

# Buitenlands nieuws

## Duitsland

### Kwaliteit van de behandelingsresultaten moet omhoog

Het Duitse ministerie van gezondheidszorg heeft twee onderzoeken laten verrichten naar de kwaliteit van de tandheelkundige verzorging. Zo werden van 17.642 verzekerden van het Bundesverband der Betriebskrankenkassen de ziekenfondsgegevens doorgelicht en werden in de Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik der Universität Münster 2974 tandprothesen beoordeeld. De Münchense tandarts Eberhard Riedel heeft een boek aan deze onderzoeken gewijd (Der Spiegel, 7 november 1994; E. Riedel, Patient beim Zahnarzt. München: Universitas Verlag, 1994).

Uit de onderzochte ziekenfondsgegevens blijkt dat 1 op de 4 vullingen binnen 3 jaar moest worden nabehandeld. Eén op de 5 kiezen moest zelfs een intensieve behandeling ondergaan: een gehele of gedeeltelijke nieuwe vulling, een hernieuwde wortelbehandeling of een nieuwe kroon. Bij 7% van de gevulde tanden was een identieke herhalingsvulling noodzakelijk.

Ook op het gebied van de tandprothesen was het in Duitsland slecht gesteld. Slechts 26% van de 2974 beoordeelde tandprothesen werd perfect of goed bevonden, 22% moest bijgewerkt worden en de rest, dus de helft van alle prothesen, bruggen of kronen, werd geheel afgekeurd en moest opnieuw worden vervaardigd. Dat wil overigens niet zeggen dat de meerderheid van de Duitse tandartsen slecht is, want 63% van hen leverde gemiddeld goed werk af. Een groot aantal slechte prothesen bleek door steeds dezelfde mensen gemaakt te zijn: 17% van de tandartsen leverde regelrecht 'klungelwerk' af.

In een poging de kwaliteit van de tandheelkundige behandelingen op te vijzelen, bieden sommige ziekenfondsen tandartsen nu een hoger honorarium als hij of zij vullingen 4 jaar lang garandeert, in plaats van 2 jaar (de wettelijk vastgestelde termijn). Voor kronen geldt dat bij een garantie van 6 jaar, in plaats van de wettelijke 4 jaar.

Een ziekenfonds, de Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, heeft naar aanleiding van de onderzoeken van het ministerie van Gezondheidszorg een witboek uitgegeven over de eigen kwaliteitscontrole (Süddeutsche Zeitung, 18 november 1994). Het ziekenfonds zegt 2400 experts in dienst te hebben, die behandelingsplannen op het gebied van tandprothetiek, parodontologie en kaakorthopedie controleren. Verder is er ook een proefproject gepland: er worden 'kwaliteitskringen' van tandartsen opgezet. Die zijn bedoeld om het collegiale overleg te optimaliseren.

## België

### Nederlandse tandheelkunde-studenten overstromen Vlaamse universiteiten

Er gaan steeds meer Nederlandse studenten studeren aan Vlaamse universiteiten. Dat geldt vooral voor de studierichtingen geneeskunde, diergeneeskunde en tandheelkunde, omdat daarvoor in Nederland een numerus clausus geldt. Dit academiejaar zijn in het eerste jaar tandheelkunde aan de Katholieke Universiteit Leuven 33 Nederlandse studenten ingeschreven tegenover 99 Belgen. Bij de Rijksuniversiteit Gent is de verhouding 13 tegenover 29. Het ziet er niet naar uit dat de situatie in het aankomend studiejaar zal veranderen.

Integendeel, de Vlaamse universiteiten zijn ernstig verontrust over de Nederlandse plannen om het collegegeld te verhogen. Zij verwachten dat daardoor het aantal Nederlandse studenten nog verder zal stijgen. 'Met hoeveel komen ze en wie zal dat blijven betalen?', vraagt Paul Van Hoof van het centrale studentensecretariaat van de universiteit van Leuven zich af (De Standaard, 13 december 1994).

