

andere chlorophyl, ureum, natriumfluoride, lauroyl-sarcosinaat, enzovoort). Voor geen dezer tandpasta's is ooit in een experiment het bewijs geleverd, dat zij cariës voorkomen. Er moet een uitzondering worden gemaakt voor tinfluoride, dat in enkele kortdurende experimenten inderdaad een cariësremming heeft vertoond. Langer durende experimenten zullen evenwel de waarde van deze toevoeging nog moeten bewijzen.

Van verschillende stoffen, die aan tandpasta als cariës-remmers zijn toegevoegd, zou men op grond van in-vitro-proeven meer effect verwachten. Het probleem bij deze stoffen is evenwel de te korte verblijfstijd in de mond. Wil een stof een effect kunnen hebben, dan zal zij een lange nawerking moeten bezitten door bijvoorbeeld selectieve adsorptie aan plaque of tandglazuur (zoals fluoride). De toevoeging van desinfectantia en antiseptica, geeft hetzelfde probleem, waarbij bovendien de eiwitconcentratie, het grote aantal bacteriën, hun groeiensnelheid en de aanwezigheid van het slijmvlies, dat niet beschadigd mag worden, het gebruik reeds theoretisch vrijwel onmogelijk doet schijnen. Men zou hier een stof nodig hebben met een selectieve werking, die bovendien het normale evenwicht in de mondflora niet te zeer zou mogen verstoren. De ontwikkeling van een gram negatieve flora of overgroeiing door *Candida albicans* bij penicilline zuigtabletten is hiervan een bekend voorbeeld. Het gebruik van chemotherapeutica in een normale tandpasta is vanzelfsprekend niet toelaatbaar. Wel zou men kunnen denken aan het gebruik van therapeutisch onbruikbare antibiotica en dan nog liefst een stof die in de maag onwerkzaam wordt gemaakt.

Besluit. Hoewel het mogelijk is door het volgen van bepaalde voorschriften tandcariës in belangrijke mate te voorkomen, stuit men op de grote moeilijkheid, dat de patiënt hier actief aan mee moet werken. En wat nog moeilijker is, hij en wel zeer in het bijzonder het kind, moet zich beperken in het gebruik van iets waaraan hij is gehecht. Toch heeft men de verplichting de patiënt — en meer

nog de ouders en onderwijskrachten — hierover voor te lichten. Elke vermindering van het snoepgebruik is in deze belangrijk. Zelfs indien dit verbruik niet meer jaarlijks zou stijgen ware reeds veel gewonnen; er ligt hier een duidelijke taak ook voor consultatiebureaus, arts, huisarts en schoolarts.

Het gebruik van voedsel, dat meer kauwfunctie vraagt en afsluiting van de maaltijd met een reinigend voedsel, bijvoorbeeld appel, is een tweede gewichtig punt. Hierop sluit direct de mondreiniging aan, waarbij men bedenke dat niet tandenpoetsen, maar een schone mond het doel is.

Als laatste methode voor de cariës-profylaxe is er de waterfluoridering. Voor de invoering hiervan is een goede voorlichting — niet propaganda — nodig. Hierbij kan de arts een zeer belangrijke rol spelen.

- Arnold, F. A., H. T. Dean en J. W. Knutson (1956) Publ. Hlth. Rep. 71, 652.
 Backer Dirks, O. (1958) Voeding 19, 722.
 Burnett, G. W. en H. W. Scherp (1951) Oral Surg. 4, 469.
 Dean, H. T., F. A. Arnold en E. Elvove (1942) Publ. Hlth. Rep. 57, 1155.
 Gezondheidsraad (1960) Rapport uitgebracht door de voorzitter van de Gezondheidsraad aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid bladzijde 867.
 Gustafsson, B. E. e.a. (1954) Acta odont. Scand. 11, 232.
 Hodge, H. C. en F. A. Smith (1954) Amer. Ass. Sci. 79.
 Keyes, R. H. (1960) Arch. oral Biol. 1, 304.
 King, J. D. e.a. (1954) Spec. Ser. med. Res. Counc. (Lond), 288.
 Kite, O. W. e.a. (1950) J. Nutr. 42, 89.
 Lundqvist, C. (1952) Odont Revy suppl.
 McClure e.a. (1959) J. dent. Res. 38, 776.
 McKay, F. S. e.a. (1916) Dent. Cosmos 58, 129 en 477.
 Miller, W. D. (1892) Die Microorganismen der Mundhöhle. G. Thieme, Leipzig.
 Nederveen-Fenenga, M. e.a. (1959) Voeding 20, 263.
 Orland, F. J. e.a. (1954) J. dent. Res. 33, 147.
 Perdok, W. G. (1957) Rev. belge Stomat. 54, 277.
 Shaw, J. H. (1954) J. Nutr. 53, 151.
 Sognaes, R. F. J. (1950) Calif. dent. Ass. 26, 37.
 Toverud, G. (1957) Milbank mem. Fd. Quart. 35, 373.
 Trithart, A. H. en R. L. Weiss (1957) J. Tenn. dent. Ass. 37, 118.
 Turesky, S. S. en B. G. Bibby (1944) J. dent. Res. 23, 51.
 Wijn, J. F. de (1960) T. soc. Geneesk. 38, 97, 127.

