

Planningsbesluit neurochirurgie 2001

23 augustus 2001/CZ/IZ-2190247

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.

Artikel 3

1. 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 € 4537802,16 per afzonderlijk apparaat.

2. Tot en met 31 december 2001 bedraagt het in het eerste lid genoemde bedrag bedrag f 10 mln.

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 2001.

Deze regeling zal met de daarbij

behorende bijlage en toelichting in de Staatscourant worden geplaatst.

*De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers.*

Toelichting

Algemeen

Binnen het vakgebied van de neurochirurgie is naast reguliere zorg ook sprake van de behandeling van complexe of zeldzame aandoeningen. Sedert 1984 zijn deze behandelingen als bijzondere medische verrichtingen aangewezen. In het Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen wordt bijzondere neurochirurgie 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.

De Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV, 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. Een aantal aandoeningen heeft belangrijke consequenties op maatschappelijk gebied (schedelhersensletsel, 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.

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

Definiëring

Uit het 'Rapport Evaluatie Planningsbesluit Neurochirurgie' (april 1999) van het CVZ 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. Daarnaast speelt de verschuiving van bijzonder naar algemeen ook een rol. Een aantal neurochirurgische verrichtingen die formeel als bijzonder zijn aangemerkt, zijn eigenlijk niet (meer) bijzonder maar algemeen.

Aanpassing en aanscherping van de huidige definitie of zelfs algehele herdefiniëring zijn derhalve op korte termijn nodig. De NVvN en de GR hebben voorgesteld om de huidige definitie van bijzondere neurochirurgie uit te breiden met de zinsnede: 'en voorts van die aandoeningen die een functiestoornis veroorzaken van hersenen, ruggenmerg of cauda equina'. Wellicht zal de definitie van bijzondere neurochirurgie in de nabije toekomst op deze wijze formeel worden aangepast. Met aanpassing van de definitie dient in ieder geval alvast rekening te worden gehouden. In het onderhavige planningsbesluit is echter vooralsnog de huidige begripsomschrijving van bijzondere neurochirurgie gehandhaafd.

Deregulering

1. Algemeen

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.

De wens tot deregulering past in de intentie van de minister om het veld en de beroepsgroep, die de zorg daadwerkelijk leveren, meer verantwoordelijkheid te geven. Voorts is regulering op basis van de WBMV per definitie een tijdelijke maatregel. Via een wetelijk instrument wordt een specifieke zorgsector van overheidswege vorm gegeven, waarbij er al bij voorbaat van uitgegaan wordt dat het desbetreffende veld en de betrokken beroepsgroep op termijn de verantwoordelijkheid voor inrichting en beheer van de eigen sector via deregulering en zelfregulering overnemen. Uit onderzoek van het CVZ 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. Het gaat om verrichtingen die nu nog formeel als bijzondere neurochirurgie worden aangemerkt, maar die eigenlijk hun bijzondere aard verloren hebben en derhalve een meer algemeen karakter hebben gekregen. 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 derhalve wenselijk. Hierbij dient te worden aange-merkt dat bij de formulering van het deregulerings- en zelfreguleringsbeleid VWS de Kwaliteitswet zorginstellingen als uitgangspunt zal hanteren.

2. Lange termijn

Vereenvoudiging van wet- en regelgeving en regulering op hoofdlijnen liggen, gezien de huidige trends en ontwikkelingen, voor de hand. Een traject, waarbij op termijn (b.v. 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 afhankelijk zijn van het vermogen van alle veldpartijen om een aantal zaken met betrekking tot kwaliteit, doelmatigheid, opleiding, e.d. (b.v.: invoering van een landelijk registratiesysteem) zelf te regelen, te implementeren en informatie hierover beschikbaar te

stellen. Het loslaten van het wetsinstrument mag niet met kwaliteitsverlies gepaard gaan.

De NVvN is de aangewezen instantie om dit traject in praktijk vorm en inhoud te geven. De NVvN zal worden verzocht een voorstel hiervoor te ontwikkelen.

