



redactioneel

- Marteling is te beschouwen als een ziekte met duidelijke specifieke traumatologische, psychologische en epidemiologische aspecten. Aldus dit voorjaar ruim honderd artsen in Athene, uit alle hoeken van de wereld bijeengekomen op uitnodiging van Amnesty International. Onder auspiciën van AI's medische adviesraad spraken zij er over schendingen van de mensenrechten. MC was erbij.
- Nog meer geweld. Medici-polemologen congresseerden dezer dagen in Amsterdam. Dr. H. A. van Geuns sprak er over arts en structureel geweld, Dr. J. Verdoorn over arts en (het voorkómen van) oorlog. Lt.kol. Mr. E. L. Gonsalves over het humanitaire oorlogsrecht. Er is onder artsen te weinig aandacht voor de geweldsproblematiek – dat werd wel duidelijk, ook uit de bijdragen van de overige aanwezigen.
- Drie in ons land gevangen gezette RAF-leden gingen in hongerstaking. Een vijftal artsen dat hen begeleidde doet over die begeleiding en over het nauwelijks op menselijke argumenten stoelende optreden van Justitie een boekje open.
- Ruim een kwart eeuw KID. In 1951 verrichtte Dr. L. I. Swaab de eerste donorinseminatie in ons land, zoals hij ook de 'pil' en het IUD bij ons introduceerde. Hij viert zijn jubileum met een overpeinzing.
- W. J. Chr. van Gestel was geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid in Noord-Brabant; met ingang van vandaag is hij benoemd tot hoofdinspecteur. Reden om aan te nemen dat hij alles weet van de rol van het Geneeskundig Staatstoezicht bij de tuchtrechtspraak. De serie '75 jaar KNMG-rechtspraak, 50 jaar Medisch Tuchtrect' vaart er wel bij.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	778
<i>Inzenders: Dr. A. J. Philipszoon, Prof. Dr. M. C. Colenbrander, D. de Pater, Dr. J. Th. Grond, Het bestuur van de Stichting 'De Drie Lichten', G. Hoofslag, G. J. Winter, G. H. Hovinga</i>	
Arts en martelingen. Artsencongres Amnesty International in Athene	783
Arts en geweld. Medici-polemologen in congres	787
Hongerstaking. Een casuïstische mededeling, door M. A. J. Romme, F. van Ree, H. J. van Aalderen, J. Sacksioni en P. van den Hout	793
Universitaire berichten	799
Donorinseminatie. Overpeinzingen na ruim vijftientig jaar KID, door Dr. L. Swaab	800
75 Jaar KNMG-rechtspraak – 50 jaar Medisch Tuchtrect: De rol van het Geneeskundig Staatstoezicht bij de tuchtrechtspraak, door W. J. Chr. van Gestel	803
OFFICIEEL	807



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactionele beleid verantwoordelijk verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De Algemene Vergadering kiest het bestuur van Medisch Contact, benoemt de hoofdredacteur en de redactiesecretaris.

Bestuur Medisch Contact

F. Moerman, voorzitter;
B. Q. A. Enneking,
onder-voorzitter;
Dr. J. A. Stoop, secretaris (J. M. Kemperstraat 5, Utrecht);
G. A. C. Bosch, penningmeester;
Dr. R. A. de Melker.

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;
R. A. te Velde, redacteur;
Mw. G. W. Valkenburg-van Straten, redactrice;
Mw. C. R. van der Goot-van der Sluijs, secretaresse;
Mw. W. G. Juffermans-Kaltofen, secretaresse.

De redactie is gevestigd Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411.

Uitgeverij

Tijl Media BV
Texelstraat 76-80, Amstelveen,
telefoon: 020-434346
telex: 15230.
advertentie-acquisitie
telefoon 020-433851.

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG f 82,70; losse nummers f 2,35, excl. portokosten (inclusief BTW); buitenland f 87,90.
Opgave van abonnementen uitsluitend bij de uitgever.

Advertenties

Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd. Opgaven uitsluitend bij de uitgeverij.

Adreswijziging

Leden der KNMG uitsluitend aan de afdeling Ledenregister der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.



Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich het recht voor brieven in te korten.

OPLEIDING OORHEELKUNDE

Naar aanleiding van de openbare les van collega Feenstra (MC nr. 22/1978, blz. 671) gaarne de volgende opmerkingen:
Het lijkt invoelbaar wanneer Feenstra voorstelt dat KNO-artsen met een klein aanbod ooperaties geen stapedectomieën zouden doen. Wanneer collega Feenstra echter op grond hiervan de oorheelkunde van de KNO-heelkunde wil afsplitsen komt mij dit onjuist voor. Behalve oorartsen zouden als gevolg van deze afsplitsing ook neus- en keelartsen moeten ontstaan (de kreet 'algemeen' KNO-arts is natuurlijk een doekje voor het bloeden). Dit lijkt mij een monstroom.

Indien men meent dat de tijd is gekomen dat een KNO-assistent niet aan voldoende oorervaring toekomt is het adequater om de gelegenheid te scheppen dat hij wel aan die ervaring toekomt. Dit kan door aan de opleidingsklinieken minder assistentplaatsen beschikbaar te stellen, waardoor het aantal patiënten per assistent groter wordt. Een andere mogelijkheid om beter opgeleide assistenten te krijgen is het verlengen van de opleidingsduur met één jaar.

Tot slot meen ik te moeten zeggen dat het bijzonder belangrijk kan zijn voor een oorchirurg om tijdens of voor zijn opleiding wetenschappelijk werk te verrichten, waarbij gebruik wordt gemaakt van microchirurgie bij proefdieren.

Voorburg, 4 juni 1978

Dr. A. J. Philipszoon, KNO-arts

HOE BEZUINIGEN OP GEZONDHEIDSZORG?

De overheid overweegt, op advies van de commissie Lamers, in het kader van de vermindering van de sociale lasten de ziekenfondskosten te verlagen door het invoeren van een drempel in de vorm van een eigen risico.

Aan elke maatregel zijn voor- en nadelen verbonden. Zo ook hier. De voordelen zijn – naar men verwacht – minder uitgaven voor de gezondheidszorg, hetgeen in het kader van de algemene bezuiniging noodzakelijk is, door een meer verantwoord gebruik. Anders gezegd: het inperken van onnodig gebruik. De nadelen

zijn: administratieve consequenties die zelf weer geld kosten en de nadelen van een drempel, te weten: het in sommige gevallen ten onrechte geen hulp inroepen.

De kunst is de bezuinigingsmaatregel in een optimale vorm te gieten om de nadelen zo klein mogelijk te houden in verhouding tot de voordelen. Hierbij speelt een aantal overwegingen een rol. Het risico mag niet de chronisch zieke overmatig treffen. Hiermede is door de commissie reeds rekening gehouden door te bepalen dat het eigen risico een bepaald bedrag niet mag overschrijden.

Hoe moet het eigen-risico-bedrag worden geïnd? Dit bedrag de patiënt contant te laten betalen heeft grote bezwaren. Contante inning zal dikwijls niet mogelijk zijn en mag bovendien in spoedgevallen geen belemmering zijn voor het inroepen van hulp. Inning achteraf zal dikwijls moeilijk zijn. Men weet niet welke sancties men zou moeten hanteren als er niet wordt betaald. Als de medici zelf eraan te pas moeten komen, zoals in de particuliere sector het geval is, vrees ik dat eerst hier en daar uit vriendelijkheid – maar weldra algemeen – het verschuldigde zal worden kwijtgescholden. En daarmee is dan de drempel weer van de baan ten koste van de medici.

Op grond van deze overwegingen lijkt het mij verstandig de maatregel de vorm te geven van een no-claim-korting op de ziekenfondspremie. Dat is een bekend patroon in de wereld van de autoverzekering. Door in een jaar geen beroep te doen op de verzekering, wordt de premie voor het volgende jaar met een bepaald bedrag gekort. Maar men mag de daar bestaande regeling niet zonder meer overnemen. De berekening van jaar tot jaar kan – lijkt me – ook hier gelden. Maar de no-claim-korting gelde hier slechts voor één jaar en niet oplopend, zoals bij de autoverzekering. Anders zou de drempel van jaar tot jaar kunnen doorstijgen en te hoog worden.

De commissie stelt voor het eigen risico alleen te laten gelden voor de huisarts en de apotheker. Maar dit kan ertoe leiden dat de patiënt, in plaats van terug te moeten komen bij de huisarts, bedelt om naar een specialist te worden gestuurd en dat is veelal moeilijk te weigeren. Beter lijkt het de regeling ook voor de specialist te laten

Doorlezen naar blz. 780

‘MARTELINGZIEKTE’

Het heeft zo’n twintig jaar geduurd alvorens de medische wetenschap zich intensief ging bezighouden met de gevolgen die het verblijf in een concentratiekamp voor het slachtoffer heeft. Eerst nu blijkt hoe noodzakelijk het zou zijn geweest indien deze slachtoffers vanaf het begin van hun herkegen vrijheid een goede, deskundige begeleiding hadden gehad. De lessen uit die wetenschap hebben reeds enige vruchten afgeworpen voor de meest recente slachtoffers van gijzelingen.

Dit gaat helaas nog niet op voor slachtoffers van martelingen. Ten aanzien van hen volgt men nog dezelfde gedachtengang als in 1945 ten aanzien van ex-concentratiekampegevangenen, namelijk: zij hebben hun vrijheid terug, mochten zich soms klachten voordoen dan kunnen zij zich tot hun huisarts wenden. Achteraf is gebleken, dat onvoldoende kennis omtrent de gevolgen van het verblijf in een concentratiekamp iedere behandeling illusoir maakt. Het is in dit licht noodzakelijk meer kennis te vergaren over oorzaken, verloop, prognose, epidemiologie en behandeling van het ziektebeeld, veroorzaakt door marteling. Dat kan alleen als de medische professie de martelingziekte als zodanig onderkent en de gemartelde als een zieke beschouwt.

