is daarom de vraag of dit, gezien de afstanden en geografische spreiding, alleen in een beperkt aantal neurochirurgische centra zou moeten plaatsvinden.

Op het gebied van bijzondere toepassingen binnen de neurochirurgie verdient het voorts aanbeveling om in het planningsbesluit naast de kinderneurochirurgie ook andere specifieke deelfuncties apart te benoemen. Het gaat om functies die om kwaliteitsredenen nadere concentratie behoeven binnen de bestaande centra. Te denken valt aan de (al genoemde) stereotactische radiochirurgie, de epilepsiechirurgie en de neurostimulatie bij bewegingsstoornissen. Deze laatste behandelvorm wordt inmiddels in samenwerkingsverband uitgevoerd in zes centra (thans vinden bijna honderd verrichtingen per jaar plaats).\*

---

## 3.3 Deregulering

In het conceptbesluit valt te lezen: “Een traject, waarbij op termijn (bijvoorbeeld 4 jaar) bijzondere neurochirurgie geheel of gedeeltelijk uit artikel 2 WBMV zal uittreden, is goed haalbaar. Hierin dient het veld een hoofdrol te spelen”. Uittrede is uiteraard moge-

---

\* Het AMC te Amsterdam, het Academisch Ziekenhuis Groningen, het St Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg, het Medisch Spectrum Twente, het Academisch Ziekenhuis Maastricht en het neurochirurgisch centrum in Den Haag.

---



lijk, maar een wezenlijke vraag is in hoeverre dit uit het oogpunt van waarborging van kwaliteit en doelmatigheid moet worden nagestreefd. Het conceptbesluit geeft geen duidelijke onderbouwing voor het nut en de haalbaarheid van dit beleidsvoornemen. Daarentegen is artikel 2 WBMV mede bedoeld om kwaliteit en doelmatigheid te bevorderen. Het lijkt van belang eerst af te wachten of – en in welke mate – de beroepsgroep succes boekt bij haar verdere inspanningen op het gebied van kwaliteitsbeleid en erin slaagt betere informatie beschikbaar te stellen over de doelmatigheid van de neurochirurgische zorg. Pas dan kan blijken dat het geheel of gedeeltelijk loslaten van het wetsinstrument niet gepaard hoeft te gaan met verlies van kwaliteit. Er dient dan wel een geschikt systeem voorhanden te zijn dat in de plaats komt voor de huidige vergunningensystematiek, met het oog op adequate planning en optimale benutting van de landelijke capaciteit. Zo'n systeem zou tevens moeten voorzien in een toelatingsbeleid voor neurochirurgische centra waarbij via regelgeving, certificatie of anderszins, vooraf toetsing plaatsvindt ten aanzien van behoefte, spreiding en kwaliteit.

Het is denkbaar dat bepaalde vormen van bijzondere neurochirurgie ook na vier jaar om kwaliteitsredenen concentratie blijven vergen, al dan niet via het huidige wetsinstrument. Dit vanwege het feit dat verschillende neurochirurgische ingrepen plaatsvinden bij aandoeningen die weinig voorkomen en complex van aard zijn. Het loslaten van concentratie kan ongewenste versnippering in de hand werken met kwaliteitsverlies als gevolg. De uitkomst van een specifieke ingreep hangt immers af van de ervaring van de betrokken arts (oefening baart kunst). Voorts is een argument voor handhaving van concentratie dat de beoefening van diverse vormen van bijzondere neurochirurgie het beste tot haar recht komt in een multidisciplinaire structuur, die slechts in een beperkt aantal centra voorhanden is.

Mocht op grond van de ontwikkelingen in de komende planningsperiode deregulering na vier jaar voor de hand liggen, dan lijkt het in ieder geval gewenst om voor verschillende deelfuncties (zoals kinderneurochirurgie, epilepsiechirurgie, neurostimulatie, stereotactische radiochirurgie) concentratie – via een adequate regeling – in een beperkt aantal centra te handhaven gezien de kleine patiëntenaantallen en de relatief spaarzame expertise en deskundigheid op deze deelterreinen.