Enige opmerkingen over het kleuterbureau

DOOR F. TH. VAN DER WIND-PEEREBOOM VOLLER, ARTS TE AARLANDERVEEN

Op dinsdag 15 september 1953 hield ik, op aandrang van enige moeders, het eerste kleuterbureau te Aarlanderveen, nadat ik er al jarenlang zuigelingenbureau had gehouden. Mijn enige voorbereiding bestond uit het éénmaal bijwonen van een kleuterbureau te Woubrugge door collega Niessing-Polak Daniëls. Op 12 oktober 1953 woonde ik in de kinderkliniek te Leiden een bijeenkomst bij van collega's, die, evenals ik, met het houden van kleuterbureaus waren begonnen. De meest geschikte plaats voor een kleuterbureau

is óf een Kruisgebouw óf de wacht- en spreekkamer van een huisarts. De meest geschikte tijd is die, welke voor de moeders het gunstigst is. Interessanter is de vraag om de hoeveel tijd de kleuters zullen worden gecontroleerd. De eerste keer op de leeftijd van 18 maanden, blijkt aan het verlangen van de moeders te voldoen. Het streven in Aarlanderveen is om daarna elk halfjaar de kleuters te controleren (wat niet helemaal lukt en vaak ook niet nodig lijkt), totdat ze onder de schoolartsendienst vallen. Waarschijnlijk zal na te gaan zijn op welke tijdstippen in

het kleuterleven het meeste risico bestaat en zullen we dan op die tijden de kinderen kunnen terug bestellen, waardoor dus een geheel ander ritme ontstaat dan het starre eens-per-halfjaar.

De meest geschikte leider van het kleuterbureau, daarover bleek op een bijeenkomst van het N.H.G. te Leiden op 4 maart 1960 vrijwel totale eenstemmigheid te bestaan, is wel de eigen huisarts. De eis, door collega Boekhold op die avond gesteld, dat die huisarts dan bekwaam dient te zijn, zullen we gaarne onderschrijven.

Op het platteland zorgen de Kruisverenigingen voor een ruimte, voor de uitrusting en ze verzoeken de plaatselijke arts als leider op te treden, of de beide plaatselijke artsen bij toerbeurt. In de stad stelt het houden van bureaus door iedere huisarts voor de kleuters uit zijn eigen praktijk problemen: er moet een vergoeding zijn, omdat het fonds wel het curatieve, niet het preventieve werk betaalt, er moet meer ruimte, meer zusterhulp zijn, meer tijd, terwijl de administratie voor de Kruisverenigingen veel ingewikkelder wordt dan wanneer een specialist bureau houdt voor de kleuters uit verschillende huisartsenpraktijken. Een groot voordeel van controle door de huisarts zal zijn, dat meer kleuters worden bereikt. In de stad ligt het percentage kleuters, dat de bureaus bezoekt bij 30 (in elk geval onder de 50), in Aarlanderveen 98.

Het meest geschikte aantal kleuters per bureau hangt af van de capaciteit van de leider; mijn maximum ligt bij acht „nieuwe”, of tweemaal zoveel herhaal-bezoeken per twee uur. Contact van de leider met de tandarts is nuttig. Hopelijk is de tijd niet ver, dat ieder kind kort na de derde verjaardag voor het eerst naar de tandarts gaat en dan verder elk halfjaar. Contact met de schoolarts is nuttig en eigenlijk nodig. Omdat bleek, dat sommige kleuters volkomen overbodig en op het kleuterbureau en door de schoolarts werden gezien, ontwierpen de schoolarts, collega Hoeing en ik een prettige regeling, waarbij de gegevens van die kinderen, die met september naar de grote school zullen gaan, in april daarvoor ter inzage naar de schoolarts gaan. Omdat deze regeling van hogerhand nog niet is gesanctioneerd, beschouwen wij dit als een collegiale vriendendienst. De lijsten blijven dus eigendom van de Kruisverenigingen en verdwijnen, als ze zijn teruggestuurd, in een duister archief, waar al deze belangrijke gegevens sluimeren, waarschijnlijk voor altijd.