Er leven in Nederland enige tientallen van deze zieken en in de wereld zeker enige duizenden, zonder dat er stelselmatig wetenschappelijk onderzoek naar deze voor een groot deel nog onbekende ziekte plaatsvindt. Wat weten we eigenlijk van de gevolgen van ‘falanga’ (het langdurig slaan op de voetzolen), van herhaald gedoseerd uitwendig geweld op alle mogelijke lichaamsdelen, van de toepassing van elektrische stroom en van het herhaaldelijk net niet verdrinken – om maar enkele oorzaken van deze ziekte te noemen? Toch is in vrijwel

ieder stadium van de ziekte onderzoek mogelijk. Door verandering van totalitaire regimes in meer democratische regimes (Griekenland, Baskenland) is het in de praktijk mogelijk gebleken deze ziekte zowel in de beginstadia als in gevorderde vormen te onderzoeken. Systematisch onderzoek gebeurt nauwelijks. Als het al plaatsvindt, zijn het enkele zeer gemotiveerde kleine groepjes artsen die onder de vlag van Amnesty International met ontoereikende middelen en een tekort aan wetenschappelijke know-how de ziekte te lijf gaan, wat overigens niets afdoet aan de waardering die dit pionierswerk verdient. CRM, waaronder de vluchtelingen vallen, vond het nog steeds niet nodig dat al deze mensen uitvoerig medisch worden gekeurd, onder meer op martelingziekte; zij kunnen zich immers tot

*Het is noodzakelijk
meer kennis te vergaren
over oorzaken, verloop,
prognose, epidemiologie
en behandeling van het
ziektebeeld . . .*

een huisarts wenden als zij iets mankeren. Een redenering die dertig jaar geleden, toen het ging om concentratiekampslachtoffers die een vergelijkbare behandeling hadden doorstaan, nog voor valabel door kon gaan, maar nu niet meer. Het is niet zo eenvoudig het waarom van deze gang van zaken te achterhalen. Dr. H. A. van Geuns (blz. 787) ziet een belangrijke oorzaak in de dubbelrol die de arts nu eenmaal speelt. Als lid van de maatschappij bepaalt de arts mee de normen die daar heersen en conformeert zich eraan. Daarnaast werpt hij zich op als belangenbehartiger van de mens in nood. Met name voor wie zich bezighoudt met de aetiologie en de epidemiologie van de martelingziekte is dit een

belangrijk dilemma, dat vooral tot uiting komt in landen als Argentinië en Rusland.

Maar ook in eigen land kan dit dualisme tot problemen leiden in geval van een om politionele redenen wellicht noodzakelijke eenzame opsluiting, die echter tevens oorzaak kan zijn van martelingziekte. Met betrekking tot individuele marteling spreekt de verklaring van Tokio van de World Medical Association ondubbelzinnige taal: zij verbiedt elke steun van artsenzijde aan martelpraktijken of aan andere vormen van wrede, onmenselijke of vernederende behandeling, ook als het kunstmatige voeding betreft bij mensen die bewust in hongerstaking zijn, zelfs als dit leidt tot suïcide. De casuïstische mededeling over de hongerstaking van drie Duitse gedetineerden (blz. 793) schetst duidelijk het dilemma waarin de behandelende arts terecht komt; menselijkheidsargumenten en veiligheidsargumenten kwamen tegenover elkaar te staan in een totaal verstarde discussie. Martelpraktijken kunnen niet los worden gezien van het toenemende geweld in onze samenleving. De voorbeelden liggen voor het grijpen: de onvoorstelbare bewapeningswedloop, maar ook de verruwing op de sportvelden en de toenemende onveiligheid op straat. Juist in deze tijd waarin de afstand tussen volkeren en individuen steeds kleiner wordt neemt intolerant gedrag toe. Misschien wel te begrijpen maar niet te rijmen ontwikkelingen waarin de arts, toch een kind van zijn tijd, meer dan ooit de nadruk zal moeten leggen op de helpende en dienende rol die het enige uitgangspunt van zijn handelen is. Een groot deel van dit nummer is daarom ook gewijd aan arts en geweld. Aanleiding vormden een congres van de Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie over dit onderwerp en een artsencongres van Amnesty International over ‘Arts en martelingen’.

B.

gelden en dan voor alle drie niet voor de volle som, maar voor een percentage juist hoog genoeg om als merkbare drempel te kunnen werken, bijvoorbeeld 50 procent. Bij deze procedure zijn de problemen van de acute hulp en de inning volledig weggevoerd, terwijl de voordelen van de drempel, die ook bij de autoverzekering zo goed werkt, gehandhaafd blijven.

's-Hertogenbosch, 8 juni 1978

Prof. Dr. M. C. Colenbrander

VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE ALS ZONDEBOK (I)

Prof. Muntendam zegt in zijn naschrift (MC nr. 21/1978, blz. 644) de bedoeling te hebben gehad nog eens zijn grote zorg uit te spreken over het gebruik (misbruik?) van geneeskundigen in ons sociale verzekeringsstelsel. Ik kan hem verzekeren dat ik – met zeer velen – zijn zorg deel, maar dat zijn bedoeling mislukt is. Hoe zou dat ook anders kunnen? Een unieke kans om een kop over drie kolommen: 'controle-artsen grote verspilling' (Volkskrant 23 maart 1978) aan een autoriteit te kunnen ontfangen, laat men zich niet ontgaan. Zeker niet als deze autoriteit over de achtergronden, bedoelingen en beperkingen van zijn uitspraak zelf geen woord heeft gezegd. Mij ontgaat dan wel hoe Prof. Muntendam kan schrijven verheugd te zijn 'dat men dit kleine deel van mijn rede opvallend in de publiciteit heeft gebracht'. Deze vorm van publiciteit staat een gedegen bezinning over de werkelijke en gigantische problemen, ontstaan door de wedloop tussen de heilzame en onheilzame effecten van onze sociale wetgeving, slechts in de weg. Door deze vorm bereikt men namelijk uitsluitend affectieve ontladingen, worden vooroordelen bevestigd en mensen gekwetst.

Het naschrift noopt mij dieper in te gaan op de door Prof. Muntendam aangehaalde publikaties van collega L. de Boer. In de slotbeschouwing van het artikel in MC nr. 25/1976, blz. 801 schrijft deze: 'Bovenstaande voorstellen hebben zeker niet de pretentie het probleem van het ziekteverzuim op te lossen of tot duidelijke verlaging van dit (inderdaad hoge) verzuim te leiden' (cursivering van mij, Gr). Ook in de andere publikaties waarnaar Prof. Muntendam verwijst, toont De Boer zich een verstandig en voorzichtig man. In het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 42-921 schrijft hij in 1964 dat er aanwijzingen zijn dat een 'deel van het verzuim waar het hier over gaat niet zozeer beïnvloedbaar (is) door wat voor systeem van 'controle' dan ook, maar meer door de sfeer en de omstandigheden van het bedrijf.' En in 1968 (Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 46-822): 'bovenstaande getallen bewijzen vanzelfsprekend niet dat dit in elk bedrijf

zou kunnen'.

De verzuimstatistieken van collega De Boer hebben de aandacht getrokken. De betrekkelijke waarde daarvan heeft hij, blijkens bovenstaande citaten, zelf al aangegeven.

In het interimrapport van de door de SVR ingestelde commissie 'Bestudering Ontwikkeling Ziekteverzuim' (MC nr. 251 1972 blz. 691 e.v.) wordt melding gemaakt van een diagnosecommissie die zich heeft georiënteerd over reeds verrichtte onderzoeken. Van het werk van deze subcommissie wordt vermeld: 'dat uit de tot dusver verrichtte onderzoeken wel een zekere opsomming is te geven van de factoren welke tot ziekteverzuim kunnen leiden, maar dat geen adequaat statistisch materiaal voor handen is, aan de hand waarvan de invloed van elk van die factoren of een combinatie daarvan op de toeneming van het ziekteverzuim is aan te wijzen'.

Aan het slot van het genoemde interimrapport lezen wij: 'de commissie heeft zich beraden over de vraag in hoeverre experimenten die inzicht geven in het ziekteverzuim en bestrijding van vermijdbaar ziekteverzuim, zijn aangewezen'. Bij de daarna voorgestelde vijf experimenten mis ik het advies om de ervaringen van collega De Boer ook eens in een ander bedrijf met andere sfeer en omstandigheden te toetsen.

Heeft de voorzitter van de commissie, tevens voorzitter van de diagnosecommissie, toen een unieke kans gemist? Verwijzing naar de inzichten en het beleid van collega De Boer had in dit weloverwogen rapport aan de SVR meer zin en meer effect gehad dan daarvan thans kan worden verwacht.

Prof. Muntendam deelt mede een publikatie voor te bereiden waarin hij zijn ongerustheid nader zal toelichten. Het zal hem duidelijk zijn geworden dat ik het betreur dat hij in Noordwolde ontijdig uit zijn script heeft geciteerd. Verder zie ik naar zijn publikatie gespannen uit, niet zozeer om te vernemen welk stelsel naar zijn mening de zondebok is, maar welk stelsel hij in deze als de zondaar aanwijst?

Amsterdam, 1 juni 1978

Dr. J. Th. H. Grond,
adviserend chirurg GAK

VERZEKERINGSGENEESKUNDIGE ALS ZONDEBOK (II)

Indien collega Bok in zijn reactie in MC 23/1978 blz. 690 stelt dat:

- zijn ervaring als 'verzekeringsgeneeskundige' heeft bestaan uit het verrichten van 30 controles per uur;
- hij zich daaraan als huisarts 'bezondigd' heeft;
- naar zijn mening ook bij het GAK huisartsen op verrichtingsbasis als verzekeringsgeneeskundige werken,

dan geeft dat blijk van zoveel onkunde op theoretisch zowel als praktisch terrein dat het op zijn minst hoovaardig is ervan uit te gaan dat een waardevolle aanvulling op de discussie is geleverd.

Blijkbaar is hij niet op de hoogte van bijvoorbeeld:

- de ontwikkeling op het gebied van de verzekeringsgeneeskunde door de grote uitbouw van het pakket sociale verzekeringen;
- het rapport scheiding behandeling-controle zoals aangenomen in de algemene ledenvergadering van de KNMG in 1969;
- het rapport van de Commissie Takenpakket der LHV zoals gepubliceerd in MC nr 24/1977 blz. 765 e.v.;
- het praktische feit dat bij de medische dienst van het GAK geen artsen op verrichtingsbasis werken, maar op basis van een dienstverband.

Alleen in Amsterdam kennen wij de situatie dat verschillende huisartsen hun curatieve werk combineren met verzekeringsgeneeskundig werk. Voor het verzekeringsgeneeskundige deel van hun taak zijn ook die huisartsen in dienst van het GAK.

Aan deze punten zou nog een aantal andere toegevoegd kunnen worden en indien collega Bok geïnteresseerd is wil ik gaarne in een persoonlijk gesprek met hem daarover van gedachten wisselen.

