

MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,  
VOLKSGEZONDHEID  
EN LEEFMILIEU.

BRUSSEL, 12/06/97

Bestuur voor gezondheidszorg

---

Bestuursdirectie gezondheidszorgbeleid

---

NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUIS-  
VOORZIENINGEN.

---

Afdeling "Programmatie en Erkenning".

O/ref. : N.R.Z.V./D/116-4

**ADVIES INZAKE HET PROGRAMMA "NEUROCHIRURGIE" IN HET KADER  
VAN HET NIEUW ZIEKENHUISCONCEPT (\*)**

(\*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering dd. 12 juni 1997

## Dienst voor Bijzondere Neurochirurgie.

### 1. Definitie

Een Dienst voor bijzondere neurochirurgie betreft een geïntegreerde entiteit voor diagnose en behandeling van aandoeningen van de hersenen, schedel, schedelbasis, hersenzenuwen, ruggemerg, de omgevende vliezen daarvan en de grote zenuwplexussen bij patiënten waarvan diagnose, behandeling en/of revalidatie een bijzondere moeilijkheidsgraad kennen, een specifieke infrastructuur of een bijzondere verzorging vragen.

De dienst beoogt een concentratie van volgende 6 groepen van pathologie :

- 1) intracerebrale en intramedullaire tumoren
- 2) zware en verwikkelde cranio-cerebrale traumata
- 3) zware en verwikkelde ruggemerg- traumata en -pathologie
- 4) congenitale anomalieën thv. het centrale zenuwstelsel
- 5) vaat-anomalieën thv. het centrale zenuwstelsel
- 6) functionele pathologieën (abnormale bewegingen, pijn, epilepsie ...)

Teneinde een optimaal antwoord te kunnen bieden aan de bovenvermelde aandoeningen met neurochirurgische indicatie beschikt de dienst over de verschillende therapeutische mogelijkheden in situ. Gezien het beperkt aantal indicaties kan de radiochirurgie worden aangeboden in een samenwerking tussen 2 of meerdere erkende diensten voor bijzondere neurochirurgie.

De samenwerking wordt schriftelijk vastgelegd.

De dienst moet de geëigende therapeutische interventiemogelijkheden kunnen aanbieden, met name vandaag en niet limitatief : neurochirurgie, stereotactische ingrepen, radiochirurgie van het centrale zenuwstelsel , neuronavigatie, interventionele neuroradiologie..

De dienst biedt een aangepast revalidatieprogramma aan conform de behoeften van de behandelde groep patiënten, bij voorkeur binnen het centrum zelf, hetzij in functionele afspraak met een gespecialiseerd revalidatiecentrum.

### 2. Organisatorische normen

#### 2.1. Diagnostische omkadering.

De dienst dient ter plaatse te beschikken over de geëigende diagnostische mogelijkheden met name vandaag en niet limitatief : neuroradiologie, klassieke neurofysiologie, CT-scan, NMR.

## 2.2. Personeelsomkadering.

### 2.2.1. Neurochirurgen.

De dienst staat onder leiding van een erkend neurochirurg, diensthoofd, voltijds en exclusief verbonden aan het ziekenhuis, bijgestaan door 2 erkende neurochirurgen voltijds verbonden aan het ziekenhuis teneinde een 24 uur beschikbaarheid te waarborgen en mogelijk te maken dat alle vermelde behandelingsmethodes op zelfstandige wijze binnen het ziekenhuis kunnen worden verricht.

### 2.2.2. Andere vereiste medische disciplines.

De dienst voor bijzondere neurochirurgie kan permanent beroep doen op de volgende nauw samenwerkende medische diensten of specialismen :

neurologie, neuropediatrie, neuropathologie, psychiatrie, kindergeneeskunde, endocrinologie, oogheelkunde, NKO, orthopedie, oncologie, plastische chirurgie, maxillo-faciale heelkunde, neuro-radiotherapie, intensieve zorgen en een spoedgevallendienst (100 en MUG).

### 2.2.3. Verpleegkundige omkadering. (cf. het advies van de sectie inzake verpleegkundige en verzorgende omkadering van de zware medische diensten).

## 3. Activiteitsdrempel.

Minimaal 500 nieuwe patiënten per jaar waarvan 150 resulteren in een chirurgische ingreep met een "K" van 700 of meer voor één van de specifieke pathologieën die omschreven zijn onder de definitie (punt 1), een radiochirurgische of percutane interventionele neuroradiologische behandeling.

## 4. Kwaliteitsevaluatie.

De dienst houdt een register bij van de volledige activiteit en van de complicaties volgens een uniform model, dat op nationaal niveau is uitgewerkt.

De deelname en de actieve medewerking aan de te voorziene specifieke commissie peer review voor neurochirurgie is verplicht.

**P.S.** Dit voorstel is opgesteld met de intentie de concentratie van de in de activiteitskenmerken omschreven neurochirurgische verstrekkingen, betreffende de pathologiegroepen vermeld in punt 1, te bevorderen binnen de erkende diensten voor bijzonder neurochirurgie.