---

# Literatuur

- 
- Amb00     Ambesh SP, Kumar R. Neuroendoscopic procedures: anesthetic considerations for a growing trend. *J Neurosurg Anesthesiol* 2000; 12: 262-70.
- Bek95     Beks JWF. Neurochirurgie. In: *Het Medisch jaar 1995*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995: 156-64.
- Cha98     Chang SD, Steinberg GK. Management of intracranial aneurysms. *Vasc Med* 1998; 3: 315-26.
- CVZ99     College voor Zorgverzekeringen. *Rapport Evaluatie planningsbeluit neurochirurgie*. Amstelveen: College voor Zorgverzekeringen, 1999.
- Deu00     Deuschl G. New treatment options for tremors. *N Engl J Med* 2000; 342: 505-7.
- Fri98     Fries G, Perneczky A. Endoscope-assisted brain surgery: part 2 - analysis of 380 procedures. *Neurosurgery* 1998; 42: 226-31.
- GR92     Gezondheidsraad. Beraadsgroep Geneeskunde. *Planning Neurochirurgie*. Den Haag: Gezondheidsraad, 1992; publikatie nr 1992/19.
- GR94     Gezondheidsraad. Commissie Stereotactische bestraling. *Stereotactische bestraling*. Den Haag: Gezondheidsraad, 1994; publikatie nr 1994/18.
- Hon99     Honey C, Gross RE, Lozano AM. New developments in the surgery for Parkinson's disease. *Can J Neurol Sci* 1999; 26 (Suppl 2): S45-52.
- Kon98     Konigsmair H, De Pauli Ferch B, Hackl A, e.a. The costs of radiosurgical treatment: comparison between gamma knife and linear accelerator. *Acta Neurochir* 1998; 140: 1101-11.
- Nir00     Niranjan A, Lunsford LD. Radiosurgery: where we were, are, and may be in the third millennium. *Neurosurgery* 2000; 46: 531-43.
- Sch00     Schuurman PR, Bosh DA, Bossuyt PMM, e.a. A comparison of continuous thalamic stimulation and thalamotomy for suppression of severe tremor. *N Engl J Med* 2000; 342: 461-8.
-

- Spe98 Speelman JD, Bosch DA. Resurgence of functional neurosurgery for Parkinson's disease: a historical perspective. *Mov Disord* 1998; 13: 582-8.
- Tat00 Tatum IV WO, Benbadis SR, Vale FL. The neurosurgical treatment of epilepsy. *Arch Fam Med* 2000; 9: 1142-7.
- Wad99 Wadley J, Dorward N, Kitchen N, e.a. Preoperative planning and intra-operative guidance in modern neurosurgery: a review of 300 cases. *Ann R Coll Surg Engl* 1999; 81: 217-25.
- Wil96 Wilkins RH. Neurological surgery. *JAMA* 1996; 275: 1825-6.

---

A De adviesaanvraag

---

B Totstandkoming advies

---

## Bijlagen



---

## De adviesaanvraag

---

Op 4 juli 2000 ontving de Gezondheidsraad van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport het volgende verzoek (brief kenmerk CSZ/ZT 2081765):

Hierbij doe ik u een ontwerp planningsbesluit neurochirurgie toekomen. De regeling is gebaseerd op de artikelen 2 en 5 van de Wet op bijzondere medische verrichtingen en dient ter vervanging van het Planningsbesluit Neurochirurgie van 21 juni 1993 (Stcrt. 1993, 120).