Amsterdam, 12 juni 1978

D. de Pater, medisch adviseur GAK

'DE DRIE LICHTEN'

Op 28 juli 1950 werd door wijlen mejuffrouw Petronella Mees en wijlen mevrouw Maria Kreunen-Mees de 'Stichting De Drie Lichten' opgericht. Zij besloten dat de stichting zou worden verwezenlijkt door het in stand houden van twee fondsen:

A: Het *Medisch Hulpfonds Joan Mees Mzoon*, dat beoogt steun te verlenen aan Nederlandse staatsburgers voor wetenschappelijk onderzoek op het gebied der geneeskunde, doch alleen voor afgestudeerde medici en hun medewerkers op medisch research-gebied;

B: Het *Moeder Alida Hulpfonds*, dat beoogt steun te verlenen aan werkers van fonds A, voor hun persoonlijke omstandigheden.

Vastgelegd werd dat het bestuur van de Stichting uit ten hoogste zeven leden zou bestaan waaronder: a. een lid van de familie Mees, in rechte lijn afstammend van Rudolphus Mees, geboren te Rotterdam, 26 december 1728; b. een medicus; c. twee, een verschillend vak docerende, hoogleraren aan de medische faculteit van verschillende Nederlandse universiteiten; d. een Nederlands lid van de Koninklijke Academie van Wetenschappen; e. een

accountant, bankdirecteur of notaris;
f. een vrouwelijk lid.

In 1953 werd een aanvang genomen met het realiseren van de bedoelde activiteiten. In de thans achter ons liggende 25 jaren heeft de Stichting een bescheiden, duidelijk stimulerende invloed gehad op het Medisch Wetenschappelijk Onderzoek in Nederland.

Het bestuur heeft gemeend in de geest van de oprichters te handelen met dit moment in het bestaan van de Stichting te accentueren door een jong onderzoeker, niet ouder dan 35 jaar, in de gelegenheid te stellen zich in het buitenland binnen zijn vakgebied verder te oriënteren. De Stichting stelt hiervoor maximaal f 25.000 beschikbaar. Kandidaten dienen te voldoen aan de voorwaarden destijds door de oprichters gesteld. Applicanten kunnen zich melden bij de secretaris van de Stichting; een uitvoerig curriculum vitae, o.a. inhoudende de tot nu toe ontplooiende wetenschappelijke activiteit, een uiteenzetting van de plannen en adhaesiebetuigingen van twee hoogleraren dienen de sollicitatie, welke voor 1 december 1978 moet worden ingediend, te vergezellen.

Wassenaar, juni 1978

Het bestuur van de Stichting 'De Drie Lichten'
D. Durrer, voorzitter,
A. Schaberg, secretaris, Pathologisch
Laboratorium, Wassenaarseweg 62, 2300
RC Leiden,
J. van Eys, penningmeester,
G. J. Kloosterman,
Mevr. C. J. Schilt-ten Hove,
M. Mees,
L. B. J. Stuyt.

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (IX)

Het dagboek van een co-assistent was voor mij vaak een aardig opstelletje op MAVO-niveau.

Nr. 29 (MC nr. 20/1978, blz. 620) kan dan misschien een sterk verhaal zijn voor een assistentenkoffietafel, maar getuigt mijns inziens van een zeer slechte smaak en mentaliteit van de ten tonele gevoerde arts en toekomstige arts.

Mijn patiënten zou ik niet graag naar een dergelijk stel ongeorganiseerde ondeskundigen zenden: één ondeugdelijk apparaat, één afgerukte slang, één op ondeskundige en zeker ongeroutineerde wijze ingebrachte neussonde, waarmede tenslotte de maag werd opgepompt; geen vloeistof voor de contacten direct vindbaar, de fluïd die de co-assistent in zijn gezicht kreeg tijdens dit paniekerige dilettantenwerk is misschien een maatstaf voor de waardering van deze mishandeling. Door genoemd artikel wordt mijns inziens het vertrouwen in de medische stand geschonden en ondermijnd. De leek, die

MC ook te lezen kan krijgen, zal op zijn zachtst zeggen: 'Het zal je vader maar zijn.' Dit kwajongensachtige, in grove taal geschreven stuk siert MC niet en kan beter achterwege blijven.

Apeldoorn 7 juni 1978

G. J. Winter, arts

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (X)

Het dagboek van de leerling-arts Alexander van Es, waarvan wij nu reeds meer dan dertig bladen hebben doorgeworsteld en dat dezelfde gevoelens opwerpt als televisieprogramma's als Coronation Street en Peyton Place, stond op 26 mei (MC nr. 21/1978, blz. 651) in het kader van de zielzorg.

De railerende wijze, waarop Alexander de H. Sacramenten der zieken benadert, duidt op gebrek aan geestelijke diepgang. Hij zou er goed aan doen eens een tijdje co-assistent van een pastor te zijn; het spijt mij te ervaren dat hij het hoofdstuk 'Geestelijke zielzorg' in zijn alwetendheid heeft overgeslagen. Het wordt tijd, dat Alexander van Es zijn geestelijke rijpheid demonstreert door af te studeren. Dan worden wij verlost van zijn dagboekbladen, die wekelijks uit zijn pseudo-sociaal geprogrammeerd bedieningspaneel te voorschijn komen.

Rijswijk, 4 juni 1978

G. Hoogslag, arts

ONDERZOEK S-5 KWALIFICATIES

Als dienstplichtig militair arts in de functie van 'districts-psychiater' stel ik een persoonlijk onderzoek in naar de eventuele sociale en psychische consequenties die een S-5 kwalificatie zou kunnen hebben voor de jonge mannen die door een militaire arts primair (bij eerste keuring) of secundair (na het vervullen van een deel van de eerste oefening) onvoldoende stabiel worden geacht voor het vervullen van de militaire dienstplicht.

De gegevens hierover zijn zó spaarzaam, dat ik de collegae wil vragen om mij te helpen bij de eerste aanzet van een mogelijk breder op te zetten onderzoek door mij melding te maken van markante gegevens en indrukken, opgedaan in de eigen praktijk. Behalve diegenen die patiënten hebben die onprettige ervaringen hebben opgedaan na een S-5 kwalificatie, verzoek ik ook nu juist die collegae die van mening zijn dat de kwalificatie géén of nauwelijks problemen oplevert om te reflecteren, ten einde in mijn gegevens een te negatieve selectie te voorkomen. Namens mijn patiënten dank ik u bij voorbaat hartelijk.

Harderwijk, 8 juni 1978

G. H. Hovinga, Res. eltn. arts.
'Districts-psychiater'
Willem George Frederik (WGF)-Kazerne
Harderwijk
òf Henri Dunantstr. 167
6441 XD Brunssum

Nieuwe stempelbanden Medisch Contact 1977

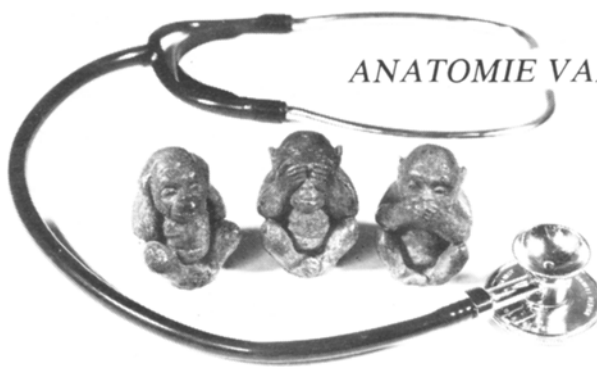
Het wordt weer tijd de boekbinder in te schakelen, want de nieuwe stempelbanden voor Medisch Contact 1977 zijn inmiddels beschikbaar. Evenals vorig jaar kan de jaargang 1977 worden gebundeld in twee delen. Daarvoor zijn twee banden nodig, waarbij ervan wordt uitgegaan dat dan tevoren de advertentiepagina's uit de losse nummers zijn gescheurd.

Deze stempelbanden MC 1977 I en MC 1977 II, wederom uitgevoerd in linnen met goud-opdruk, kunnen worden besteld door overmaking van f 30,— per jaar (incl. BTW) per postgiro op rekeningnummer 5 80 83 van de KNMG onder vermelding van 'Stempelbanden MC 1976'.



Pokkenentstof – De Gezondheidsraad heeft advies uitgebracht inzake de voorraadvorming pokkenentstof. Momenteel is de wereld reeds ruim een half jaar bevrijd van de pokziekte; daardoor is de medisch-epidemiologische noodzaak van vaccinatie tegen pokken komen te vervallen. Een aantal landen eist echter voor toelating tot zijn grondgebied een geldig bewijs van inenting tegen pokken. De daartoe benodigde hoeveelheid vaccin kan door de routineproductie van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid worden opgevangen. In het onwaarschijnlijke geval dat – ondanks de successen bij de uitroeiing behaald – toch import van pokken zou plaatsvinden, kan met een beperkt aantal, door genoemde routineproductie op te vangen, vaccinaties worden volstaan ter afgrendeling van een 'import-epidemie'. Of – na definitieve uitroeiing (waarmee een periode van twee jaren gepaard gaat na het constateren van het laatste ziektegeval) – nog een voorraad pokkenentstof dient te worden aangehouden, is moeilijk te beslissen: in de overgangsfase, zoals die thans bestaat wordt zekerheidshalve een hoeveelheid pokkenentstof voor minimaal drie miljoen mensen in reserve gehouden. De leden van de commissie menen dat daarna voorlopig een even grote hoeveelheid pokkenentstof in voorraad dient te worden gehouden en na maximaal vijf jaren het vraagstuk wederom moet worden beoordeeld.

EFPIA – Organisaties die in veertien Europese landen de farmaceutische industrie vertegenwoordigen hebben samen een Europese Federatie van Farmaceutische Industrie-Associaties opgericht. Het gaat om organisaties in de landen van de EEG, met uitzondering van Luxemburg dat geen eigen geneesmiddelenindustrie bezit, Oostenrijk, Finland, Noorwegen, Portugal, Zweden en Zwitserland. Doel van de nieuwe federatie is het bevorderen van de ontwikkeling en de positie van de geneesmiddelenindustrie in Europa met inachtneming van de belangen van de volksgezondheid. Om dit doel te bereiken zullen contacten met internationaal werkende overheidsinstanties worden gelegd. Voorts worden op internationale schaal wetenschappelijke, sociale, economische en juridische zaken bestudeerd die van belang zijn voor de farmaceutische industrie in Europa. Nederlands lid is Nefarma, de Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie.



