

vooral de Latijns-Amerikaanse vluchtelingen komen in het verslag uitvoerig aan de orde en ondersteunen de aanbeveling, dat vluchtelingen in Nederland de mogelijkheid dienen te hebben een arts te consulteren die hun taal spreekt, bekend is met hun cultuur en met de problematiek van het leven in ballingschap. Bovendien moet deze arts zo goed thuis zijn in de Nederlandse gezondheidszorg dat hij naast de brugfunctie ook het werk als vertrouwensarts kan verrichten.

– De Christen-Turkse vluchtelingen in Nederland vormen een aparte groep. Er bestaan bij hen veel lichamelijke klachten die op de bestaande problematiek terug te voeren zijn en waarin zowel de vlucht als de levensomstandigheden in Nederland een rol spelen. Dit leidt er onder andere toe, dat vrouwen met gynaecologische klachten vaak erg lang wachten voor zij naar de huisarts gaan. Tijdgebrek en onbegrip van huisartsen is in de ogen van de Christen-Turken vaak een barrière om hun klachten bij hen te uiten. De langdurige asielpcedures maken het leven nog eens extra miserabel, waardoor de depressieve gestemdheid tijdens het verblijf in Nederland alleen maar toeneemt.

Angst voor autoriteiten (dus voor artsen), wantrouwen en het rouwen over het verlies van het vaderland zijn voor alle vluchtelingen van belang. Velen zijn het slachtoffer van oorlogsgeweld, represailles, marteling en andere gewelddadigheden en hebben een sterke neiging tot vermindering, ontkenning en verdringing van de gevolgen, bij henzelf maar ook bij de hulpverleners. Terecht wordt in het verslag gesteld, dat het „geweldslachtoffersyndroom” geen pathologisch verschijnsel is, maar een menselijk reageren op extreme, ziekmakende gebeurtenissen. Stigmatisering van de slachtoffers als „patiënten” dient vermeden te worden.

Huisartsen hebben het voorrecht te werken op het kruispunt van het gezondheidszorgsysteem en het maatschappelijk systeem. Op dit kruispunt vervullen zij een culturele functie ten aanzien van alle mensen die om hulp vragen.² Het verslag van het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen laat zien hoe moeilijk dit in de praktijk is. Op 1 januari 1983 bevonden zich in Nederland ongeveer 6.000 Viëtnamese, 3.000 Christen-Turkse en 3.000 Latijns-Amerikaanse vluchtelingen. De meeste huisartsen in Nederland zullen dus sporadisch met de problemen van vluchtelingen te maken krijgen. Het is onmogelijk dat iedere arts op voorhand specifieke kennis verzamelt over iedere groep mensen die om tal van redenen zeer specifieke gezondheidsproblemen kunnen hebben. Wel mag verwacht worden, dat vooral huisartsen zich sterk verbonden voelen met het maatschappelijk krachten spel en actief kennis nemen van wat zich daarin afspeelt. Zij dienen de vaardigheid en ook de grondhouding te bezitten open te staan voor de bijzondere problemen van iedereen – ook van vluchtelingen. Vaak is het nodig snel specifieke kennis te verzamelen. De vaardigheid en de discipline om dit te doen dienen in de beroepsopleiding tot huisarts geoefend te worden; daarbij kan het verslag van het Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen 1983 als voorbeeld gesteld worden.

LITERATUUR

¹ Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen. Vluchtelingen (Verslag nr. 23 in de reeks Verslagen, Adviezen, Rapporten 1983. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur). 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1984.

² Lamberts H. De huisartsgeneeskunde als leer der kruispunten in de gezondheidszorg. Huisarts Wet 1978; 12: 465-76.

Maart 1984

BRIEVEN AAN DE REDACTIE

Is gebiedsafbakening tussen urologie en gynaecologie gewenst?

A.J.J. DE BRUIN, TE NIJMEGEN

Bij tijd en wijle komt in dit tijdschrift de vraag aan de orde welk type chirurg urologische afwijkingen bij vrouwen, zoals incontinentia urinae behoort te opereren, zoals kortgeleden in twee boekbesprekingen het geval was. Hierin beval een recensent alle urologen en gynaecologen aan om de gebiedsafbakening tussen urologie en gynaecologie te ondersteunen,¹ terwijl de ander verheugd was dat dit onderscheid niet werd gemaakt.²

Aan de deskundigheid van urologen wil ik geenszins tornen, zij zijn bij uitstek de operateurs voor de tractus urogenitalis bij de man; zij zijn echter geen chirurg voor de tractus urogenitalis bij de vrouw, net zo min als de gynaecoloog dat is. Het heeft mij als gynaecoloog steeds verbaasd, dat de uroloog de onderste urinewegen van de vrouw nog steeds bekijkt met scopen die juist voor de man zijn ontwikkeld. Mijn kanttekening heeft een meer algemene bedoeling.