Graag verneem ik zo spoedig mogelijk uw opmerkingen over dit ontwerp.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
namens deze:

de plv. Directeur Curatieve Somatische Zorg

w.g. mw drs. GEM Tielen





---

## Ontwerp Planningsbesluit neurochirurgie 2000

Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, op grond van artikel 5 van de Wet op bijzondere medische verrichtingen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Gelet op artikel 5 van de Wet op bijzondere medische verrichtingen en op artikel 1, onder b, van het Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen;

Besluit:

### Artikel 1

Er bestaat voor het uitvoeren van neurochirurgie behoefte aan ten hoogste 13 neurochirurgische centra.

### Artikel 2

De wijze waarop in de behoefte aan centra waar neurochirurgie plaatsvindt, kan worden voorzien en de spreiding van deze centra over Nederland zijn in de bijlage bij dit planningsbesluit neergelegd, met dien verstande dat het uitvoeren van neurochirurgie bij kinderen alleen in academische ziekenhuizen plaatsvindt.

### Artikel 3

Het bedrag van de aanschafkosten voor apparatuur ten behoeve van neurochirurgie, bedoeld in artikel 1, onder b, van het Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen, tot welk bedrag een vergunning niet vereist is, wordt vastgesteld op 10 mln. per afzonderlijk apparaat.

### Artikel 4

Het Planningsbesluit neurochirurgie 1993 wordt ingetrokken.

### Artikel 5

Deze regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.

### Artikel 6

Deze regeling wordt aangehaald als: Planningsbesluit neurochirurgie 2000.

Deze regeling zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

E. Borst-Eilers

---



---

## Bijlage bij het Planningsbesluit neurochirurgie 2000

### Behoeftte en capaciteit

In de neurochirurgie bestaan naast de gewone behandelingen (b.v.: hernia's, e.d.) ook bijzondere behandelingen ten behoeve van complexe en/of zeldzame aandoeningen. Deze tak van neurochirurgie wordt doorgaans bijzondere neurochirurgie genoemd.

Er zijn thans 13 centra, waaronder vier samenwerkingsverbanden, waar met vergunning bijzondere neurochirurgie voor volwassenen en/of kinderen toegepast wordt. Dit aantal en de spreiding van deze centra over Nederland worden als voldoende beoordeeld. Ten aanzien van het aantal verrichtingen in de bijzondere neurochirurgie doet zich slechts een beperkte en geleidelijke stijging voor. Deze stijging houdt verband met de veroudering van de bevolking, alsmede met de vooruitgang op het gebied van de diagnostiek en neurochirurgische operatietechniek. In reactie op het advies van het College voor Zorgverzekeringen merkt de Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen op dat in een aantal neurochirurgische centra sprake is van een wachtlijstproblematiek, voornamelijk door een personeelstekort op de operatiekamer. Afgezien hiervan kan de behoefte aan bijzondere neurochirurgie de komende jaren door de bestaande centra worden opgevangen en behoeft het aantal neurochirurgische centra derhalve niet uitgebreid te worden.

### Centra voor bijzondere neurochirurgie

De toepassing en de uitvoering van bijzondere neurochirurgie vindt in zeventien vergunninghoudende ziekenhuizen plaats, te weten:

- Academisch Ziekenhuis Groningen / Martini Ziekenhuis te Groningen;
- Isala Klinieken te Zwolle;
- Medisch Spectrum Twente te Enschede;
- Academisch Ziekenhuis Nijmegen / Canisius Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen;
- Universitair Medisch Centrum Utrecht;
- Slotervaart Ziekenhuis te Amsterdam;
- Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit te Amsterdam;
- Academisch Medisch Centrum te Amsterdam;
- Leids Universitair Medisch Centrum te Leiden;
- Medisch Centrum Haaglanden te Den Haag / Ziekenhuis Leyenburg te 's-Gravenhage;
- Academisch Ziekenhuis Rotterdam;
- St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg;
- Academisch Ziekenhuis Maastricht / De Wever Ziekenhuis te Heerlen;

In vier gevallen vindt bijzondere neurochirurgie in een samenwerkingsverband tussen twee ziekenhuizen plaats (op 2 verschillende locaties). Derhalve is er sprake van 13 centra voor bijzondere neurochirurgie.