ANATOMIE VAN HET GEVOEL

De gelaatstrekken van een dode

Zondagsavonds heerst er in de stations een stemming die uitstekend past bij de stationsgebouwen zelf. Er is dan sprake van een soort harmonie, die aangenaam op mij afkomt. De meeste reizigers zijn jonge mensen, die weer voor een week 'afreizen' naar de plaats waar ze studeren, werken of soldaatje spelen, met hun zwarte of bruine leren weekendtassen van Adidas of Puma, hun joppers en die blik van gelaten ergernis lijken ze allemaal op elkaar. Doorgaans wordt er weinig gelachen. In de trein lezen ze nog een hoofdstuk uit een of ander dictaat. De sigaretten worden bewaard voor later in de week. Je zit zwiwend naast of tegenover elkaar. Wanneer de trein vaart mindert, pak je alvast je tas uit het bagagerek, trekt zo voorzichtig mogelijk je jas aan zonder de anderen aan te stoten en ploft daarna nog even neer tot het gevaarte goed en wel stilstaat. Op het perron staat niemand op jou te wachten. Je kunt kalm je gang gaan. Het is een bizar gezicht: al die mensen die niets zeggen en zo maar in het niets verdwijnen. Dan lijkt het alsof het station met ieder van deze jonge reizigers meelijdt, als een soort monument voor de onbekende reiziger.

Dit weekend was geen weekend, maar één sprint om alles op tijd af te krijgen. Op de universiteit kon ik toevallig nog even terecht om wat boeken op te snorren. Omdat echter het copieerapparaat was afgesloten, moest ik enkele belangrijke hoofdstukken in de stad fotocopieëren. Dat kwam niet eens zo slecht uit, want ik heb er meteen voor f 100,— aan allerlei spullen gekocht. Door de week heb ik geen tijd om boodschappen te doen en dat moet dan maar op dat soort momenten. Zaterdagavond heb ik tot half twee 's nachts aan mijn praatje over de rheumatoïde-arthritis doorgewerkt. Zondagmorgen om negen uur ben ik er mee doorgedaan. Die nacht heb ik trouwens vreselijk slecht geslapen. Ik heb bijna de hele zondag doorgewerkt tot het moment waarop mijn broer mij naar het station bracht.

Een dag later:

Ik ben kapot. Zojuist heb ik nog getracht een van onze patiënten, mevrouw D., te reanimeren. Ze had plotseling een hartstilstand gekregen. Ik kende haar nauwelijks en wist ook niet onder welke diagnose zij was opgenomen. Het ging allemaal heel vanzelfsprekend. Ik was net van plan naar de flat toe te gaan, toen een van de verpleegsters mij kwam waarschuwen. Ik ren de gang op, sjees zo snel ik kan naar de kamer waar ik dacht dat ik moest zijn, maar door mijn snelheid raas ik die kamer voorbij. Rechtsomkeer, dus hoekje om en daar lag 'madam'. Al helemaal cyanotisch. De pols was weggefallen en het enige dat ik kon doen was hartmassage toepassen, terwijl een broeder via een steriel gaasje nog wat lucht probeerde in te blazen. Naar een kunstgebit werd helemaal niet gekeken. Er stond wel een defibrillator, maar ik kon nergens de pasta ontdekken die je op de polen moet smeren. Het leek mij verstandig geen paniek te zaaien. Uit ervaring wist ik dat het zoeken en aansluiten van een 'luchtballon' altijd moeilijkheden oplevert, dus daar begon ik ook maar niet aan.

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (35)

Na vijf minuten kwam de dienstdoende assistent, die nog trachtte een infuus aan te leggen. Ik besepte toen al dat mijn massage geen nut meer had, maar ik ging er toch maar mee door. Op het hoofd van mevrouw D. kwamen twee vaten naar voren in een V-vorm. Haar gezicht werd roder en roder. Uiteindelijk ben ik ermee opgehouden. Terwijl ze daar zo voor apegapen lag, trok ze nog even met een mondhoek. Dat doen doen wel meer, verzekerde mij de assistent.

Alexander van Es

Arts en martelingen

Artsencongres Amnesty International in Athene

Marteling is te beschouwen als een ziekte met duidelijke specifieke traumatologische, psychologische en epidemiologische aspecten. Opsporing, identificatie en diagnostiek van de slachtoffers vereist een uitgebreide kennis van martelpraktijken. Medisch onderzoek van slachtoffers heeft slechts weinig zin, indien niet gelijktijdig mogelijkheden worden ontwikkeld voor therapie en revalidatie.

Aldus de bevindingen van ruim honderd artsen die deelnamen aan een congres over 'Violations of human rights: Torture and the medical profession'. Het congres, dit voorjaar in Athene gehouden, was belegd door de Medische Adviesraad van Amnesty International. Het stond in het teken van een hernieuwde campagne die erop is gericht artsen ervan te weerhouden mee te werken aan martelpraktijken.

De vergadering betuigde instemming met de Verklaring van Tokio (World Medical Assembly 1975), die artsen verbiedt medewerking te verlenen aan martelingen of mishandeling van gedetineerden. Zij constateerde daarnaast, dat er zelfs nog geen indicatie is dat deze verklaring meer is gebleven dan een dode letter.

Aanbevelingen

Aan het slot van hun vergadering deden de verzamelde artsen een beroep op hun collega's over de hele wereld om een onderzoek in te stellen naar de gevolgen van folteringen om de onderzoekuitkomsten openbaar te maken.

Op regeringsleiders werd een beroep gedaan om toestemming te verlenen voor het bezoeken van alle

gevangenen en detentiecentra.

Dergelijke bezoeken zouden moeten plaatsvinden onder auspiciën van het Rode Kruis en van andere organisaties voor de mensenrechten.

Besloten werd voorts, regeringen en intergouvernementele instanties als de Verenigde Naties te adviseren nieuwe wegen te zoeken voor hulp aan martelslachtoffers. Gevraagd werd om een speciaal VN-fonds als waarborg voor een openlijke en adequate behandeling van gemartelden.

De aansprakelijkheid van de Staat voor financiële schadeloosstelling, rehabilitatie en wederopneming in de maatschappij van slachtoffers van folteringen zou volgens de vergadering aan een internationale conventie moeten worden gebonden. Tenslotte werd de aanbeveling gedaan, dat de Europese Commissie voor de Rechten van de Mens volmacht zou moeten krijgen om tot actie over te gaan zodra zij melding ontvangt van folteringen of onmenselijke of vernederende behandeling. Dit zou moeten inhouden: onmiddellijk inspectie van plaatsen waar verhoren worden afgenomen en gevangenis, en wel met assistentie van medische deskundigen.

Projecten

In het kader van de anti-martelcampagne van AI lopen momenteel twaalf medische onderzoekprojecten. Dat is het werk van artsenwerkgroepen in zes landen: Denemarken, Zweden, Frankrijk, Griekenland, de VS en Nederland. Bestudeerd worden onder meer het misbruik van de

gerechtsgeneeskunde, de opleiding van folteraars, de diagnostiek van verwondingen als gevolg van martelingen en verbeteringen in de medische voorzieningen voor gefolterden. Speciale research wordt gedaan naar de gevolgen van marteling door middel van elektroshock en 'falanga' (slaan op de voetzolen). Vluchtelingen uit met name Zuid-Amerika worden onderzocht, soms is een onderzoek ter plaatse mogelijk. Ook artsen uit landen die (nog) geen officiële medische AI-groep kennen – Zwitserland, Canada – laten zich niet onbetuigd en dragen incidenteel hun steentje bij.

Van al dat werk van artsen voor Amnesty International werd in Athene de tussenbalans opgemaakt.

Uit Denemarken kwam het eerste overzicht. De werkgroep daar startte in 1974, omdat men in zijn hoedanigheid van arts steun wilde betuigen aan Amnesty's anti-martelcampagne. Martelen zien de groepsleden als een aandoening van traumatische aard – te vergelijken met zaken als kindermishandeling, verkeers- en bedrijfsongevallen – en gemartelden als zieken. Martelingen willen zij daarom bestuderen als iedere andere ziekte.

De Denen doen bijzonder veel. Een subgroep verricht research naar 'falanga', het slaan op de voetzolen als strafmaatregel of tijdens ondervraging, de meeste verbreide martelpraktijk onder de Griekse junta. Tussen de twee tot zeven jaar na 'behandeling' bleek de helft van de slachtoffers nog moeilijk te lopen. Na-onderzoek inclusief anatomisch onderzoek van de voet wijst in de richting van blijvende ischaemische

beschadigingen van de voetzool. Een endocrinologische werkgroep onderzocht zeventien mannen van 21-50 jaar die drie tot tien jaar eerder foltering hadden ondergaan. Vijf patiënten, allen tussen de 30 en de 40, vertoonden een verminderde seksuele functie; allen vertoonden seksuele stoornissen. Tussen verwondingen aan hoofd en genitaliën en verstoringen van de seksuele functie kon geen verband worden aangetoond. Om het effect van elektroshocks na te gaan deed een speciale groep een vergelijkend morfologisch onderzoek van door elektriciteit c.q. hitte beschadigde varkenshuid. Het bleek, zo werd gerapporteerd, mogelijk op die manier mogelijk diagnostische criteria voor de gevolgen van blootstelling aan elektriciteit vast te stellen. Een andere Deense subgroep – verpleegkundige, maatschappelijk werker, kinderpsycholoog, psychiater en kinderarts – onderzoekt vanaf 1976 kinderen die zelf zijn gemarteld en/of wier ouders aan foltering onderworpen waren. Sinds anderhalf jaar werken voorts juristen en medici samen in een werkgroep forensische geneeskunde. Zij trachten aan de hand van foto's van overledenen, overlijdensakten, officiële uitspraken en zo mogelijk autopsieverslagen tekenen te onderkennen die wijzen op martelpraktijken. Ook verrichten zij research met betrekking tot de juridische aspecten van overlijdensakten en autopsieprocedures bij overleden gedetineerden. Al in 1975 werd in Denemarken een psychiatrische werkgroep van AI opgericht. In datzelfde jaar hield Amnesty in Denemarken een internationale psychiatrische 'workshop'. Na die conferentie zouden vier werkgroepen zich gaan bezighouden met respectievelijk gedwongen opname in een psychiatrische inrichting, technische criteria voor het diagnosticeren van psychosen, wettelijke richtlijnen ter waarborging van de rechten van de psychiatrische patiënt en de ethiek van de psychiatrie. De eerste subgroep heeft inmiddels een document over gedragsregels bij dwangopname geproduceerd. Deense artsen trokken naar Zuid-Korea en Noord-Ierland om er getuigen te horen over martelpraktijken of mishandeling van gevangenen. Rechtstreeks contact met slachtoffers was mogelijk in

landen waar een wisseling van de macht had plaatsgevonden. In Griekenland konden de gevolgen van 'falanga' en mogelijke endocrinologische veranderingen na foltering worden bestudeerd, in Baskenland kon research worden gedaan naar martelmethoden en de gevolgen van martelingen voor de slachtoffers. Tenslotte hebben de artsen in Denemarken hun eigen schrijfactie, met een honderdtal deelnemers. Hun brieven betreffen gevangen genomen of gemartelde artsen alsook andere gevangenen die medische klachten vertonen en om wier vrijlating wordt verzocht. De namen komen van AI's hoofdkantoor in Londen. Een schrijfactie hebben ook de Deense verpleegkundigen. Hun groep, een vaste kern die kan rekenen op de hulp van ongeveer honderd collegae, houdt zich verder bezig met het bestuderen van de ethische problemen die zich voordoen ten aanzien van het meewerken aan c.q. kennis dragen van martelpraktijken en met onderzoek naar de betrokkenheid van verpleegkundigen bij de nazorg voor gemartelden. Een tandartsenwerkgroep van AI is in Denemarken begonnen met het in kaart brengen van de gevolgen van marteling en gevangenschap voor de toestand van tanden en tandvlees: folteraars treffen hun slachtoffers frequent op het hoofd en aan het gelaat. Bij wijze van vooronderzoek noteerde de groep verklaringen uit de eerste en vervolgens uit de tweede hand over de marteling van 33 ex-gevangenen uit vijf landen. Daarnaast deed zij proeven over het effect van elektrische schokken op amalgaam; er zijn sterke aanwijzingen dat op die manier kan worden bewezen of iemand al dan niet is gemarteld.