3. Korte termijn

VWS wil de wens tot deregulering en uittreding formaliseren. De eerste stap in dit proces is de aanpassing van de definitie van bijzondere neurochirurgie. Aanpassing van de definitie van bijzondere neurochirurgie kan echter alleen via aanpassing van het Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen en niet via het onderhavige planningsbesluit. Aanpassing van dat besluit zal derhalve op korte termijn door VWS ter hand worden genomen. Bij de aanpassing zal worden bezien in hoeverre het tekstvoorstel van NVvN en GR ('en voorts ... cauda equina') in de nieuwe definitie kan worden meegenomen.

Investerings in apparatuur of bouw

Voor investeringen in apparatuur is de limiet waarboven een vergunning op grond van de WBMV voorgescreven is, zo gesteld dat in de praktijk daarvoor geen afzonderlijke vergunning op grond van de WBMV behoeft te worden aangevraagd. In de beleidsregel 'Investerings' van het CTG is voor de bekostiging van apparatuur een voorziening getroffen (onder punt 3).

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 zonedig, 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.

Administratieve lasten

Het Adviescollege Toetsing Administratieve Lasten (ACTAL) heeft het planningsbesluit neurochirurgie 2001 beoordeeld en niet geselecteerd voor een ACTAL-toets op de gevolgen van de regeling voor de administratieve lasten voor het bedrijfsleven. De totale omvang van de door de regeling veroorzaakte administratieve lasten is beperkt. Volgens ACTAL houdt het planningsbesluit geringe informatieverplichtingen voor het bedrijfsleven in en is om die reden niet relevant voor de vermindering van de administratieve lasten voor het bedrijfsleven. Voorts adviseert ACTAL bij de uitwerking van het beleidsvoornemen om de bijzondere neurochirurgie geheel of gedeeltelijk uit artikel 2 van de WBMV te laten uittreden aandacht te besteden aan administratieve lasten en alternatieven met mogelijk minder administratieve lasten. Ik zal het advies van ACTAL volgen en bij implementatie van het Planningsbesluit neurochirurgie 2001 nadrukkelijk rekening houden met vermindering van de administratieve lasten voor het bedrijfsleven.

*De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers.*

Bijlage bij het Planningsbesluit neurochirurgie 2001

Behoeft en capaciteit

Inleiding

Binnen de neurochirurgie kunnen aandoeningen op grond van de complexiteit van diagnostiek en behandeling of op grond van de zeldzaamheid van aandoeningen onderscheiden worden. Complexe onderscheidenlijk zeldzame aandoeningen vormen het werkkterrein van de bijzondere neurochirurgie. In Nederland is er een aantal neuro-

chirurgische centra. Tot de neurochirurgische centra behoren ziekenhuizen met en ziekenhuizen zonder vergunning. In de ziekenhuizen met vergunning wordt algemene én bijzondere neurochirurgie bedreven. In de ziekenhuizen zonder vergunning wordt alleen algemene neurochirurgie gedaan. In het kader van het Planningsbesluit Neurochirurgie 2001 wordt met neurochirurgisch centrum alleen een centrum voor bijzondere neurochirurgie bedoeld. Dit impliceert tevens een ziekenhuis met vergunning.

Behoeft en capaciteit

Er zijn thans 13 centra, waaronder vier samenwerkingsverbanden, waar met vergunning bijzondere neurochirurgie voor volwassenen of kinderen toegepast wordt. In totaal zijn daarbij 17 ziekenhuizen betrokken. Dit aantal en de spreiding van deze centra over Nederland worden als voldoende beoordeeld.

Grote veranderingen in de incidentie van neurochirurgische aandoeningen zijn niet te verwachten. 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 toenemende veroudering van de bevolking, alsmede met de technologische vooruitgang op het gebied van de diagnostiek en neurochirurgische operatietechniek.

Bepaalde neurochirurgische aandoeningen komen op oudere leeftijd vaker voor (b.v.: 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 (zoals de stereotactische radiotherapie/radiochirurgie). In reactie op het advies van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) merkt de Nederlandse Vereniging van Neurochirurgen (NVvN) op dat in een aantal centra voor bijzondere neurochirurgie langere wachttijden zijn ten gevolge van voornamelijk personeelsschaarste op de verpleegafdelingen, de operatiekamers én bij de anesthesiologen. Voorts is de doorstroming van

patiënten naar verpleeghuizen en de thuiszorg niet optimaal.