Artsen- en tandartsenorganisaties in België pleiten al jaren voor een instroombeperking van nieuwe studenten. De verschillende betrokken ministers hebben echter laten weten dat een beperking van het aantal studenten voor bepaalde studierichtingen niet haalbaar is, omdat daarover 'geen politieke consensus bestaat'. Wel komt er dit jaar een overheids campagne om jongeren af te raden geneeskunde te gaan studeren. Het motto voor die campagne zal zijn: 'Zeven jaar studie, daar sta je toch even bij stil'. Het Algemeen Syndikaat van de Geneeskundigen van België (ASGB) vindt echter dat er voldoende bewezen is dat 'ontradingcampagnes' maar een beperkt effect hebben. De ASGB heeft namelijk de afgelopen jaren zelf al zulke campagnes georganiseerd, omdat de overheid niets deed. Dat resulteerde in 1993 in een daling van het aantal studenten, maar in 1994 was er opnieuw een toename, ondanks het feit dat de campagne toen nog liep.

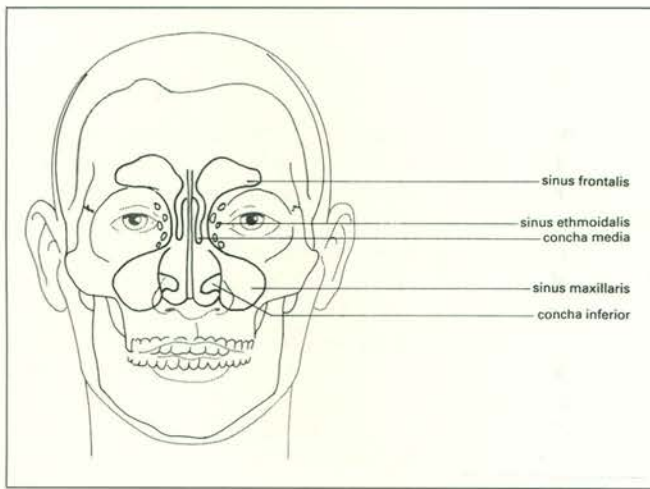
De Belgische tandartsen zijn unaniem voor een instroombeperking voor tandheelkunde-studenten. Hoe ernstig ze de zaak opvatten, blijkt wel uit de tamelijk bizarre wijze waarop begin december vorig jaar een akkoord over de tandartshonoraria werd afgewezen. Weliswaar stemden praktisch alle vertegenwoordigers van de verschillende tandartsenorganisaties in met de geplande verbeteringen in de vergoedingen voor orthodontie, tandvullingen en prothesen, maar toch ging het akkoord niet door. Dat kwam door een paragraaf over de wenselijkheid om het aantal tandartsen te beperken. De Franstalige tandartsen vonden dat veel te zwak geformuleerd en besloten op die grond het akkoord te verwerpen (De Standaard, 1 december 1994).

Intussen hebben de tandartsen met de ziekenfondsen toch nog een overeenkomst over de honoraria gesloten, evenwel onder voorbehoud dat zij het recht hebben het akkoord op te zeggen als de overheid op 30 november 1995 nog geen stappen heeft gezet om de groei van het aantal tandartsen te beperken (De Standaard, 15 december 1994).

## Medische achtergronden

### Sinusitis komt minder vaak voor dan het lijkt

Sinusitis, een ontsteking van de neusbijholten, komt veel voor en is daardoor een belangrijke oorzaak van ziekteverzuim. De meeste gevallen van ongecompliceerde acute sinusitis worden behandeld door de huisarts, maar ook de tandarts heeft er vrij vaak mee te maken. Een kaakholte-ontsteking, een sinusitis maxillaris, is namelijk in 1 tot 20% van de gevallen van dentogene aard (de grote variatie in dit percentage heeft vermoedelijk te maken met de grote verschillen in gebitsverzorging van de onderzochte bevolkingsgroepen). Zo'n dentogene sinusitis kan bijvoorbeeld ontstaan vanuit een abces rond een tandwortel. Een andere oorzaak is een kiesextractie, waarbij het dunne beenlaagje kan wegbreken dat het element scheidt van de sinus maxillaris. Er ontstaat dan een oro-antrale fistel, die, als hij niet opgemerkt wordt, een doorgang vormt voor anaërobe bacteriën of de *Escherichia coli*. Die geven een zeer stin-



Coronale doorsnede door de neus en de neusbijholten. (Met toestemming overgenomen uit: Huizing EH, Snow GB, red. Leerboek keel-, neus- en oorheelkunde. Houtem/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994: 341.)

kende pus en in een dergelijk geval moet men dus altijd aan een dentogene sinusitis denken.<sup>1,2</sup>

Meestal ontstaat een acute sinusitis echter vanuit een gewone neusverkoudheid (virale rhinitis). Dan kunnen de openingen van de sinussen naar de neusholte door het opgezwollen neusslijmvlies deels afgesloten raken. Het gevolg is dat er zich slijm ophoopt in de holten, wat een aantrekkelijk milieu vormt voor bacteriën. Bij een chronische sinusitis dragen vaak ook anatomische afwijkingen, allergische slijmvlieszwellingen, poliepen of kysten bij aan de beperking van de drainage van de bijholten.