In Zweden zijn sinds de oprichting van een medische groep, een jaar geleden, tweehonderd artsen AI-werk gaan doen. De Zweden onderzochten met name vluchtelingen uit Argentinië en Chili. Dit onderzoek richtte zich zowel op de somatische als op de psychische effecten van marteling; ook werd getracht het 'martelsyndroom' te omschrijven. Enige Zweedse artsen begaven zich daartoe naar de vluchtelingenkampen Alvesta en Moheda. In twee dagen kregen zij acht patiënten te spreken. Het bestaan van een martelsyndroom

kon niet worden aangetoond. De enige uiterlijke kenmerken waaruit zou kunnen worden opgemaakt dat iemand was gemarteld waren brandwonden en milimeterkleine vlekken, zoals die ontstaan na elektrische schokken. De onderzochten hadden de foltering – waarover uitvoerige 'case histories' werden geschreven – zeer verschillend verwerkt. Zeven van de acht vertelden, dat artsen de martelingen actief hadden begeleid c.q. geen of onvoldoende behandeling hadden gegeven bij klachten. Na een serie kranteartikelen over mishandeling en foltering van vooral vrouwelijke gevangenen in de Akaki-gevangenis te Addis-Abbeba vertrok het voormalige hoofd van de Gezondheidsdienst van Ethiopië, de Zweed Meyer-Lie, naar de Ethiopische hoofdstad. Met veel moeite verkreeg hij toegang tot de gevangenis; ook stonden de autoriteiten hulp van buiten in de vorm van geld, geneesmiddelen, medische uitrusting enz. toe. Een half jaar later was hij weer terug in Ethiopië, ditmaal tevens in opdracht van Amnesty International, dat hernieuwde noodkreten had opgevangen. Gevangenisbezoek was er niet meer bij. Desondanks kon Meyer-Lie een commissie uit het Amerikaanse Congres op 28 maart 1977 voorzien van uitgebreide gegevens omtrent de gevangenen in Ethiopië (overvol), martelpraktijken, moorden, terreuracties en andere zware schendingen van de rechten van de mens.

In Zwitserland nemen zo'n vijfhonderd artsen en tandartsen regelmatig deel aan AI-schrijfacties. De acties haalden uit dat de levensomstandigheden van 45 gedetineerde artsen verbeterden (maar over tien andere artsen werd nooit iets terugvernommen). In 1977 boden de Zwitsers de jaarvergadering van de Wereldgezondheidsorganisatie een petitie aan. Daarin werd gevraagd om vrijlating van een Paraguayaanse collega; alle handtekeningen waren in vierentwintig uur tijds verzameld. Naast het moeilijk te schatten directe nut dat dergelijke acties voor de hoofdpersonen hebben, is er het nut dat vakbroeders met hun neus op de mensonterende feiten worden gedrukt – aldus de Zwitsers. Een van de nieuwe initiatieven waarvoor zij steun hopen te krijgen is het stichten van

adoptiegroepen voor gedetineerde medici.

Collega-artsen bewust maken van wat er gebeurt is ook de doelstelling van de medische beroepsgroep van AI in *Frankrijk*. De groep beperkte zich tot nu toe tot het verbreiden van publikaties in de vakpers en het organiseren van openbare bijeenkomsten. Zij hoopt haar activiteiten te kunnen uitbreiden met directe hulp: gratis ziekenhuisbehandeling voor niet-verzekerde vluchtelingen, specialistisch onderzoek, projecten met Cimade en France Terre d'Asile.

In *Canada* onderzocht men elf gevluchte Chilenen ten einde hun verzoek om toelating te ondersteunen. Ze bleken er alle elf behoorlijk onderdoor te zijn gegaan, zowel lichamelijk als geestelijk. De Canadese artsen zijn ingeseind om uitvoerige protocollen overeenkomstig de AI-richtlijnen over de gevluchte buitenlanders onder hun patiënten bij te houden. Dezer dagen zou in *Canada* een medische beroepsgroep van AI worden opgericht (*Canadian Medical Association Journal* 22 april 1978).

Sinds kort hebben ook artsen uit *Griekenland* zich in een medische beroepsgroep van AI georganiseerd. Op grond van gebeurtenissen in eigen land willen zij onderzoek doen naar de grondslagen en de ontwikkeling van het martelen en andere vormen van rechtsverkrachting. Naast onderzoek naar de gevolgen van foltering in individuele gevallen zullen ook naspeuringen worden gedaan naar de oorzaken. De artsen die in de VS in AI-verband optreden concentreren zich vooral op medisch-ethische kwesties. In hun rangen treft men om die reden ook niet-artsen aan. Amerikanen brachten een bezoek aan Chili op zoek naar sporen van onethisch gedrag door artsen; dergelijke gedragingen bleken inderdaad aanwijsbaar. De werkgroep biedt actief steun aan artsen die hebben geweigerd mee te werken aan martelpraktijken. Zij bereidt voorts een onderwijspakket 'Arts en martelingen' voor; zij publiceert erover in de vakpers, is bezig met de vervaardiging van een videotape over martelingen en tracht ook de georganiseerde medische stand warm te maken voor enige reflectie over het

verschijnsel martelingen.

Namens de medische AI-groep in *Nederland* sprak de Rotterdamse interniste Mw. Dr. Jeanne Smeulders. In 1975 startte in ons land een schrijf- en actiegroep. Drie groepsleden stelden een monografie over hongerstaking samen. De verschijning van het (Deense) rapport over de medische gevolgen van marteling, vorig jaar, was aanleiding voor verscherpte actie. Er kwam een tweede medische groep, die onder andere het schrijfwerk op zich nam. De eerste groep, acht man sterk nu, wijdde zich aan het medisch onderzoeken van in ons land wonende vluchtelingen die in eigen land of daarbuiten waren gefolterd. Momenteel zijn er in ons land bijna driehonderd slachtoffers van martelpraktijken. De werkgroep onderzocht er inmiddels vijftientig, allen afkomstig uit Zuid-Amerika: Chilenen, Argentijnen, Uruguayanen. De vluchtelingen worden opgevangen door een officieel team van onder meer maatschappelijk werkers en psychologen, allen Spaanssprekend. Verschillen in culturele achtergrond maken het bieden van hulp op het psychische vlak vrijwel ondoenlijk (in ons land zijn geen psychiaters uit Zuid-Amerika, zoals in België en Frankrijk). Vaak staakt de patiënt de behandeling omdat hij zich onbegrepen voelt; soms wordt de psychische problematiek onderschat en ontwikkelt zich tijdens de opvang psychopathologie. Formele problemen zijn er ook. CRM wijst een algemeen lichamelijk onderzoek van alle vluchtelingen die ons land binnenkomen af: alle buitenlanders zijn immers tegen ziekte verzekerd, ze kunnen dus naar de huisarts. AI's Nederlandse medische beroepsgroep kant zich hiertegen. Haar ervaring is dat huisartsen vaak geen oog hebben voor de zwaarte van de fysieke en psychische klachten van vluchtelingen die zijn gemarteld. De groep investeert daarom veel tijd en energie in het informeren van huisartsen; frequent adviseert zij nader onderzoek door een specialist, met het verzoek ook zelf van de uitslag op de hoogte te worden gesteld. Tot dusver zit de medische werkgroep met meer vragen dan antwoorden. Kennis van foltermethoden heeft zij intussen wel. Het directe verband tussen marteling en verminderde lichaamsfuncties is echter niet exact

vast te stellen, evenmin als de effecten op langere termijn van het gemarteld worden – de poging een mens lichamelijk en geestelijk te breken – als zodanig. De meest voorkomende vormen van marteling zijn: het toebrengen van zware slagen, het toedienen van elektrische schokken, 'submarino' (het onderdompelen in water), het dagenlang laten staan of hangen. Zeven slachtoffers verloren hun bewustzijn. Elektroshocks resulteerden in paraesthesie, petecchiaes gedurende veertien dagen en zelfs brandwonden; spierspasmen traden tot veertien dagen na elektroshock op, fasciculatie tot na drie maanden. In één geval lieten de elektroden littekens na. De slagen leidden tot verwondingen, heematomen (veelal in de testes), haematurie, oorbloedingen, gebroken tanden en dagenlang aanhoudende doofheid; bij één slachtoffer werd blijvende doofheid geconstateerd. Sommigen hebben nog jaren urologische klachten. Klachten over pijn aan spieren en gewrichten (nek en schouders!) en over functieverlies doken tijdens het onderzoek van de werkgroep steeds weer op, al waren ze in de loop van de tijd minder erg geworden. In drie gevallen konden röntgenologisch abnormaaliteiten van de wervelkolom worden aangetoond. Psychische klachten na eenzame opsluiting en/of marteling betroffen het verlies van het gevoel voor tijd, het afwezig zijn van emoties, ongevoeligheid voor pijn en de onmogelijkheid tot communiceren. Nu nog verdragen sommige slachtoffers alleen een rustige omgeving. De klachten op dit moment hebben vooral betrekking op gevoelens van zenuwachtigheid, geheugen- en concentratieverlies, rusteloosheid, depressiviteit, nachtmerries, seksuele problemen en moeilijkheden met de familie. De AI-groep beschikt thans over gedetailleerde gegevens omtrent de medische verzorging (lees: verwaarlozing) gedurende en na foltering en in de gevangenis. Beroeps'broeders', zo staat voor haar vast, werken actief en/of passief mee aan martelpraktijken. Drie onderzochte patiënten vertelden dat ze eerst waren geblinddoekt voor ze in de gevangenis door een arts waren onderzocht.