# minderheidsnota

Antwerpen, 20 mei 1997

Dr. C. BOONEN  
Voorzitter Afdeling  
Programmatie en Erkenning  
Nationale Raad voor  
Ziekenhuisvoorzieningen  
Ministerie van Sociale Zaken,  
Volksgezondheid en Leefmilieu  
R.A.C. - Vesaliusgebouw  
1010 BRUSSEL

Geachte Collega,

Op de laatste plenaire vergadering van donderdag 15 mei kon ik, blijkbaar zoals talrijke andere leden, niet aanwezig zijn.

Met enige verbijstering lees ik in de documentatie het "Aangepast ontwerp-advies inzake de medisch-technische dienst neurochirurgie". Ik wens mij met de grootste klem tegen dit corporatistisch geïnspireerd voorstel te verzetten. Ik vernam ook graag wie de auteur is van deze tekst. Bij mijn weten werd voor de neurochirurgie geen werkgroep opgericht om deze materie diepgaander te bestuderen.

Het is duidelijk dat deze tekst (alweer) als enige doel heeft zoveel mogelijk pathologie- met bijhorende financiering- in enkele uitverkoren centra te concentreren.

- Neurochirurgie is een klinische dienst, geen medisch-technische dienst.
- Een bijzondere moeilijkheidsgraad, een specifieke infrastructuur of een bijzondere verzorging: dit wordt echter nergens gespecificeerd. Daardoor staat de deur voor volstrekte willekeur wijd open.
- Zware en verwickelde ruggenmergtraumata: deze pathologie wordt even vaak (en wellicht vaker) behandeld door orthopedisten eerder dan door neurochirurgen. Dergelijke letsels gaan meestal gepaard met wervelfracturen die stabilisatie vragen. Dit betekent dat diensten orthopedie die zich hierin hebben gespecialiseerd deze activiteit niet meer zullen kunnen ontwikkelen.
- Functionele pathologie: dit betekent dat zelfs de meest eenvoudige botulinetoxine injectie voor dystonie, of de ietwat invasievere pijnbehandeling in perifere centra onmogelijk gemaakt wordt.
- In situ: alles moet op één campus worden aangeboden. Er zijn echter universitaire ziekenhuizen die niet over een dienst radiotherapie beschikken en er zijn enkele universitaire ziekenhuizen die niet over een dienst radiochirurgie beschikken. Gemakshalve mogen de radiotherapie en de radiochirurgie dus wel in een samenwerkingsverband worden aangeboden.
- Interventionele neuroradiologie: deze technieken worden slechts toegepast bij gestabiliseerde patiënten. De basisbehandeling kan dus perfect gebeuren in één

ziekenhuis terwijl het voor de interventionele neuroradiologie een samenwerkingsovereenkomst met een ander ziekenhuis heeft.

Revalidatie : indien er gespecialiseerde revalidatiecentra bestaan, waarom moet deze revalidatie dan bij voorkeur binnen het centrum zelf gebeuren ?

Craniocerebrale traumata : dit betekent zonder meer dat geen traumatologie meer in andere dan universitaire ziekenhuizen zal kunnen behandeld worden. Ook een volwaardige spoedopname wordt onmogelijk. Het is dan niet duidelijk waarom er aan talrijke leden gevraagd wordt hun tijd te besteden aan een werkgroep urgenties.

NMR : gezien de strenge en volstrekt achterhaalde programmatie van deze infrastructuur wordt het de ziekenhuizen die hierover niet beschikken per definitie onmogelijk gemaakt nog neurochirurgie te beoefenen. Dit terwijl het voor verscheidene groepen van pathologie (craniocerebrale traumata, functionele pathologie) vrijwel nooit nodig is om over een MNR te beschikken.

Neurochirurg : als de enige bedoeling is 24u beschikbaarheid te waarborgen (wat gewenst is) waarom moet men dan over drie neurochirurgen beschikken in plaats van over twee. Voor andere diensten met een veel hogere frequentie van urgente pathologie en een de facto hogere werkbelasting (abdominale heelkunde, orthopedie, vaatheelkunde) wordt deze vereiste niet gesteld.

Waarom moeten voor neurochirurgie alle vermelde behandelingsmethodes op zelfstandige wijze binnen het ziekenhuis kunnen worden verricht, terwijl dit in het nieuwe ziekenhuisconcept voor alle andere pathologie binnen een associatieverband kan?

Activiteitsdrempel : graag vernam ik op welke wetenschappelijke criteria deze activiteitsdrempels gebaseerd zijn. 150 ingrepen met een K van 700 of meer betekent voor drie neurochirurgen gemiddeld 1 ingreep per week. Dit betekent de facto dat alleen ziekenhuizen waar artsen gesalarieerd worden nog neurochirurgie zullen kunnen aanbieden.

Wanneer op deze wijze wordt verdergewerkt verliezen de Nationale Raad en het 'nieuwe ziekenhuisconcept' mijns inziens elke geloofwaardigheid. Het kan geen toeval meer zijn dat dit soort criteria uitsluitend wordt opgemaakt voor de lucratieve diensten zoals neurochirurgie, hartchirurgie en dialyse. Ik zie geen enkele reden waarom er voor deze diensten een grotere bezorgdheid over de kwaliteit zou moeten bestaan dan voor de andere diensten.

Ik zou U dank weten dit punt opnieuw op de agenda van de volgende vergadering te plaatsen.

Met de meeste hoogachting.



Dr. Robert RUTSAERT