De Gezondheidsraad (GR) wijst in zijn advies omtrent dit planningsbesluit op het feit dat, hoewel het huidige aantal neurochirurgen (86 per 1 januari 2000) voor de bedoelde planningsperiode voldoende is, het toch de vraag is of de capaciteit met het oog op de latere behoefte en werkbelasting toereikend zal zijn. De GR adviseert bij de opleidingscapaciteit (thans vijf neurochirurgen per jaar) extra rekening te houden met de technologische, demografische en maatschappelijke ontwikkelingen die zich de afgelopen jaren hebben voorgedaan en die zich in de toekomst waarschijnlijk zullen voortzetten.

Wenselijk is een toename van het aantal neurochirurgen tot maximaal 120 over een periode van 5 jaar. Ik zal het advies van de GR aan de Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen voorleggen en deze vragen zich over de toenemende behoefte aan uitbreiding van de opleidingscapaciteit voor neurochirurgen te buigen.

Concluderend meen ik dat de behoefte aan bijzondere neurochirurgie de komende jaren door de bestaande centra kan worden opgevangen en dat het aantal centra voor bijzondere neurochirurgie niet uitgebreid hoeft te worden. Nieuwe vergunningverlening is niet aan de orde.

Centra voor bijzondere neurochirurgie

Algemeen

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 / Atrium Medisch Centrum 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.

Deelfuncties

De uitvoering van drie deelfuncties van bijzondere neurochirurgie (stereotactische radiotherapie/radiochirurgie, epilepsiechirurgie en neuromodulatie bij bewegingsstoornissen) is slechts aan een beperkt aantal centra voorbehouden.

De stereotactische radiotherapie/radiochirurgie vindt in drie centra plaats:

- Academisch Ziekenhuis Rotterdam;
- Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit Amsterdam;
- St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg;

De epilepsiechirurgie vindt in drie centra plaats:

- Universitair Medisch Centrum Utrecht;
- Academisch Ziekenhuis Maastricht;
- Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit Amsterdam;

De neurostimulatie bij bewegingsstoornissen ("thalamusstimulatie") vindt in zes centra plaats:

- Academisch Medisch Centrum te Amsterdam;
- Academisch Ziekenhuis Groningen;
- St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg;
- Medisch Spectrum Twente;
- Academisch Ziekenhuis Maastricht;
- Ziekenhuis Leyenburg (in samenwerking met LUMC);

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 centrum voor bijzondere neurochirurgie dient te beschikken over:

a. voldoende full-time neurochirurgen, faciliteiten en verpleegkundig personeel, zodat ten aanzien van de onderhavige functie een 24-uurs dienstverlening is gewaarborgd. De NVvN is hierbij van oordeel dat 4 neurochirurgen het minimale aantal is;

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). Voorts moeten er tussen de betrokken ziekenhuizen duidelijke afspraken zijn wat betreft taakverdeling en functiedifferentiatie (b.v.: concentratie van de intracranieële, vasculaire neurochirurgie op één locatie). Verrichtingen moeten op de locatie worden gedaan, die daar wat betreft de infrastructuur het meest geschikt voor is.