Persoonlijke ervaringen vertelde Mw.

Estela Mary Cornalea de Falicoff uit Argentinië, arts en vrouw van een arts. Zij en haar man werden opgepakt nadat de officiële artsenorganisatie protest had aangetekend tegen het regeringsdecreet dat er voortaan niemand gratis meer in het ziekenhuis mocht worden behandeld (Argentinië kent geen sociale voorzieningen). De Falicoffs verleenden medische hulp aan familieleden van gedetineerden en 'vermisten'. Ook stuurden ze bericht naar het buitenland over moorden op en mishandeling van politieke gevangenen. Mw. Falicoff kwam na een maand vrij, van haar man vernam zij sindsdien niets meer. (In Argentinië zijn nóg 44 artsen en 35 medische studenten spoorloos; zie de Lancet van 22 april jl.)

Wat zij ter vergadering hadden vernomen bracht de deelnemers ertoe hun collega's en artsenorganisaties in Argentinië, Ethiopië en de USSR aan te spreken op in hun land plaatsgrijpende schendingen van de mensenrechten. Wat de USSR betreft, gemeld was dat daar recentelijk zeven psychiaters door de KGB zijn ondervraagd omdat zij zouden hebben geweigerd politieke gevangenen van een psychiatrisch etiket te voorzien. Enkel van de zeven zouden zijn ontslagen, anderen met ontslag bedreigd, twee van hen gearresteerd; van de laatste twee is er één, Dr. Anatoly Barabonov, zelf geestesziek verklaard en gedwongen opgenomen.

Programma

Sedert in 1974 de eerste, Deense AI-artsengroep werd opgericht,

hebben de werkzaamheden een gestage groei doen zien. Het programma van de bestaande medische beroepsgroepen omvat research naar martelpraktijken, studie omtrent medische ethiek en martelingen, en hulp aan individuele gevangenen en martelslachtoffers.

In Athene werd in vier werkgroepen gesproken over internationale wettelijke conventies voor de rehabilitatie en de medische behandeling van slachtoffers van foltering; doelstellingen, werkwijze, organisatie en financiering van het AI-artsengroepenwerk in de toekomst; voorstellen met betrekking tot (fysiologische) research; en andere aspecten van martelingen. Tijdens een plenaire slotbijeenkomst werden drie *commissies* ingesteld. Deze zullen zich respectievelijk bezighouden met de preventie van martelingen, de rehabilitatie van martelslachtoffers en de verdere ontwikkeling van een gedragscode voor medici met betrekking tot martelingen.

Arts en AI

Zou het op grote schaal toetreden tot Amnesty International voor die beweging een grote steun betekenen, een 'must' is het zeker niet. Wel zou er een specifieke medische organisatie moeten komen – een *International Medical Society against Torture* – die in samenspel met AI's Medische Adviesraad eigen activiteiten zal moeten ontplooiën. Aldus Dr. H. van Geuns, die voor een dergelijke internationale artsenorganisatie als taken zag weggelegd:

- het stimuleren van

wetenschappelijk onderzoek naar betere diagnostische methoden voor de beoordeling van gemartelden, hun therapie en hun revalidatie;

- het bevorderen van aandacht in het medisch basisonderwijs voor de medische aspecten van de mensenrechten, met name voor de medische verantwoordelijkheid ten aanzien van het verschijnsel martelen in het algemeen en ten aanzien van de slachtoffers in het bijzonder, eventueel zelfs het oprichten van speciale leerstoelen;
- het beïnvloeden van de publieke opinie.

Amnesty zelf komt in de eerste plaats op voor 'prisoners of conscience'. De campagne tegen het martelen is daarvan slechts een (belangrijk) onderdeel, de activiteiten van de medische beroepsgroepen zijn weer een (even belangrijk) onderdeel daarvan.

In Van Geuns' visie zou het verdere onderzoek op het terrein van het martelen – zowel ten aanzien van de directe als ten aanzien van de latere gevolgen – geleidelijk aan buiten Amnesty International in een medische setting moeten worden gebracht. Het zou dan een extra dimensie kunnen geven aan het werk dat AI op dit punt verricht, te weten: acties tegen artsen die zich lenen voor martelpraktijken, acties tegen autoriteiten van landen waar stelselmatig wordt gefolterd, acties om een eind te maken aan actuele martelingen van individuen of groepen, deelneming aan missies naar landen waar wordt gemarteld en onderzoek van individuele slachtoffers.

PRAKTIJKPERIKELLEN

oude rot

Korte door artsen geschreven signalen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact.

De gynaecologisch consulent werd op een avond gebeld door een wat oudere huisarts. Door de telefoon klonk een vaderlijke stem, bedoeld om te laten merken dat er werd gebeld door een man met een lange en rijke ervaring. De vraag was te gaan kijken naar een van de eigen patiënten, een Turkse vrouw met bloedverlies per vaginam en pijn in de onderbuik. Naar eigen zeggen had de huisarts vele Turken onder zijn patiënten, allemaal even aardig, zo ook deze vrouw.

Daar de huisarts zijn handschoenen had vergeten en hij meende als oude rot in het vak niet te kunnen bellen voor een consult zonder te hebben getouchéerd, had hij dit met zijn blote (gewassen) handen gedaan. Hij vond een open ostium en een uterus voor 12 weken vergroot. Het verweer van de consulent dat een abortus imminens thuis kan worden afgewacht werd van de (inmiddels weer gewassen) hand afgewezen: de huisarts stond erop dat er een bezoek zou worden afgelegd. Groot was de verbazing van de consulent, toen hij ter plekke een kraamvrouw aantrof met de neonaat stevig tegen haar zijde gedrukt. De vrouw was drie dagen eerder onder leiding van de vroedvrouw bevallen. Blijkbaar was de huisarts méér vergeten dan alleen zijn handschoenen mee te nemen . . .

Arts en geweld

Medici-polemologen in congres

Eind mei organiseerden de Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie, de Artsenwerkgroep van de VVDM en de Werkgroep Artsen Gewetensbezwaarden van de Vereniging Dienstweigeraars in Amsterdam een congres over 'Arts en geweld'. Voorafgaand aan een gedachtenwisseling in kleinere groepen waren er drie inleidende voordrachten. Dr. H. A. van Geuns, voorzitter van de Medische Adviesraad van Amnesty International, besprak de rol die artsen spelen bij martelingen als vorm van structureel geweld. Dr. J. A. Verdoorn, schrijver van het werk 'Arts en oorlog', belichte de wegen waarlangs ook medici kunnen meewerken aan de preventie van oorlog. Lt. kol. Mr. E. L. Gonsalves, lid van de Nederlandse delegatie naar de diplomatieke conferenties ter herziening van het humanitair oorlogsrecht, ging in op normen en regels die kunnen maken dat oorlogen humaner worden gevoerd.

Arts en structureel geweld

Dr. H. A. van Geuns, de eerste spreker, betoogde

Als ik over arts en structureel geweld spreek, spreek ik over een aantal min of meer in de maatschappijstructuur waarin de arts functioneert getolereerde, aanvaarde, althans min of meer gelaten toegestane vormen van geweldpleging op individuen: van het doodslaan en mutileren van mensen, het meer geraffineerd martelen, het opsluiten in cellen zonder enige vorm van communicatie,

tot wat de Engelsen noemen het diepteverhoor door de politie. Spreken wij over arts en structureel geweld, dan hebben wij al gauw de neiging te denken en te praten – en ons daar uiterst verontwaardigd over te tonen – over toestanden in Chili, Argentinië, de Sovjet-Unie en Indonesië. Daar is ook veel om je verontwaardigd over te tonen, maar die verontwaardiging is ook enigszins selectief en vrijblijvend. Mijns inziens moeten we ons als we hierover praten meteen afvragen of wij, (toekomstige) artsen, hiermee in *onze* situatie kunnen worden geconfronteerd en wat wij daaraan dan eventueel zouden moeten doen.

Het geweld zit vanouds ingebakken in elke maatschappijstructuur. De arts heeft een, hele moeilijke, *dubbelrol*: – aan de ene kant is hij lid van de maatschappij, iemand die het functioneren van die maatschappij meebepaalt en die zich meestal onderwerpt aan wat de meerderheid in die maatschappij denkt en meent en die daarbij behoort tot de elite van de maatschappij; – aan de andere kant is hij beroepshalve de beschermer van de individu die, op een of andere manier lichamelijk of geestelijk in nood verkerend, zich tot hem wendt of met wie hij in aanraking komt of wordt gebracht. Wat dit laatste betreft, het is iets heel anders voor een arts wanneer een patiënt met klachten bij hem komt dan wanneer hij in zijn ambt van arts te maken krijgt met mensen die bij behalve ambtshalve ook beroepshalve moet benaderen. Dit is een van de essenties van het vraagstuk. Wanneer een militaire arts, een politie-arts of een arts verbonden aan een

penitentiaire inrichting met een patiënt/cliënt bemoeienis krijgt wegens een medisch aspect, is er een *andere arts-patiëntrelatie* dan wanneer de patiënt zich op eigen initiatief bij hem vervoegt.