---

## Voorwaarden en criteria

Het verrichten van bijzondere neurochirurgie is aan de hierboven genoemde ziekenhuizen toegestaan zolang zij voldoen aan de hieronder aangegeven voorwaarden en criteria. Een neurochirurgisch centrum dient te beschikken over:

- a een zodanig aantal full-time neurochirurgen dat, bij voldoende aanwezigheid van faciliteiten en verpleegkundig personeel, ten aanzien van onderhavige functie een 24-uurs dienstverlening is gewaarborgd;
- b een adequate infrastructuur (o.m. voldoende operatie-, verpleeg-, IC- en beademingsfaciliteiten);
- c voldoende opvangmogelijkheden voor zware traumatologie, dan wel nauwe samenwerking met een ander neurochirurgisch centrum dat over dergelijke opvangmogelijkheden beschikt;
- d adequate diagnostische voorzieningen zoals echografie, angiografie en computertomografie, MRI en apparatuur voor neuronavigatie;
- e de navolgende (sub-)specialismen die met het oog op de toepassing van neurochirurgie nauw samenwerken: anesthesiologie, neurologie, klinische neurofysiologie, neuropathologie, psychiatrie, interne geneeskunde, endocrinologie, radiologie, nucleaire geneeskunde, oogheelkunde, KNO, orthopedie, revalidatie, radiotherapie, algemene chirurgie, plastische chirurgie, kaakchirurgie, urologie, infectieziekten en klinische microbiologie;

In het geval van een zogenaamd bilocatiecentrum (samenwerkingsverband van twee ziekenhuizen met ieder een vergunning) gelden bovengenoemde voorwaarden en kwaliteitscriteria voor ieder ziekenhuis apart (met uitzondering van a en c, welke voor de beide ziekenhuizen gezamenlijk gelden).

## Samenwerking

Momenteel vindt de bijzondere neurochirurgie in de 4 bilocatiecentra plaats in nauwe samenwerking tussen twee ziekenhuizen. In deze gevallen heeft elk van beide ziekenhuizen een eigen vergunning voor de uitvoering van bijzondere neurochirurgie en gaat het dus om gelijkwaardige partners. De verantwoordelijkheid voor het medisch handelen ligt bij de beide ziekenhuizen afzonderlijk en is gebaseerd op goede onderlinge afspraken, die schriftelijk zijn vastgelegd. De afspraken hebben betrekking op het volledig waarborgen van de traumatologie en de 24-uursdiensten. De samenwerking vloeit voort uit het feit dat één of beide ziekenhuizen - qua capaciteit, behoefte of schaal (aantal specialisten, aantal bedden en aantal patiënten) - té klein is om zelfstandig aan alle voorwaarden en criteria te kunnen voldoen. De gemaakte afspraken, betreffende: protocollen, regelingen, personeel, infrastructuur en apparatuur, zijn duidelijk en formeel schriftelijk vastgelegd.

## Neurochirurgie bij kinderen

Gezien het bijzondere en kwetsbare karakter van deze patiëntengroep krijgt de kinderneurochirurgie een vooraanstaande plaats en bijzondere aandacht in dit planningsbesluit. Bij de vergunningverlening moet nog steeds onderscheid worden gemaakt tussen de neurochirurgie bij volwassenen en de neurochirurgie bij kinderen. Het verantwoord uitvoeren van neurochirurgie bij kinderen stelt namelijk specifieke eisen aan de infrastructuur van het ziekenhuis en aan de deskundigheid van de hulpverleners op het gebied van de kindergeneeskunde.