De diagnose van een sinusitis is overigens moeilijk met zekerheid te stellen. Patiënten spreken bij een neusverkoudheid die gepaard gaat met pijn in het voorhoofd, al gauw van een voorhoofdsholte-ontsteking. Een echte sinusitis frontalis is echter bijzonder zeldzaam en pijn in het voorhoofd heeft daar dus meestal niets mee te maken. Ook een kaakholte-ontsteking wordt (zelfs door de huisarts) veel te snel gediagnosticeerd. Om met zekerheid een sinusitis vast te stellen zijn echografie of een CT-scan nodig en die apparaten heeft de huisarts niet in huis. Uit een echografische controle van volwassen patiënten met sinusitis-achtige klachten, die door de huisarts waren doorgestuurd naar de specialist, bleek dat er in de helft van de gevallen helemaal geen sinusitis bestond. Dat was het resultaat van een Nederlands onderzoek, waaraan 9 huisartsen uit Almere meewerkten met een gezamenlijk

bestand van 15.000 patiënten.<sup>3</sup> In de gevallen dat er wel een sinusitis bestond, ging het praktisch steeds om een sinusitis maxillaris, kaakholte-ontsteking dus. De incidentie bleek 15,7 per 1000 volwassenen per jaar te zijn. In slechts 1 geval werd een sinusitis frontalis gediagnosticeerd en daarbij bestond daarnaast ook nog een sinusitis maxillaris. Bij dit onderzoek heeft men ook op een rij gezet welke kenmerken samen een kaakholte-ontsteking het best voorspellen: verkoudheid, een hevige loopneus, pijn (in de kaak) bij bukken, eenzijdige maxillaire pijn en tand- of kiespijn.

De behandeling van een sinusitis begint altijd met een poging de afvoer van slijm te bevorderen. Men dient dan neusdruppels toe met vaatvernauwende middelen, die het slijmvlies van de neus en de holten doen slinken (bijvoorbeeld oxymetazoline). Daarnaast kunnen er algemene antibiotica worden voorgeschreven; plaatselijk toepassen helpt niet. Als de aandoening niet wil genezen, wordt wel een spoeling van de kaakholte toegepast. Als ook dat niet voldoende helpt, is een operatieve behandeling noodzakelijk. Vroeger maakte men dan een opening tussen de neus en de kaakholte of een incisie vanuit de bovenlip. De laatste jaren wordt in toenemende mate endoscopische neusbijholte-chirurgie toegepast, waarbij de neus als toegangsweg wordt gebruikt.<sup>4</sup> Onder plaatselijke verdoving worden dan via de middelste neusschelp de etmoidcellen geopend, waardoor een goede drainage van de sinus maxillaris en frontalis tot stand komt. Bij traditionele chirurgie werden de etmoidcellen meestal buiten beschouwing gelaten, terwijl deze toch het knelpunt bij de afvoer van slijm vormen. De endoscopische techniek levert daardoor betere resultaten en kan bovendien poliklinisch plaatsvinden.

J.B. Meijer van Putten, wetenschapsjournalist

## Literatuur

- Schmidt PH. Aandoeningen van de neusbijholten. In: Huizing EH, Snow GB, red. Leerboek keel-, neus- en oorheelkunde. Houtem/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994.
- Evans KL. Diagnosis and management of sinusitis. *BMJ* 1994; 309: 1415-22.
- Duijn NP van, Brouwer HJ, Lamberts H. Use of symptoms and signs to diagnose maxillary sinusitis in general practice: comparison with ultrasonography. *BMJ* 1992; 305: 684-7.
- Vleming M, Middelweerd MJ, Vries N de. Goede resultaten van endoscopische neusbijholtechirurgie wegens chronische of recidiverende sinusitis en wegens polyposis nasi. *Ned Tijdschr Geneesk* 1993; 137: 1453-6.