

Praktijkgrootte

T. DE NEEF¹ EN A. FRANX² MET MEDEWERKING VAN J.G. NIJHUIS³

¹ Fysicus, onafhankelijk auteur van VOKS2i

² Voorzitter Commissie Indicatoren, lid bestuur Stichting Perinatale Registratie Nederland (namens de NVOG) en gynaecoloog-perinatoloog, Sint Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg

³ Gynaecoloog, hoofd van de afdeling Obstetrie en gynaecologie, UMC Maastricht

INLEIDING

Wij ontwikkelen het computerprogramma LVRinsight dat LVR2 data inzichtelijk moet maken. De bedoeling is dat gynaecologen daarmee op eenvoudige wijze het LVR2 bestand kunnen raadplegen voor antwoorden op alledaagse vragen uit de praktijk. Voordat het in de loop van dit jaar beschikbaar komt, testen we het gebruik ervan door opvallende uitkomsten te presenteren aan een expert en te bezien of vervolgvragen ook kunnen worden beantwoord.

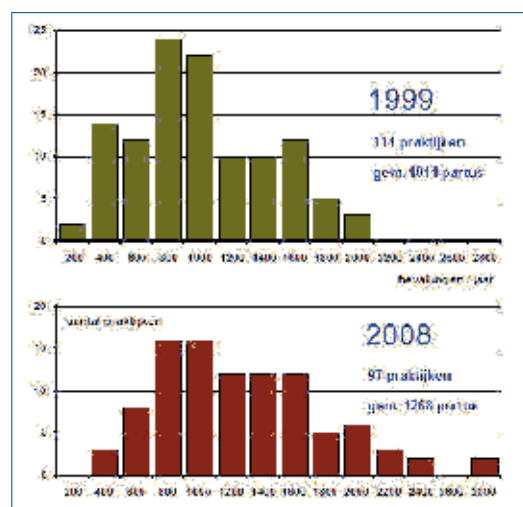
PRAKTIJKOMVANG

We hebben de beschikking over ruim 1,2 miljoen casus in de LVR2 van de laatste tien jaar (1999 tot en met 2008). Aan de bestaande rubrieken is 'praktijkgrootte' toegevoegd. Voor iedere casus legt die vast hoeveel partus werden geregistreerd in het jaar van geboorte in de betreffende praktijk. Dat geeft de mogelijkheid om te kijken naar de verdeling van de praktijkgroottes en de veranderingen daarin met de jaren. Resultaten van LVRinsight worden tabelmatig en grafisch weergegeven en kunnen verder worden geanalyseerd en bewerkt in Word en Excel. Dat laatste deden we om te komen tot bijgaande figuur. Het aantal praktijken is sinds 1997 afgenomen van 114 tot 97. Daarbij nam het gemiddelde aantal partus toe van 1011 tot 1268. Het aantal bevallingen in de LVR2 schommelt overigens tussen circa 119.000 en 125.000 per jaar, zonder duidelijke trend.

Wij vroegen Jan Nijhuis om commentaar. Zijn reactie is als volgt:

Het is interessant te zien dat er een soort concentratie ontstaat, dat wil zeggen dat heel kleine centra nu verdwenen zijn. Het is moeilijk om aan te geven welke praktijkgrootte in Nederland geschikt zou zijn. Het gaat om bereikbaarheid, om kwaliteit en om financiering. Ongeveer 12 miljoen Nederlanders kunnen kiezen uit twee ziekenhuizen binnen een afstand van 15-20 minuten. In het grootste deel van het land is concentratie van klinische (!) verloskundige zorg (met voldoende buitenpoli's) dus geen probleem. Om kwaliteit te bieden moet er voldoende expertise zijn gedurende 24 uur per dag. In kleine praktijken kan dat moeilijk georganiseerd worden en is er bovendien minder kans voldoende ervaring op te bouwen met ernstige complicaties, omdat die relatief zeldzaam zijn. Daarom is in kleine praktijken de benodigde extra zorg niet goed te garanderen. Ook voor scholing is menskracht nodig. Financiering is een ander probleem: een verloskamer openhouden zonder voldoende productie is niet verstandig en op termijn zullen ziekenhuizen dat ook gaan inzien. Dan zal verloskunde 'ingewisseld' worden voor meer electieve zorg. Alleen, als we daarop wachten, lopen wij achter de feiten aan. Het is verstandiger om zelf leidend voorop te gaan en geen hakken-in-het-zandgedrag te vertonen.

Als de klinieken te groot worden, wordt soms weer gekozen om de verloskundige afdeling functioneel



Figuur 1: Distributie van praktijkgroottes in 1999 en 2008

op te delen in twee kleinere units. Al met al zouden we al veel kunnen verbeteren als we in Nederland naar klinieken zouden gaan met ten minste 2500 bevallingen. Het wordt tijd dat we deze variant maar eens gaan doorrekenen.

TEN SLOTTE

Wij zullen voor volgende afleveringen van deze column een aantal rubrieken uit de LVR2 doorlichten. Suggesties daarvoor van lezers worden ten eerste op prijs gesteld. Onze dank gaat uit naar de Stichting Perinatale Registratie Nederland voor de kwantitatieve verificatie van de berekeningen.

CORRESPONDENTIEADRES

E-mail: tdeneef@qolor.nl