

Reactie op artikel 'Kosten-effectiviteitsanalyse van tandheelkundige implantaten'

Het is op zich verantwoord om bij patiënten geen onnodig kostbare en ingrijpende behandelingen uit te voeren. De auteurs van het betreffende artikel (*Ned Tijdschr Tandheelkd* 1996; 103: 382-5) hebben gepoogd in een onderzoek voor vier behandelingsmethoden aan te geven wat de meest gunstige verhouding is tussen kosten en tevredenheid. Een dergelijk onderzoek moet echter beantwoorden aan objectieve maatstaven. Bij mij bestaat hierover na lezing van het artikel nog onduidelijkheid.

De *patiëntengroep* wordt door de auteurs omschreven als 'volledig edentate patiënten die ernstige problemen hadden met hun gebitsprothese, voornamelijk ten gevolge van een sterke resorptie van de onderkaak'. Maar waren de mate van onvrede en de kaakhoogtes voor alle patiënten gelijk?

Men kan zich afvragen wat *acceptabele grenzen van de behandelingsdoelstelling* zijn. Men kan streven naar een maximaal resultaat, maar dat is niet altijd haalbaar. En wat is nog net acceptabel als het gaat om de beschreven electieve ingrepen? De groep patiënten die een conventionele prothese hadden gekregen, gaf gemiddeld een zes voor de behandeling op een schaal van 1 tot 10, en de 25% die lager scoorden, kregen alsnog implantaten. Is een hogere waarde voor de tevredenheid voor de meer uitgebreide behandelingsvormen niet redelijker?

De *indicaties* voor de vier behandelingsmethoden worden slechts terloops aangegeven. Zijn objectieve morfologische criteria buiten beschouwing gelaten? Zijn de auteurs van mening dat het indicatiegebied voor het transmandibulaire implantaat (TMI) en voor de wortelvormige implantaten (WI) hetzelfde is?

Verbazingwekkend is het feit dat de rapportering van de tevredenheid voor de groepen TMI en WI niet apart is aangegeven. Zijn ze niet apart gemeten of waren de uitkomsten volledig identiek? Hierdoor onttrekt zich het verschil in waardering voor de TMI en de WI aan de waarneming en resteert slechts de constatering dat een TMI duurder is dan een WI.

De belangrijke parameter 'tevredenheid' is verkregen door patiënten een vragenlijst te laten invullen. In de kaakchirurgie werden vroeger dergelijke enquêtes gehouden om de tevredenheid na osteotomieën te meten. Deze methode is onbetrouwbaar gebleken, zoals Hakman met zijn proefschrift 'Een nieuw gezicht' (1993) ons heeft geleerd. Zijn er redenen om aan te nemen dat dit voor deze groep prothetische patiënten anders ligt?

De constatering dat de door implantaten gesteunde prothesen superieur zijn blijft niettemin onverlet naar mijn inzicht. Dan rest de competitie tussen de WI en het TMI. Het is mogelijk dat een WI evenwaardig en minder belastend is dan de TMI, maar dat kan uit de verstrekte gegevens niet worden afgeleid.

Tot slot kwamen mij als kaakchirurg de kosten voor het TMI als buitensporig hoog voor (ongeveer f 13.000,-). Ik heb informatie ingewonnen bij collega dr.H. Bosker uit Groningen. Hij vertelde dat het TMI is opgenomen in het ziekenhuisbudget volgens de richtlijnen van het COTG (1995). Dat betekent dat in de verpleegprijs reeds een aantal kosten zijn opgenomen. Deze kunnen dan niet nog een keer worden opgevoerd. Het gaat om de volgende posten: personele kosten chirurgie, kosten instrumentarium, kosten boren/taps, kosten chirurgisch deel implantaat, medicatie en laboratoriumkosten, ECG en overhead. In totaal komt dat neer op 5.726 gulden. Op basis daarvan zijn de kosten voor het TMI niet plus minus f 13.000,-, maar ongeveer f 8.000,-. In dat geval valt het met het grote kostenverschil tussen het TMI en de WI nog wel mee.

R. Brons, Den Haag

Antwoord

Het artikel is een sterk verkorte weergave van een uitgebreid verslag van meer dan honderd pagina's. Daardoor ontbreekt ongewild een aantal zaken die – om de hoofdlijnen te begrijpen – niet perse vermeld hoeft te worden, maar die bij de kritische lezer terecht vragen oproept. Dat betekent dat de opmerkingen van collega Brons begrijpelijk zijn. Op een aantal daarvan gaan we in.

Collega Brons vraagt naar de uitgangspositie van de geëvalueerde patiënten: iedere patiënt werd geselecteerd op basis van het criterium dat de behandelaars van oordeel waren dat de vier behandelingsvormen een reële optie waren om de patiënt van zijn of haar problemen af te helpen. Vervolgens werd aan de hand van een aantal criteria met behulp van een toewijzingsprogramma een behandeling toegewezen. Een en ander betekent dat patiënten bij aanvang in dezelfde omstandigheden waren, ook wat betreft de aard van de klachten.

Op het moment dat het onderzoek startte (1989) was alleen het transmandibulair implantaat in Nederland in het ziekenfondssysteem opgenomen en werden andere systemen maar mondjesmaat geaccepteerd. Daarom werd een vergelijkend onderzoek opgezet tussen TMI en WI. Dat staat los van de huidige indicatie; mede door dit onderzoek, is in de periode daarna het indicatiegebied van de TMI verder verschoven naar de extreem lage kaken (10 mm of minder).

Op de vraag van collega Brons of een gemiddelde tevredenheidsscore van een zes voor de prothesegroep acceptabel is als resultaat van een behandeling, moeten we het antwoord schuldig blijven. Natuurlijk scoort de implantologische behandeling in dit opzicht beter, maar het vergt meer zorg en is veel duurder.

Tevredenheid met een behandeling is altijd een subjectieve aangelegenheid en moeilijk te meten. In dit onderzoek werd dat dan ook op diverse manieren gedaan. Het beeld van de resultaten verschilde niet wezenlijk van elkaar, zodat in dit artikel voor het rapportcijfer is gekozen. De TMI- en WI-groep scoorden inderdaad wat tevredenheid betreft gelijk.

De intentie was expliciet de *werkelijk gemaakte kosten* te registreren en niet uit te gaan van declaraties van de behandeling en de verpleging. Ook de kosten van het instrumentarium, de gebruiksartikelen en het chirurgisch deel van het implantaat zijn op deze manier vastgesteld. Hoewel deze in de algemene verpleegdagprijs zijn opgenomen, mogen ze niet zonder meer op de totale prijs van het TMI worden ingehouden. Het kostenverschil tussen TMI en WI blijft derhalve aanzienlijk.

M.A.J. van Waas en P. van der Wijk, Amsterdam