De nadere concentratie van de neurochirurgie bij kinderen is in principe aan het veld, onder aansturing van de Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen, overgelaten. Inmiddels is er binnen deze vereniging een sectie kinderneurochirurgie opgericht, waarin inhoudelijk vorm wordt gegeven aan het kwaliteitsbeleid ten aanzien van de neurochirurgie bij kinderen. De nadere concentratie heeft haar vorm gekregen in regionalisatie. Momenteel vindt de kinderneurochirurgie bijna uitsluitend in de academische centra plaats. De kinderneurochirurgie in de algemene ziekenhuizen wordt geleidelijk afgebouwd. Deze ontwikkeling zal zich in de toekomst voortzetten. Volgens de Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen wordt de kinderneurochirurgie op termijn op onderdelen verder geconcentreerd. Dit zal echter op basis van de aard van de aandoening en niet van het karakter van de patiëntengroep plaatsvinden. Afhankelijk van de ontwikkelingen zal moeten blijken in hoeverre de concentratie van kinderneurochirurgie gevolgen heeft voor de patiëntenstromen en de budgetten van de ziekenhuizen. Tenslotte is het wenselijk dat de Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen mij regelmatig informeert over de voortgang van het proces van concentratie.

## Doelmatigheid en kwaliteit

Deze twee belangrijke aspecten van zorg(verlening) dienen in de komende jaren de nodige aandacht in de neurochirurgische praktijk te krijgen.

Volgens het 'Rapport Evaluatie Planningsbesluit Neurochirurgie' (april 1999) van het College voor Zorgverzekeringen is er momenteel weinig informatie over de mate van effectiviteit en efficiëntie waarmee de bijzondere neurochirurgie wordt toegepast. Dit heeft een aantal oorzaken. Binnen het vakgebied van de neurochirurgie komen, in verhouding tot andere specialismen, veel aandoeningen voor die een slechte prognose met zich brengen. Hierdoor is het moeilijk om behandelingsresultaten te evalueren in termen van doelmatigheid. Verder is er met betrekking tot de registratie van neurochirurgische verrichtingen momenteel sprake van vier verschillende methoden: de LMR, de jaarlijkse artikel-18-enquete, de neventarieflijst van het CTG en het registratiesysteem van de Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen. Deze methoden vertonen grote verschillen met betrekking tot omschrijving en detaillering, waardoor zij niet vergelijkbaar zijn. Betrokken partijen dienen er zorg voor te dragen, dat in de komende jaren een uniform registratiesysteem wordt ingevoerd voor neurochirurgische verrichtingen. Tenslotte is er geen inzicht in de kosten per neurochirurgische ingreep, geen vergelijking van productie en aantal fte's, e.d.. Het is mijns inziens van het aller-grootste belang, dat zowel de overheid als het veld een beter inzicht krijgen in de (on)doelmatigheid in de bijzondere neurochirurgie.

Uit het bovengenoemde onderzoek van het College voor Zorgverzekeringen is gebleken, dat er, landelijk gezien, tussen de verschillende centra grote verschillen bestaan t.a.v. werkstijlen en protocollen. De concentratie van complexe en zeldzame aandoeningen is nog onvoldoende tot stand gekomen. Er zijn geen landelijke, schriftelijk vastgelegde afspraken t.a.v. taakverdeling en verwijzing. Deze situatie moet in dit opzicht de komende jaren sterk verbeteren. Gedacht wordt daarbij aan een traject, waarbij op termijn, bijvoorbeeld over vier jaar, de gesignaleerde heterogeniteit wordt vervangen door homogeniteit via de ontwikkeling en de implementatie van landelijk, vastgestelde en vastgelegde afspraken en protocollen. De protocollen en afspraken moeten het gehele spectrum van activiteiten reguleren: indicatiestelling, zorgverlening, registratie, samenwerking, taakverdeling, door- en verwijzing, e.a.. Het is de verantwoordelijkheid en de taak van het veld om hieraan in de praktijk vorm te geven. Het betreft hier een relatief kleine en hecht georganiseerde beroepsgroep, die bij uitstek in staat geacht moet worden om aan een landelijk samenwerkingsverband vorm te geven. In dit kader is aan de Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen gevraagd om in deze het voortouw te nemen en in samenwerking met de overige veldpartijen dit traject gezamenlijk in te gaan.