Samenwerking

Het strategisch uitgangspunt voor de bijzondere neurochirurgie moet zijn het streven naar samenwerking en niet naar volledige zelfstandigheid. Dit is van belang ook met het oog op doelmatigheidswinst. 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: richtlijnen, regelingen, personeel, infrastructuur en apparatuur, zijn duidelijk en formeel schriftelijk vastgelegd. Ook is samenwerking op het terrein van de bijzondere neurochirurgie tussen een ziekenhuis mét vergunning en een ziekenhuis zónder vergunning mogelijk. Indien een ziekenhuis met vergunning verzoekt om op een sublocatie een beperkt deel van de routinematige bijzondere medische verrichtingen te mogen uitvoeren binnen de mogelijkheden van zo'n sublocatie en met behoud van de volledige inhoudelijke verantwoordelijkheid van het vergunninghoudend ziekenhuis, dan zal de vergunning van het vergunninghoudende ziekenhuis daarop worden aangepast. Uitgangspunt is dan dat er medisch inhoudelijk gezien sprake moet zijn van één geïntegreerd neurochirurgisch centrum op twee locaties. Dat wil zeggen dat wat betreft de uitvoering van de functie bijzondere neurochirurgie in het ziekenhuis zonder vergunning onder verantwoordelijkheid en regie van het vergunninghoudend ziekenhuis zal moeten worden gewerkt en volgens dezelfde inrichtingsprincipes als in het ziekenhuis met vergunning. Voorts moet sprake zijn van uitontwikkelde, routinematige ingrepen. De noodzakelijk geachte garanties rond stabiliteit, goede ondersteunende faciliteiten en voldoende productie in het ziekenhuis zonder vergunning moeten zijn aangetoond. De constructie van één vergunninghouder met een bijzonder neurochirurgisch programma op twee locaties zal tevoren ook moeten worden

gemeld aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg en in kwalitatieve zin worden getoetst door de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Deelfuncties in de bijzondere neurochirurgie

Algemeen

In de bijzondere neurochirurgie wordt, in het kader van dit planingsbesluit, aandacht gegeven aan vooralsnog vier deelfuncties: kinderneurochirurgie, epilepsiechirurgie, stereotactische radiochirurgie en neurostimulatie bij bewegingsstoornissen. Deze deelfuncties worden gekenmerkt door ingrepen bij aandoeningen die weinig voorkomen (kleine patiëntenaantallen), vaak complex van aard zijn en relatief spaarzame expertise en deskundigheid vereisen. De deelfuncties van bijzondere neurochirurgie zullen om kwaliteitsredenen concentratie in een beperkt aantal centra blijven vergen, al dan niet via het huidige wetsinstrument. Concentratie leidt tot behoud en bevordering van kwaliteit. Voorts komt de beoefening van de bijzondere neurochirurgie het beste tot haar recht in een multidisciplinaire structuur, die slechts in een beperkt aantal centra voorhanden is.

Kinderneurochirurgie

Het verantwoord uitvoeren van bijzondere neurochirurgie bij kinderen met zeldzame of complexe aandoeningen (aangeboren of verworven) stelt specifieke eisen aan de infrastructuur van het ziekenhuis en aan de deskundigheid van de hulpverleners op het gebied van de kindergeneeskunde, anesthesiologie en de psychosociale hulpverlening. Op basis van het adviesrapport van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen uit april 1996 en het rapport van de Commissie Bijzondere Kinderneurochirurgie uit februari 1996 inzake de nadere concentratie van de bijzondere kinderneurochirurgie heb ik besloten de nadere concentratie van de bijzondere neurochirurgie bij kinderen in principe aan het veld, onder aansturing van de NVvN, over te laten. De NVvN heeft inmiddels een aantal stappen in deze richting genomen. Binnen deze vereniging is 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 bijzondere kinderneurochirurgie bijna uitsluitend in de academische centra plaats. De GR heeft zich ook voor concentratie in de academische centra uitgesproken. Twee soorten ziekenhuizen vragen hierbij om specifieke aandacht. Het betreft hier de opleidingsziekenhuizen, vanwege hun regiofunctie, en die ziekenhuizen die zowel een erkenning voor bijzondere neurochirurgie als een erkenning als traumacentrum hebben en die inmiddels voorzieningen hebben getroffen voor de (neuro)traumazorg bij kinderen en volwassenen. De behoefte aan kindertraumatologie, dat wil zeggen de behandeling van kinderen met acute ongevalsletsels, rechtvaardigt een andere aanpak dan primaire concentratie in een beperkt aantal centra. Een en ander dient te geschieden binnen de mogelijkheden van het ziekenhuis en afhankelijk van de leeftijd van de kinderen. Voor een adequate behandeling van schedelhersensletsel bij kinderen is een eerste snelle opvang van (levens)belang en het is daarom onwenselijk dat dit, gezien de afstanden en geografische spreiding, alleen in een beperkt aantal academische neurochirurgische centra zou moeten plaatsvinden. De NVvN wil de bijzondere kinderneurochirurgie op termijn op onderdelen verder concentreren. 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. De door de NVvN gekozen lijn onderschrijf ik en ik steun de concentratie van bijzondere kinderneurochirurgie in academische ziekenhuizen. Hierbij roep ik de NVvN echter op om bovengenoemd traject voortvarend af te sluiten. Een termijn van twee jaar is mijns inziens voldoende om dit traject tot een succesvolle einde te brengen. Tenslotte verwacht ik dat de NVvN mij, medio 2003, middels een eind- en evaluatierapport over het gehele proces van concentratie informeert.