In de laatste jaren zijn over de gehele wereld vele boeken over urine-incontinentie bij de vrouw uitge-

Van Schaeck Mathonsingel 43, 6512 AJ Nijmegen.

geven onder redactie van zowel gynaecologen als urologen, die niet de pretentie hadden om tot een betere gebiedsafbakening te komen, maar die voornamelijk duidelijk wilden maken hoe complex het gehele probleem van de urine-incontinentie bij de vrouw wel is. Ontwikkelingen op het gebied van de neurofysiologie en de neurofarmacologie van de blaas en de urethra worden steeds meer ingepast in het urodynamische onderzoek van alle dag; vaginale en suprapubische operatietechnieken worden individueel beoordeeld; psychische invloeden worden uitvoerig afgetast; mogelijke endocrinologische deficiënties opgespoord.

Historisch gezien zijn het juist de gynaecologen geweest, die zich als eersten hebben ingespannen om de vrouw met urine-incontinentie afdoende te helpen, zoals Sims, Kelly, Stoeckel, Martius, Jeffcoate, Marchetti, Hodgkinson, Krantz, Burch, Ingleman-Sundberg en onze landgenoot van Bouwdijk Bastiaanse. Het zou echter onjuist zijn op deze grond te claimen dat urine-incontinentie bij de vrouw een gynaecologische erfenis is, die onverdeeld behoort te blijven. Naarmate de geneeskunde zich steeds meer splitst in afzonderlijke specialismen, des te groter wordt de functie van elk specialisme afzonderlijk om hokjesgeest uit te bannen. Zo houdt ieder specialisme zijn bredere dimensies. Iedere individuele specialist zal dan voor zijn eigen werkterrein naar keuze deze dimensies afzonderlijk kunnen aftasten en zo nodig gestalte geven. Voor de toekomst is dit veel meer een kwestie van divergerend dan van convergerend denken. Het is daarom een goede zaak dat nefrologen geïnteresseerd raken in het oplosbaar maken van

nierstenen, radiologen zich beijveren in het verbeteren van de diagnostiek van nieren en urinewegen, seksuologen en psychologen zich verdiepen in ontledingsstoornissen van de blaas, huisartsen en verpleeghuisartsen hun aandacht wijden aan incontinentieproblemen bij bejaarden, enz.

In de International Continence Society houden onder meer urologen en gynaecologen zich al meer dan 10 jaar intensief bezig met de problemen rond urine-incontinentie. Nog nooit heb ik als trouw bezoeker van deze vereniging meegemaakt dat over grensafbakening tussen urologie en gynaecologie werd gesproken; terecht een goede zaak. Wel bemoedigt en stimuleert men elkaar voortdurend, waardoor beide disciplines positief worden beïnvloed. Maar ook de keuze van de vrouw zelf mag niet worden veronachtzaamd. Het feit, dat het overgrote deel van de vrouwen met urine-incontinentie zich het eerst als vanzelfsprekend tot de gynaecoloog richt, is een vaststaand feit. Al om deze reden heeft de moderne gynaecologie de plicht uretrocystoscopie en urodynamisch onderzoek zelf ter hand te nemen. De vrouw is niet gebaat met exclusief urocentrisch denken door welke specialist dan ook. De urine-incontinentie bij de vrouw blijft een universele uitdaging: een gebied zonder grenzen.

LITERATUUR

¹ Voogt HJ de. Boekaankondiging. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 623.

² Treffers PE. Boekaankondiging. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 779.

April 1984

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

Allergie voor een siliconenhars van de tandarts?

Vraag 26. Een van mijn patiënten heeft een hevig exantheem gekregen na een eerste contact met een siliconenhars waarmee de tandarts een gebitsafdruk wilde maken. Waarschijnlijk is dit veroorzaakt door methyldichloorbenzeensulfonaat dat in deze hars voorkomt. Volgens de fabrikant komt dit alleen in deze hars voor. Is er iets bekend over kruisovergevoeligheid met andere stoffen waarvoor patiënten gewaarschuwd dienen te worden?

Antwoord. Een genesmiddelexantheem of een gegeneraliseerde huidreactie door contact met tandheelkundig materiaal is uiterst zelden in de dermatologische literatuur beschreven. Heeft de patiënt geen medicament gebruikt?

Lokale allergische reacties door materiaal voor het nemen van afdrukken zijn waargenomen na gebruik

van Impregum, dat methyldichloorbenzeensulfonaat bevat.^{1,2} Dit is zowel bij door de tandarts behandelde patiënten gezien, als bij de tandarts zelf, die eczeem aan de handen kreeg.³ Er zijn ook patiënten met lokale allergische reacties beschreven bij wie Scutan werd toegepast voor tijdelijke kronen en bruggen.⁴ Deze kunststof bevat methylparatolueensulfonaat. Plakproeven bij patiënten die alleen met Scutan of zowel met Scutan als met Impregum in contact geweest waren, toonden positieve reacties zowel met methyldichloorbenzeensulfonaat als met methylparatolueensulfonaat; ook de tandarts reageerde op beide verbindingen positief. Aangenomen mag worden dat hier waarschijnlijk kruisovergevoeligheid bestaat. Het is ons niet bekend in welke harsen genoemde stoffen voorkomen. De hierboven genoemde tandarts had geen klachten bij gebruik van Permlastic in plaats van Impregum; hij adviseerde voorts Texton in plaats van Scutan.