Arts en marteling

Hoe krijgt de arts te maken met het structureel geweld? In zijn meest extreme, helaas ook meest voorkomende vorm krijgt hij te maken met marteling. Marteling kan worden gedefinieerd als het opzettelijk proberen mensen lichamelijk maar ook psychisch dusdanig te breken, dat zij niet meer volgens hun eigen wil en hun eigen idee kunnen of durven functioneren. Artsen moeten primair nagaan of er iets mis is met de menselijke functioneringsmogelijkheden van de aan hun zorgen toevertrouwde patiënt. Immers: er is iemand, om welke reden dan ook, aan de arts toevertrouwd. Deze heeft met zijn patiënt een relatie die voortkomt uit zijn ambt, een ambt dat te maken heeft met zijn beroep: men roept zijn hulp in vanwege zijn arts-zijn. Dus is er een arts-patiëntrelatie. Hoe moeilijk het is primair te letten op de menselijke functioneringsmogelijkheden van patiënten die in een martelsituatie zijn gebracht, althans in een situatie die eigenlijk niet meer zou moeten voorkomen, leert de ervaring met Noord-Ierland. In 1971 zijn daar grote aantallen mensen uit katholieke wijken opgepakt op grond van een wet die het mogelijk maakt iemand 2 x 24 uur onder zwaar verhoor te houden. Met dat zware verhoor is nogal wat mis gegaan. Een officiële onderzoekscommissie heeft in haar rapport aan het Britse parlement

gesteld dat de acties zo snel moesten worden georganiseerd dat geen veiligheidsmaatregelen konden worden genomen, in die zin dat niet tijdig 'police medical officers' konden worden ingeschakeld om alle gearresterden vooraf na te kijken. Nu is het weliswaar de taak van de arts te zorgen dat mensen die een hoog risico lopen niet nog een extra risico lopen, maar we moeten niet vergeten: 1. dat wie bereid is mensen te keuren omdat zij onzacht behandeld zouden kunnen worden er weliswaar een aantal mensen uithaalt maar automatisch een ander aantal mensen voor zo'n 'behandeling' goedkeurt, en dat is dacht ik niet de taak van een geneeskundige; 2. dat het voor de slachtoffers een schokkende belevenis is dat er blijkbaar artsen worden ingeschakeld bij een proces dat uiteindelijk resulteert in een martelingsituatie, en daarmee valt voor hen het hele beroep en daarmee de hele beroepsgroep. Een gevolg daarvan kan zijn, dat sommigen tijdens het verhoor werkelijk afknappen of dreigen af te knappen. In dit verband adviseerde een tweede commissie, in gebouwen waar wordt verhoord althans *artsen* – liefst met psychiatrische kennis – aanwezig te laten zijn. Mijs inziens haalt dit alleen maar uit dat degenen die martelen de zekerheid hebben dat de dokter ze wel 'op tijd' zal waarschuwen en dat, mochten ze te ver gaan, ze dat dan nog aan de dokter kunnen wijten ook. Naast de keuring vooraf en het aanwezig zijn tijdens verhoren is er de medische behandeling achteraf. Dat lijkt een vrij logische zaak, maar is het toch niet helemaal. Er zijn situaties denkbaar waarin iemand die nog net niet is doorgeslagen, zo bang is voor de volgende séance dat hij het liefst aan zijn verwondingen zou bezwijken om te voorkomen dat hij nog een keer 'moet' – vaak is dat ook gezegd. Ook hier moeten we oppassen: de patiënt heeft je immers niet als behandelend arts gevraagd of uitgezocht. Niet, dat men helemaal geen maatregelen zou moeten nemen. Mijs inziens moeten we proberen in zo'n situatie toch enige vertrouwensrelaties op te bouwen. Waar de patiënt meer dan ook behoefte aan heeft is menselijk contact. Laat hij weten: laat mij doodgaan, dan zijn er medisch-technisch nog altijd mogelijkheden om zijn lijden tot aan het doodgaan zo draagbaar mogelijk te

maken. Het couperen van het contact om deze reden vind ik niet juist. Wel vind ik dat men niet zonder meer kan zeggen: ik heb de taak gewonden te genezen; alles wat de patiënt ook zegt komt door de hele situatie; als hij er maar eenmaal overheen is praat hij wel weer anders; laat ik hem daar maar wat voor geven en daarna met mijn genezingsproces aan de gang gaan.

Op voorstel van een der discussiegroepen tijdens het congres 'Arts en geweld' verstuurd 26 deelnemers, onder wie 11 artsen, een expressebrief naar de directeur van het penitentiaire ziekenhuis Hohenasperg, Asperg, West-Duitsland. Van de ziekenhuisdirectie wordt geëist, 'dat (zij) het recht van iedereen – in deze concrete situatie het recht van de gevangene **Thomas Tremmel** – om iedere medische of paramedische behandeling te weigeren daadwerkelijk respecteert'. 'Wij zien', aldus de opstellers, 'in (diens) onmiddellijke vrijlating de enige medisch verantwoorde mogelijkheid daartoe.'

De discussiegroep was gevormd na een ingelaste spreekbeurt van Axel Achterath, samen met Tremmel veroordeeld vanwege hun lidmaatschap van het Socialistisch Patiëntencollectief aan de Universiteit van Heidelberg. Op 4 april j.l., bijna een jaar nadat beider beroep in cassatie was verworpen en twee dagen voordat de Nederlandse Raad van State beschikte dat Achterath een verblijfsvergunning niet op grond van zijn SPK-lidmaatschap mocht worden onthouden, werd Tremmel vastgezet. Hij is sindsdien in *hongerstaking*. Medio april bracht men hem voor verdere medische behandeling over naar het penitentiaire ziekenhuis, waar hij aan een minitieuze regiem van totale isolatie wordt onderworpen. Dagelijks wordt hij met dwang gevoed; ook wordt elke dag een smakelijk uitziende maaltijd in zijn cel gezet. Omdat Tremmel weigert zich voor en na ieder bezoek om te kleden is het directe contact met zijn raadsman hem ontzegd.

Geen bestraffende vinger

Bij dat al moeten we bedenken dat we lid zijn van de maatschappij. Het is erg moeilijk je te distantiëren van het feit dat de man of vrouw die je onder behandeling hebt een activist is en tot een groep behoort waarvan bekenden van je het slachtoffer zijn geworden. Welnu, martelingsituaties, vooral systematische martelingsituaties, ontstaan in een maatschappij waar de publieke meningsvorming langdurig is beïnvloed. De arts is van de publieke meningsvorming een onderdeel en

wordt erdoor beïnvloed, dat is onontkoombaar. Het is daarom volstrekt onjuist alleen maar met de bestraffende vinger te wijzen naar al die artsen die zich lenen voor martelpraktijken, zonder er wezenlijk over na te denken en zonder er wezenlijk iets aan te doen. Martelen – aldus het standpunt van Amnesty International, onlangs nog weer in Athene ingenomen – is te beschouwen als een ziekte, die zich net zo meldt als het 'battered child syndrome'. Ook daar hebben artsen jarenlang niet over willen praten en niets aan gedaan: kindermishandeling was een uitzondering. Tót het werd beschreven en bleek dat het frequent voorkwam; toen gingen de artsen er zich wel mee bemoeien. Momenteel is er een internationale organisatie tegen kindermishandeling. Men is zich van het probleem bewust geworden, men gaat er iets aan doen, men gaat preventief vanuit de medische sector optreden. Met andere woorden: wanneer wij als artsen – en wij hebben nu eenmaal die status, men respecteert ons nu eenmaal als zodanig, of dat nu terecht is of niet – internationaal stelling zouden nemen tegen het verwonden, mishandelen, krenken van vaak onschuldige mensen zou er althans een achtergrond gevormd zijn voor artsen die er direct bij zijn betrokken..

Wij zijn daarnaast aan nog meer zaken schuld. Wij doen *research*, met veel overtuiging en in de hoop daarmee iets te bereiken ten voordele van bepaalde patiënten. Wij vragen ons onvoldoende af wat ons eindproduct zal zijn en hoe dat eventueel kan worden misbruikt. In Latijns Amerika worden bijvoorbeeld curare-achtige middelen gebruikt om mensen tot aan de verstikkingsdood te verlammen, middelen die voor hun toepassing medische technieken vereisen. Wie aan de wortel van de ontwikkeling van deze preparaten heeft gezeten zou toch op zijn minst iets van een protest moeten laten horen. Men kan zich niet verschuilen achter een 'ja maar, dat heb ik niet bedoeld' en 'overal kun je wel misbruik van maken'. Dit soort zaken moet mijs inziens – ook in de medische studie – meer ter sprake komen, bewust gemaakt worden.

Een laatste punt: *de hongerstaking*, enig overgebleven strijdmiddel van mensen die worden geconfronteerd met een extreme vorm van geweld,

namelijk de volledige opsluiting en isolatie van de buitenwereld. Een uitermate bedreigend middel. Dus probeert men de politieke en emotionele kanten – de zaak waarom het gaat – af te kappen en er een medisch probleem van te maken. De arts die erbij wordt geroepen wordt in deze situatie niet geconfronteerd met een patiënt die hem als arts heeft gevraagd, maar met gevangenisautoriteiten die hem vragen een beetje op die patiënt te letten. Mijns inziens moet de zo (beroepshalve, maar vooral ambtshalve) ingeschakelde arts proberen zich in te denken in wat de betrokken gevangene wil. De gevangene wil op een of andere manier protesteren, de arts moet hem ervan overtuigen dat de gekozen vorm van protest fataal voor hem kan zijn. Is de arts ervan overtuigd dat de gevangene dit risico bewust wil nemen, dan is het zijn taak als arts de gevangene daarin zo goed mogelijk te begeleiden. Dat wil niet zeggen, dat de arts zelf desnoods sociale actie moet voeren en dat hij zich met de hongerstaking moet conformeren – dan doet hij weer precies wat men als arts noch aan de ene noch aan de andere kant moet doen.

Arts en oorlogspreventie

Dr. J. Verdoorn vat het onderwerp van zijn inleiding samen in de vraag: is de artsenstand bereid en in staat een eigen bijdrage te leveren tot een mogelijke preventie van het sociaal-pathologisch verschijnsel oorlog, oorlog begrepen als de oplossing van een conflict tussen twee of meer naties door toepassing van georganiseerd geweld? Hij trachtte die vraag te beantwoorden aan de hand van drie punten: de fenomenologie van de moderne oorlog, d.w.z. een analyse van de oorlog als verschijnsel; de aetiologie van de oorlog, d.w.z. het onderzoek van die factoren die in de huidige wereld een polemogeen (oorlogverwekkend) effect hebben; en de preventie van de oorlog, d.w.z. de studie van de mogelijkheid om polemogene factoren te elimineren. *Dr. Verdoorn*:

Fenomenologie

In zijn studie over de metamorfose van de oorlog in de 18e en de 19e eeuw onderscheidt *Spits* in de historische

ontwikkeling van het krijgsgesbeuren gedurende die tijdsperiode drie typen van oorlog. In de eerste plaats de zogenaamde kabinetsoorlogen van de 18e eeuw, die vaak een min of meer ludiek karakter droegen en doorgaans met beperkt geweld werden gevoerd. Dan, in het begin van de 19e eeuw, de door Napoleon geïntroduceerde absolute oorlog, waarvan het kenmerk was de vernietigingsstrategie. De 20e eeuw vormt in deze ontwikkeling de eindfase met de conceptie van de *totale oorlog*, die zijn ontstaan vindt in een perfectionering van het militaire vernietigingsarsenaal en in het feit dat het ideologisch element de oorlogsvoering gaat beheersen. Als structurele elementen van de totale oorlog zijn te noemen:

- De totale oorlog is een a-politiek, autonoom gebeuren van dwangmatig karakter. Dit gebeuren wordt weliswaar in gang gezet en ook beëindigd krachtens politieke beslissingen van de civiele regeringen der oorlogvoerende naties, maar het gaat als het eenmaal in gang is gezet een eigen leven leiden en functioneren volgens eigen autonome wetten en codes en met een eigen militaire normatiek. Als zodanig vormt de totale oorlog een verschijnsel sui generis en als het ware een corpus alienum binnen het normale cultuurpatroon.
- In de totale oorlog zijn alle grenzen tussen combattanten en non-combattanten in principe opgeheven.
- In de totale oorlog zijn alle strijdmiddelen en strijdmethoden zonder uitzondering geoorloofd en zelfs verplicht, echter onder de volstrekt stringente voorwaarde dat de toegepaste middelen en methodes uitsluitend gericht zijn op hun effectiviteit ten aanzien van de finale doelstelling van de oorlog: de volledige capitulatie c.q. vernietiging van de vijand.