Stereotactische radiotherapie

De deelfunctie stereotactische radiotherapie (radiochirurgie) is momenteel sterk in opkomst en zal wegens de noodzakelijke, nauwe samenwerking tussen neurochirurgen en radiotherapeuten uitsluitend verricht dienen te worden in centra voor bijzondere neurochirurgie. De stereotactische radiotherapie (radiochirurgie) wordt in twee centra met gebruikmaking van een speciaal voor dat doel uitgeruste lineaire versneller (LINAC-apparatuur) toegepast. De capaciteit in beide centra wordt momenteel nog onvoldoende benut. Daarnaast vindt in één centrum introductie plaats van het zogeheten Gamma Knife, een bestralingstoestel (gebruikmakend van cobalt-60 bronnen) dat specifiek voor stereotactische bestraling is ontworpen. De toepassingen voor beide soorten apparaten overlappen elkaar deels. 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 behoefteaming van de deelfunctie stereotactische radiotherapie (radiochirurgie) is aangewezen alvorens tot eventuele verdere uitbreiding van deze functie wordt overgegaan.

Epilepsiechirurgie

De deelfunctie epilepsiechirurgie is in twee centra geconcentreerd. Tussen de twee centra bestaat een samenwerkingsverband. Sommige deskundigen verwachten dat deze behandelvorm steeds meer toepassing zal vinden in de neuro-oncologie (hersentumorepilepsie) en ook op veel jongere leeftijd zal worden aangewend, zodat in de toekomst wellicht een derde centrum nodig is. Werd de jaarlijkse behandelbehoefte in Nederland enkele jaren geleden nog op vijftig patiënten per jaar geschat, op dit moment gaat een (ruwe) schatting eerder in de richting van honderd of meer patiënten per jaar. Een nauwkeurigere behoefteaming van de deelfunctie epilepsiechirurgie is nodig alvorens tot eventuele verdere uitbreiding van deze functie wordt overgegaan.

Neurostimulatie

De deelfunctie neurostimulatie bij bewegingsstoornissen wordt inmiddels in samenwerkingsverband uitgevoerd

in zes centra. Thans vinden bijna honderd verrichtingen per jaar plaats. In het rapport ontwikkelingsgeneeskunde 'thalamusstimulatie' heeft het CVZ voorgesteld om de zes leden van de werkgroep 'Functionele Stereotactische Neurochirurgie voor Bewegingsstoornissen' (FSNB), te weten: AMC, AZG, St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg, Medisch Spectrum Twente, AZM en Ziekenhuis Leyenburg in samenwerking met LUMC) als regionale verwijscentra aan te merken. Ik heb besloten het advies van het CVZ te volgen. Met de aanwijzing van deze centra wordt voldoende geografische spreiding bereikt. Bovendien lijkt dit voldoende behandelcapaciteit om het patiëntenaanbod te verwerken en kan tevens voldoende expertise behouden blijven voor het verrichten van de ingreep en voor de begeleiding van de behandelde patiënten.

Kwaliteit en doelmatigheid

Algemeen

Kwaliteit en doelmatigheid dienen in de komende jaren de nodige aandacht in de bijzondere neurochirurgie te krijgen. In algemene termen kan worden gesteld dat de aangeboden zorg doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd op een reële behoefte moet zijn. In de Kwaliteitswet zorginstellingen wordt precies aangegeven wat daarvoor nodig is. Daarnaast geeft de Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg regels ter bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening en de bescherming van de patiënt. Als de kwaliteit van zorg in het geding is, dan kan de minister de instelling een aanwijzing geven. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kan ook een bevel geven. De zorgaanbieder is verplicht aan de aanwijzing en het bevel te voldoen. Een dergelijke aanwijzing kan gericht zijn op het stopzetten van de uitvoering van de functie.