* * *

De zuster roept de kleuters op voor het bureau en vult op de lijst meteen de anamnese in. Bij het eerste bezoek is het prettig, als ook de lijst van het zuigelingenbureau wordt bijgevoegd. Lengte en gewicht worden op het bureau gemeten en op de lijst aangegeven. Moeder en kleuter komen dan bij de arts, die snel de gegevens van de lijst bekijken kan en lengte en gewicht kan vergelijken met een lijstje van gemiddelde maten. Daarna volgt het onderzoek

aan de hand van de status van de lijst: Constitutie (zeer zelden duidelijk) algemene indruk; voedings-toestand (deze laatste vragen eisen geen nadere toelichting); geestelijke toestand: hierbij is voor een vlugge oriëntatie het volgende lijstje praktisch:

2 jaar: loopt trap op; speelt met bal; bouwt met drie blokken een toren; is wakend zindelijk; noemt hond, kat en voorwerpen.

3 jaar: loopt trap op en af; loopt achteruit, hard, danst; kent verschil tussen jongen en meisje, kent eigen naam; telt een, twee, drie en maakt zinnen van vijf tot zes woorden; rijdt op driewielér; kan cirkel natekenen.

4 jaar: kan vierkant natekenen; telt een, twee, drie, vier, telt vier geldstukken; kan drie voorwerpen opnoemen; kan schaar gebruiken; speelt met verschillende kinderen.

5 jaar: kan vier kleuren opnoemen; kan zin van tien woorden maken; kan gewichten onderscheiden.

6 jaar: kan schrijven leren; kan tot dertien tellen; kent verschil tussen morgen, middag en avond; weet waarvoor voorwerpen worden gebruikt; kan drie opdrachten achter elkaar uitvoeren.

Huid, spierstelsel, klierzwellingen geen commentaar nodig. Daarna ogen: hierbij letten we zeer goed op scheelzien. Het is immers van groot belang, dat scheelziende kinderen zo jong mogelijk naar de oogarts worden verwezen. De amblyopie is tot het derde jaar spelenderwijs te redresseren, van het derde tot het zesde jaar moeilijk, na het zesde jaar lukt het praktisch niet meer. De uitgesproken schele kinderen zijn al in het eerste levensjaar verwezen (toxoplasmose?), maar de kleine scheelzien-hoek is bij een zuigeling moeilijk te diagnostiseren. De kleuter laten we ons keel-lampje fixeren en we dekken achtereenvolgens elk oog af. Het oog, dat na het afsluiten van het andere een instelbeweging maakt, dus verschuift, is scheel. Bij alternerend scheelzien kunnen we in de war raken, maar als de moeder zegt, dat het kind wel eens scheel ziet hebben we genoeg gegevens en we zullen ieder kind, verdacht van scheelzien, naar de oogarts verwijzen. Van alle kinderen is drie procent (convergent) scheel. Door vroege behandeling kan de ellende van de amblyopia ex anopsia worden voorkomen. Zou op het kleuterbureau alleen worden gelet op scheelzien, dan reeds had het reden van bestaan.

Hetzelfde geldt voor de doofheid. Van alle kinderen heeft een tot anderhalf procent een zodanig blijvende gehoorstoornis, dat bij de opleiding speciale maatregelen nodig zijn. Methoden om de gehoorscherpthe te bepalen zijn op het bureau niet uit te voeren. Bij heel jonge kinderen kunnen we nagaan, of zij reageren op voor hen interessante geluiden: het tikken met een lepeltje tegen een kopje, de stem van de moeder enzovoort. Bij het oudere kind zullen laat praten of spraakstoornissen, vooral slissen, ons op de gedachte brengen van een gehoorstoornis. Voor zulke kleuters is een onderzoek in een voor kinderen gespecialiseerd audiologisch centrum no-

dig, hoe eerder hoe beter: het slechthorende kind wordt in zijn ontwikkeling geremd, de spraak vordert langzaam en het heeft een moeizaam sociaal contact. De differentiële diagnose tussen doofheid en debilitas mentis is moeilijk te stellen; laten we de kleuter zijn kans geven en in elk twijfelgeval een audiologisch onderzoek aanraden. Zou op het kleuterbureau alleen op doofheid worden gelet, dan had het reeds reden van bestaan.

Na de oren volgen in de status: mond, neus, keel, borst, buik, genitaliën, rachitische stigmata, waarop ik hier niet nader wil ingaan en daarna komen de orthopedische afwijkingen. Om deze te kunnen beoordelen moeten we de ontklede kleuter zien lopen en staan. Bij het eerste bezoek, op de leeftijd van achttien maanden, is er nog geen voetgewelf te zien. Volgens sommige onderzoekers ontstaat het voetgewelf pas in het tweede levensjaar, volgens anderen bestaat het reeds bij de pasgeborene, maar is het opgevuld met vetweefsel. Hoe het zij, een platvoet is bij het eerste bezoek niet te diagnostiseren (een pronatie van de enkel wel: valgusstand). Veel van de orthopedische afwijkingen verbeteren spontaan, we informeren of voldoende melk en vitaminen worden gebruikt, adviseren eenvoudige oefeningen en verwijzen alleen de extreme gevallen naar de orthopedisch chirurg. Heilgymnastiek voor kleuters is op het platteland helaas vaak moeilijk te verkrijgen.