---

## **Toelichting bij het Planningsbesluit neurochirurgie 2000**

### **Algemeen**

Binnen het vakgebied van de neurochirurgie is naast reguliere zorg ook sprake van de behandeling van complexe en/of zeldzame aandoeningen. Sedert 1984 zijn deze behandelingen als bijzondere medische verrichtingen aangewezen. De Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv, in het bijzonder artikel 2, eerste lid, onder a en b) vormt de juridische basis waarop de regulering van de als “bijzondere neurochirurgie” betitelde zorg steunt. De diagnostiek en behandeling van deze aandoeningen brengen hoge kosten met zich mee. Een aantal aandoeningen heeft belangrijke consequenties op maatschappelijk gebied (schedel-hersenletsel, lage rughernia, aangeboren afwijkingen van het zenuwstelsel). Niet alleen uit het oogpunt van kostenbeheersing, maar ook uit dat van kwaliteitsbevordering is het daarom noodzakelijk zorg te dragen voor een beheerste toepassing van deze bijzondere neurochirurgie in een beperkt aantal gekwalificeerde centra. In het Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen wordt bijzondere neurochirurgie momenteel omschreven als de chirurgische behandeling van aandoeningen aan de hersenen, de hersenschedel, de schedelbasis, de hersenzenuwen, het ruggenmerg en de omgevende vliezen daarvan, alsmede de microchirurgische behandeling van plexus brachialisletsels.

Aanpassing van het Planningsbesluit neurochirurgie uit 1993 is wenselijk om bij het omschrijven van de wijze waarop in de behoefte kan worden voorzien, aan te sluiten bij de ontwikkelingen in het veld die inmiddels hebben plaatsgevonden.

### **Definiëring en deregulering**

Uit het “Rapport Evaluatie Planningsbesluit Neurochirurgie” (april 1999) van het College voor Zorgverzekeringen is gebleken dat de huidige begripsomschrijving van bijzondere neurochirurgie – zoals gedefinieerd

---

in het Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen (zie boven) – in het veld voor de nodige onduidelijkheid en discussie zorgt. Aanpassing en aanscherping is dus nodig. Gezien echter een aantal ontwikkelingen in de bijzondere neurochirurgie (bijvoorbeeld op het gebied van: samenwerking, deregulering, concentratie, e.d.) zal voorlopig de huidige begripsomschrijving van bijzondere neurochirurgie worden gehandhaafd, inhoudende de chirurgische behandeling van aandoeningen aan de hersenen, de hersenschedel, de schedelbasis, de hersenzenuwen, het ruggenmerg en de omgevende vliezen daarvan, alsmede de microchirurgische behandeling van plexus brachialisletsels en voorts van die aandoeningen die een functiestoornis veroorzaken van hersenen, ruggenmerg of cauda equina.

Op termijn zal het veld de vrijheid krijgen om, in samenwerking met andere betrokken partijen en onder bepaalde voorwaarden, een dereguleringstraject in te gaan, dat zal moeten leiden tot een nieuwe begripsomschrijving van de verschillende vormen van bijzondere neurochirurgie, alsmede tot een nieuwe organisatievorm van hoofdcentra en daarmee werkende ziekenhuizen waarbinnen de functie bijzondere neurochirurgie kan worden uitgeoefend.