Kwaliteit

1. Beroepsuitoefening

Volgens het 'Rapport Evaluatie Planningsbesluit Neurochirurgie' (april 1999) van het CVZ is gebleken, dat er, landelijk gezien, tussen de verschillende centra verschillen bestaan t.a.v. werkstijlen en richtlijnen. De concentratie van complexe en zeldza-

me 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 richtlijnen. De richtlijnen en afspraken moeten het gehele spectrum van activiteiten reguleren: indicatiestelling, zorgverlening, landelijke (complicatie-) registratie, samenwerking, taakverdeling, door- en verwijzing, melding van fouten, incidenten en calamiteiten, 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 NVvN gevraagd om in deze het voortouw te nemen en in samenwerking met de overige veldpartijen dit traject gezamenlijk in te gaan.

2. Ziekenhuizen

In haar reactie op dit planningsbesluit heeft de IGZ opgemerkt dat de NVvN de kwaliteitseisen inzake personeel, middelen en infrastructuur nadrukkelijk zou moeten vastleggen samen met een reglement voor het opstellen, beheren en updaten van de kwaliteitseisen. De IGZ heeft hier behoefte aan omdat hiermee een toetsbaar kader wordt vastgesteld. De mening van de IGZ onderschrijf ik

graag en roep hierbij de NVvN op in een landelijk protocol kwaliteitseisen en -criteria (o.a. met betrekking tot bemensing, infrastructuur, middelen, soort/zwaarte van de verrichting en de aanwezige specialismen) nader uit te werken en te implementeren. Dit dient ook voor deelfuncties, die nadere concentratie behoeven, te gebeuren.

Daarnaast vindt de IGZ dat bij de kwaliteitsvoorwaarden voor de bijzondere neurochirurgie het aanbevelenswaardig is dat men altijd een klinisch evaluatietraject ingaat, vanaf het allereerste begin van de implementatie van een nieuwe behandel- of onderzoeksmodaliteit. Alle neurochirurgische centra die een nieuwe ontwikkeling gaan toepassen, zouden in een klinisch onderzoek moeten samenwerken om zodoende op de snelst mogelijke wijze de waarde en de plaats (indicaties) van de nieuwe ontwikkeling te kunnen bepalen. Hier hoort ook een kosteneffectiviteitsanalyse bij. De NVvN zou een eigen structuur moeten geven aan de ontwikkelingsgeneeskunde binnen de neurochirurgie. Ik ondersteun de mening van de IGZ en roep hierbij de NVvN op de ontwikkelingsgeneeskunde binnen de neurochirurgie in te bedden.

Doelmatigheid

Uit het bovengenoemde onderzoek van het CVZ is gebleken dat momenteel weinig informatie beschikbaar is over de mate van effectiviteit en efficiëntie waarmee de bijzondere neurochirurgie wordt toegepast. Dit heeft een aantal oorzaken. Binnen het vakgebied van de bijzondere 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 bijzondere 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 NVvN. 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 bijzondere neurochirurgische verrichtingen. Het moet mogelijk zijn om binnen 1,5 jaar met de ontwikkeling van het systeem te beginnen. Tenslotte is er geen inzicht in de kosten per bijzondere neurochirurgische ingreep, geen vergelijking van productie en aantal formatieplaatsen, e.d.. Het is mijns inziens van het allergrootste belang, dat zowel de overheid als het veld een beter inzicht krijgen in de (on)doelmatigheid in de bijzondere neurochirurgie. Het invoeren van een uniform registratiesysteem voor neurochirurgische verrichtingen heeft daarom een hoge prioriteit. Een dergelijk systeem is onontbeerlijk voor het verkrijgen van betrouwbare informatie over de kwaliteit en de doelmatigheid van zorg.