Bij het eerste bezoek aan het kleuterbureau wordt als routine door de Kruiszusters de reactie van von Pirquet gedaan. Het voordeel van deze gewoonte lijkt me discutabel: in zeven jaar zagen wij geen enkele positieve uitslag (de met B.C.G. geënte kinderen worden niet gepirqueteerd). Voor urineonder-

zoek en hemoglobineonderzoek ontbreekt op het bureau de tijd. Kleuters, verdacht van een afwijking op dit gebied, worden naar het spreekuur verwezen. Als het onderzoek ten einde is, volgt een gesprek met de moeder over de voeding en over eventuele pedagogische moeilijkheden. Sprekend over de voeding krijgen we de kans het menu van het gehele gezin te beïnvloeden. Als het kleuterbureau niets anders bereikte, dan dat in enkele gezinnen het eiwit veld won ten koste van het vet, het fruit ten koste van het snoepgoed en de groene groente ten koste van de gedroogde appeltjes, dan had het reeds reden van bestaan.

Laat bij eventuele pedagogische problemen de huisarts niet denken, dat dit zijn terrein niet zou zijn! Van oudsher wordt de huisarts beschouwd als raadsman op dit gebied (collega Bax op het ledencongres van de Maatschappij voor Geneeskunst te Arnhem) en hij heeft maar te zorgen hierin niet tekort te schieten. De huisarts heeft het niet te onderschatten voordeel, dat hij vader en moeder kent en beider achtergrond, de samenstelling van het gezin en de levensomstandigheden. De specialist werkt met evenzovele onbekende factoren. Waar de pedagogische moeilijkheden de grenzen van het normale overschrijden, of waar bij een volgend bezoek geen enkele verbetering blijkt te zijn ingetreden, is het geïndiceerd het inschakelen van een medisch-pedagogisch adviesbureau aan te raden.

Colenbrander, M. C. (1953) Scheelzien. Universitaire Pers, Leiden.

Idem, (1948) Ned. T. Geneesk. 92, 1588.

Crone, R. A. (1960) huisarts en wetenschap, 3, 352.

Jongkees, L. B. W. (1960) Ned. T. Geneesk. 104, 1038.

Albada, L. E. W. (1960) Ned. T. Geneesk. 104, 135.

Het T.N.O.-bejaardenonderzoek met inschakeling van huisartsen (I)

DOOR DR R. J. VAN ZONNEVELD, COÖRDINATOR GERONTOLOGISCHE ONDERZOEKINGEN T.N.O.

Inleiding. Men trapt een open deur in met te stellen dat de huisarts belangrijke bijdragen kan leveren aan de medische wetenschap. Reeds herhaaldelijk is betoogd, dat juist uit de praktijken van huisartsen nog vele gegevens kunnen worden verzameld, die bijvoorbeeld het inzicht in ontstaanswijze, verloop en behandeling van bepaalde ziekten verdiepen of die het beeld van de gezondheidstoestand der bevolking verduidelijken. Toch is van deze bron tot voor kort zelden gebruik gemaakt. Verwonderlijk is dat niet: vele huisartsen meenden, dat hun praktijk geen interessante of niet voldoende gegevens opleverde of zij dachten, al of niet terecht, geen tijd te hebben hun gegevens systematisch bijeen te brengen, te ordenen en te bewerken. Ook de eigenlijke onderzoekinstellingen hielden weinig rekening met de wetenschappelijke mogelijkheden, welke de huisartsgeneeskunde kan bieden. Gelukkig valt er een

zekere kentering waar te nemen. Zo is het toe te juichen, dat verenigingen van huisartsen, als het College of General Practitioners in Engeland en het Nederlands Huisartsen Genootschap het bepaaldelijk tot hun activiteiten rekenen de huisartsen bij het wetenschappelijk speurwerk te betrekken.

Wanneer het erom gaat een algemene indruk omtrent belangrijke medische vraagstukken in de bevolking te verkrijgen, ligt het al zeer voor de hand de huisartsen bij de pogingen daartoe in te schakelen. Zulk een vraagstuk betreft de gezondheidstoestand van bejaarden.

Huisarts en gerontologisch onderzoek. Het is thans voldoende bekend, dat vooral in de meest ontwikkelde landen een zekere veroudering der bevolking plaatsvindt. Uit eigen ervaring of door kennismaking van het vele, dat hierover wordt gezegd of geschre-