Uit onderzoek van het College voor Zorgverzekeringen is gebleken dat vele neurochirurgen van mening zijn dat een groot aantal bijzondere neurochirurgische verrichtingen (met een meer routinematige karakter) niet per definitie in een neurochirurgisch centrum behoeven te worden uitgevoerd en daarom niet meer onder art. 2 van de Wbmv hoeven te vallen. In een algemeen ziekenhuis kunnen enkele bijzondere neurochirurgische verrichtingen goed uitgevoerd worden, mits aan bepaalde kwaliteitseisen m.b.t. personeel, materieel en infrastructuur wordt voldaan. Een zekere deregulering van bijzondere neurochirurgie is wenselijk. Vereenvoudiging van wet- en regelgeving en regulering op hoofdlijnen liggen, gezien de huidige trends en ontwikkelingen, voor de hand. Een traject, waarbij op termijn (bijvoorbeeld 4 jaar) bijzondere neurochirurgie geheel of gedeeltelijk uit artikel 2 Wbmv zal uittreden, is goed haalbaar. Hierin dient het veld een hoofdrol te spelen. Het uittreden zal namelijk sterk afhankelijk zijn van het vermogen van alle veldpartijen om een aantal zaken met betrekking tot kwaliteit, doelmatigheid, opleiding, e.d. zelf te regelen en te implementeren. De Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen is de aangewezen instantie om dit traject in praktijk vorm en inhoud te geven. De Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen zal worden verzocht een voorstel hiervoor te ontwikkelen. Het Ministerie van VWS wil de wens tot deregulering en uittreding formaliseren. Hiervoor is echter aanpassing van het Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen nodig. Dit zal op korte termijn ter hand worden genomen.

#### Investerings in apparatuur of bouw

Voor investeringen in apparatuur is de limiet waarboven een vergunning op grond van de Wet bijzondere medische verrichtingen voorgeschreven is, zo gesteld dat in de praktijk daarvoor geen afzonderlijke vergunning op grond van de Wet bijzondere verrichtingen behoeft te worden aangevraagd. In de beleidsregel “Investerings” van het College Tarieven Gezondheidszorg is voor de bekostiging van apparatuur een voorziening getroffen (onder punt 4.2.).

Voor bouw gelden de regels van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Inmiddels is voor de betrokken ziekenhuizen het bouwen ten behoeve van bijzondere neurochirurgie een vrij reguliere activiteit geworden. Er is

dan ook geen reden om de bouw op andere wijze te bezien dan de reguliere bouwactiviteiten. Dit betekent dat het de verantwoordelijkheid van de ziekenhuisbesturen is om de met bijzondere neurochirurgie samenhangende bouw op te vangen. Voor zover het gaat om uitbreidingen of verbouwingen (“instandhouding”) kunnen de bouwkundige consequenties door middel van een melding worden gerealiseerd en met de in het kader van de Wet tarieven gezondheidszorg opgebouwde (incidentele – en zonodig – jaarlijkse) instandhoudingsmiddelen worden gefinancierd. Een vergunningaanvraag op basis van de Wet ziekenhuisvoorzieningen is dan – mits voldoende instandhoudingsmiddelen zijn opgebouwd – niet aan de orde. Voor de academische ziekenhuizen kan worden gebruik gemaakt van de regeling van de zogenaamde academische melding.

De Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

Dr. E. Borst-Eilers



## Totstandkoming advies

---

Dit advies is voorbereid door dr GHM ten Velden, secretaris bij de Gezondheidsraad, met raadpleging van de volgende deskundigen:

- dr CJJ Avezaat, hoogleraar neurochirurgie, Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, Rotterdam
- dr DA Bosch, hoogleraar neurochirurgie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- dr R de Graaff, neurochirurg, Medisch Spectrum Twente, Enschede
- drs W Pondaag, neurochirurg, Neurochirurgisch Centrum Zwolle
- dr AC van Huffelen, hoogleraar klinisch neurofysiologie, Universitair Medisch Centrum, Utrecht
- dr CAF Tulleken, hoogleraar neurochirurgie, Universitair Medisch Centrum, Utrecht
- dr WP Vandertop, hoogleraar neurochirurgie, Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Amsterdam

Het advies is ten slotte, gehoord de Beraadsgroep Geneeskunde, opgesteld.

---