

In een commentaar op dit artikel vraagt Vandam zich af of het mogelijk is alle vermijdbare fatale fouten in de anesthesie te voorkomen.² Naar mijn mening is de belangrijkste methode om tijdens een narcose de patiënt te bewaken, het ECG en het capnogram. Het moet als een kunstfout beschouwd worden om – wanneer en bij wie dan ook – narcose te geven zonder een goed ECG.

LITERATUUR

¹ Keenan RL, Boyan CP. Cardiac arrest due to anesthesia. JAMA 1985; 253: 2373-7.

² Vandam LD. Cardiac arrest: signal of anesthetic mishap. JAMA 1985; 253: 2415.

L. DEEN

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Kosten-batenanalyse in de replantatiechirurgie

Met grote belangstelling las ik bovengenoemd artikel (1985; 1466-9). Een onderzoek waarbij een afweging gemaakt wordt tussen de kosten en de baten van een behandeling of een groep van behandelingen, komt niet vaak voor. De moed om baten ook in financiële termen uit te drukken en niet, zoals vaker voorkomt, in kwaliteit van leven, verdient waardering. Onderzoeken van deze strekking lijken van groot belang om gefundeerd weerwoord te kunnen bieden aan stellingnames van beleidmakers, die zich veelal bedienen van financiële analyses.

Het artikel bevat naar mijn mening een aantal aspecten die niet geheel duidelijk zijn en wellicht nadere uitwerking verdienen: op grond van welke criteria werden de 34 patiënten geselecteerd? Een geslaagde replantatie wordt gedefinieerd als een replantatie waarbij het weer aangezette lichaamsdeel in leven blijft. Het functioneren van het lichaamsdeel speelt niet mee. Het lijkt heel voorstelbaar dat een weliswaar vitaal, maar slecht functionerend lichaamsdeel tot meer klachten aanleiding geeft dan een afwezig lichaamsdeel. Speelt de functie bij duur en mate van arbeidsongeschiktheid geen grotere rol dan vitaal, avitaal of geen replantatie? Als verzekeringsarts zou ik op grond van ervaring zeggen dat dit wel het geval is. Het artikel doet tevens een aantal andere verzekeringsgeneeskundige vragen rijzen: op grond waarvan werden de tijdstippen van werkhervatting geschat? Hetzelfde geldt voor het aantal werkuren per dag, alsmede en met name voor de percentages arbeidsongeschiktheid. Voor dit laatste spelen vele factoren een rol. Naast de medische beperkingen zijn voor het percentage arbeidsongeschiktheid ook arbeidskundige en wetstechnische aspecten van doorslaggevend belang. Deze gegevens zijn veelal bij de uitvoeringsorganen van de sociale verzekeringen voorhanden. Verzekeringsartsen werken hier dagelijks mee. Zou het derhalve niet zinvol zijn bij een dergelijk onderzoek een verzekeringsgeneeskundige te raadplegen?

Nieuwerkerk a/d IJssel, augustus 1985

K. RIJNHART

Ik dank collega Rijnhart voor zijn commentaar op ons artikel. Ondanks het feit dat er in het Dijkzigt Ziekenhuis de afgelopen jaren een vrij unieke ervaring is opgebouwd in het replanteren van afgerukte ledematen,¹ is dit artikel een eerste aanzet geweest om te pogen een antwoord te vinden of deze nieuwe vorm van chirurgie te duur is. Uiteraard spelen deze kosten-batenanalyses een zeer belangrijke rol bij de zogenaamde beleidmakers. Mijns inziens geldt dit vooral voor de gehele handchirurgie in Nederland. Centra-

lisatie van deze vorm van chirurgie zou de efficiëntie vergroten en de morbiditeit verlagen en daardoor kostenbesparend werken. Het spreekt voor zich dat er in dit soort onderzoeken een zeer belangrijke plaats dient te worden ingeruimd voor een verzekeringsgeneeskundige. Ten tijde van het schrijven van het artikel was bij meer dan 200 patiënten een replantatie verricht en werd per groep (dus hand-, vingers- en voetreplantaties) „at random” een aantal patiënten geselecteerd die de volledige revalidatieperiode hadden afgerond en weer waren teruggekeerd in hun oorspronkelijke of aangepaste werkkring. Dat wil zeggen dat er sprake was van een eindsituatie met volledig of gedeeltelijk herstel van functie. Zoals uit het artikel van collega Gerritsen blijkt (1985; 1469-73) treedt dit op bij ca. 70% van de patiënten. Wij zijn uitgegaan van ca. 1 jaar revalidatie en hebben dit aangenomen als geschat tijdstip van werkhervatting.

LITERATUUR

¹ Smith AR, Urk H van, Kort W, et al. Replantaties en revascularisaties van meer dan 100 vingers, handen en benen in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 1574-82.

Rotterdam, augustus 1985

A.R. SMITH

Het is toe te juichen dat er in ons land een poging is verricht om een kosten-batenanalyse te maken van een medische ingreep (1985; 1466-9). Uit het bedoelde artikel kan de conclusie getrokken worden dat eventuele bezuinigingen in een bepaalde sector van de gezondheidszorg de kosten in andere sectoren van de gezondheidszorg, of in economische sectoren buiten de gezondheidszorg onevenredig kunnen doen stijgen. Ik ben het met de schrijvers eens dat wij macro-economisch moeten denken, en ervan uitgaan dat we de kosten, waar dan ook gemaakt, zoveel mogelijk moeten drukken. Het begrip kosten betekent dan in een kosten-batenanalyse niet de prijs die voor een bepaald produkt of een bepaalde dienstverlening betaald wordt, maar de kosten die nodig zijn om dit bepaalde produkt of deze dienstverlening tot stand te brengen. Omdat schrijvers in hun artikel de prijs van een bepaald produkt of dienstverlening verwarren met de kosten van het produkt, zijn de uitkomsten die zij met het onderzoek verkregen hebben vanuit economisch oogpunt niet verantwoord.

Bij de berekening van de kosten van de medische behandeling werd uitgegaan van de bedprijs per dag in het ziekenhuis. Dit is echter de prijs die voor een ligdag betaald wordt door het ziekenfonds of de ziektekostenverzekeraar en deze prijs komt niet overeen met de kosten van het bed per dag, die gevormd worden door afschrijving op gebouwen en inboedel, door de rente van het geïnvesteerde kapitaal, en vooral door lonen van personeel. Door de