Deze drie structurele kenmerken van de moderne totale oorlog betreffen een ieder, zonder onderscheid, die direct of indirect binnen dit militaire systeem zoals het in de oorlog functioneert een bepaalde rol vervult. Ook de militaire arts, de militaire geestelijke en andere als niet-combattant beschouwde figuren binnen het militaire apparaat zijn dus eo ipso geïntegreerd in het systeem. Dat betekent dat óók voor de militaire

arts in het oorlogsbedrijf de militaire normatiek in principe zal moeten blijven prevaleren boven zijn individuele geweten en boven de medische ethiek, die in het civiele leven voor de arts een absolute geldigheid heeft of althans dient te hebben. In dit licht moet ook de kwestie van de verhouding tussen medisch-ethisch en militair-medisch denken of hun derivaten – *artseneed* en *officierseed* – worden beschouwd; er ligt een *principiële antithese* tussen deze twee denkvormen. In zijn functie als legerarts in oorlog zal de arts de wetten die de leefbaarheid, de vrijheid en de vrede in de menselijke samenleving garanderen – wetten die ook bepalend zijn voor de arbeid en de roeping van de arts – moeten subordonneren aan de autonome militaire normatiek.

Betekent dit niet een miskenning van al die tendenties en activiteiten vanuit het civiele denkpatroon, die reeds meer dan een eeuw bestaan en die alle tot oogmerk hebben de humanitaire en juridische beperking van het oorlogsbedrijf en zijn gevolgen? Natuurlijk niet – al deze pogingen zijn van optimale betekenis en waarde. Maar wij moeten niet uit het oog verliezen dat alle pogingen tot humanisering van het oorlogsbedrijf hun ontstaan vinden in het normale ethisch-juridische cultuurpatroon dat aan onze moderne samenleving vorm heeft gegeven en dat alle activiteiten die deze humanisering van de oorlog in woord en daad willen realiseren alléén in de *werkelijkheid* van de oorlog tot stand kunnen komen. Inzicht in de structuur van de totale oorlog is echter noodzakelijk om die werkelijkheid te verstaan en te verhelderen.

Waarom móét de militaire leider in de oorlog vaak afwijken van de hem toch bekende imperatieve regels van oorlogsrecht en humaniteit? Het onduidelijke antwoord op deze klemmende vraag is gegeven door de Duitse generaal Von Manteuffel, die in 1953 op grond van zijn militaire ervaringen in de tweede wereldoorlog verklaarde dat er zich in de oorlog voor het leger altijd *dán* crises en nederlagen voordeden 'wo in der Kriegsführung gegen die innere Gesetze des totalen Kriegs verstossen wurde' – met andere woorden: wanneer in de werkelijkheid van het oorlogsbedrijf onder alle omstandigheden rekening werd

gehouden met juridische en humanitaire regels, dan zou hij als militair commandant in zijn *militaire* taak en verantwoordelijkheid falen. Dát is de reden, dat deze militaire normatiek in de oorlogssituatie een dwangmatig en imperatief karakter draagt en *moet* dragen. Tussen de civiele wereld en het militaire systeem zoals het in de totale oorlog functioneert bestaat als het ware een osmose, waardoor wij in de oorlogswerkelijkheid enerzijds de reeds eerder genoemde humanitaire invloeden bespeuren, anderzijds echter ook bepaalde elementen aantreffen die voor de gewone burger volslagen onbegrijpelijk zijn en zijn protest opwekken. Twee voorbeelden uit vele: De term 'oorlogsmisdaden' heeft in de normale burgermaatschappij een totaal andere betekenis dan in de context van het militaire systeem in een oorlogssituatie. De militaire conceptie van 'oorlogsmisdaad' in de totale oorlog wordt door de criminoloog *Hoefnagels* omschreven als 'functionele structuurcriminaliteit'. Ten tweede de wijze waarop de militaire kriegsraad, het juridische orgaan van het militaire systeem, in oorlogstijd funtioneeert. Oók de leden van de kriegsraad weten zich gebonden aan de obligate militaire normatiek van een land in oorlog. Deze 'jurisdiction in reverse' is voor de normale burger, die uitsluitend weet heeft van zijn eigen rechtsbeginselen, totaal onbegrijpelijk.

Enige samenvattende *conclusies* met betrekking tot de structuur van de totale oorlog:

1. Oorlogspreventie is niet – althans niet primair – een militair, maar een *politiek probleem*. Het verzet tegen bepaalde manifestaties van het militaire systeem in de oorlog heeft alleen zin, wanneer dat verzet wordt gezien als een noodzakelijk onderdeel van de politieke strijd tegen de oorlog als zodanig, met name tegen de oorzakelijke elementen, waarvoor in eerste instantie de regeringen verantwoordelijk zijn.
2. Voor de arts die, hetzij individueel, hetzij collectief, ernst wil maken met zijn verantwoordelijkheid ten aanzien van het ook medisch zo relevante oorlogsprobleem betekent dit de plicht van een politiek engagement – niet in de zin van een bepaalde partijkeuze,

maar wél de noodzaak van een kritische begeleiding ten aanzien van de houding en de activiteiten der politieke leiders in de partij zijner keuze – met name wanneer het gaat over beslissingen in regering en parlement die betrekking hebben op potentiële polemogene factoren in de buitenlandse politiek en op de bestaande mogelijkheden om die factoren uit te schakelen.

Aetiologie

Van de polemogene factoren die in de wereld van nu mijns inziens de grootste belemmeringen vormen voor de tot standkoming van een vrede tussen de volken wil ik hier noemen:

– In de eerste plaats die grote groep van maatschappelijke oorzaken, die onder het begrip '*structureel geweld*' (Galtung) vallen. Daarvan is vóór alles te noemen de onder het grootste deel van de wereldbevolking, met name in de zogenaamde ontwikkelingslanden, heersende armoede en de daarmee gepaard gaande honger en ondervoeding onder de bevolkingen van die landen. Erger is nog wellicht het feit dat de kloof tussen de arme en rijke landen ieder jaar weer groter blijkt te worden, ondanks ontwikkelingshulp. Dit is stellig mede het gevolg van de kennelijke onwil der rijke landen om die economische maatregelen te treffen, die werkelijk effectief zijn om de arme landen blijvend te helpen; als bewijs daarvan mogen de uiterst poverse resultaten van de UNCTAD-conferenties gelden.

Door de politieke myopie van de belanghebbende vertegenwoordigers der rijke landen was en is men niet in staat het gevaar van een potentiële explosie van manifest geweld, die vroeg of laat uit deze situatie zou kunnen voortkomen, te onderkennen.

– Een tweede factor is de onbelemmerd voortgaande *bewapeningswedloop* tussen de grootmachten en daarnaast de snelheid waarmee praktisch alle naties van de derde wereld hun wapenarsenaal vanuit de rijke landen aanvullen – ten koste natuurlijk van de zo broodnodige sociale voorzieningen voor hun doodarme bevolkingen. Het SIPRI-jaarboek 1977 vermeldt, dat in dat jaar op de wereld méér dan 360 miljard dollar aan bewapening is uitgegeven en dat er in datzelfde jaar vierhonderdduizend – dat is ongeveer

25% van alle – geleerden over de hele wereld bij deze wapenproductie waren ingeschakeld. Onder de laatsten een niet nader genoemd aantal artsen en medische specialisten, die op die manier dagelijks bezig waren met het uitvinden van steeds weer nieuwe technieken en methodes die uitsluitend op de vernietiging van menselijk leven zijn gericht. Hier zou men met recht kunnen spreken van '*medicine in reverse*'.

Klaarblijkelijk brengt niets bij de leidende politici en militairen het rotsvaste geloof aan het wankelen dat de wereldvrede alleen gegarandeerd en in stand gehouden kan worden door een toenemende bewapening en, zonodig, door toepassing van georganiseerd geweld, dat wil zeggen door oorlog.

– Hier stoten we op een derde, misschien wel het belangrijkste, moment. De vraag kan namelijk worden gesteld, waar het geloof aan het effect van dit georganiseerd geweld, als middel tot vrede tussen de volken, dan wel op berust. Het is de taak van de polemologie, als kritische maatschappijwetenschap, een antwoord op deze vraag te zoeken en een analyse te geven van het schijnbaar onwankelbare vertrouwen in het georganiseerd geweld en de voorbereiding daartoe, hetgeen op de lange duur de toepassing van dit geweld onuitwikkbaar maakt. De fysisch Dippel zoekt de diepste oorzaak van dit geloof in geweld in het feit 'dat onze huidige cultuur niet meer past bij een wetenschap en techniek die over zó grote operationele kundigheden beschikt'. Hij meent dat de enige oplossing van de daardoor ontstane, levensgevaarlijke situatie kan liggen in 'een verandering van de die cultuur bepalende vanzelfsprekendheden'. Dit begrip van '*culturele vanzelfsprekendheden*' vinden we bij verschillende moderne schrijvers over oorlogspreventie terug. Röling spreekt over 'absolute levenspatronen', die wij vaarwel moeten leren zeggen wanneer althans de voorwaarden tot vrede in deze wereld een kans tot vervulling willen krijgen.

Het valt mijns inziens niet te ontkennen, dat in onze gecanoniseerde denkwijzen en gedragsvormen oók een gedeeltelijke

verklaring is te zoeken van de onwil van vele medici om het oorlogsprobleem als een medisch-relevante zaak te zien. En die er dus maar liever over zwijgen. Zeker, er zijn de laatste tijd tekenen te bespeuren van een groeiende *bewustwording* van de artsen ten aanzien van het vraagstuk van oorlog en vrede. Ik denk hier bijvoorbeeld aan de nog altijd kleine groep van Nederlandse artsen die actief lid zijn van een vereniging als Amnesty International. Ik signaleer de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, die op de internationale conferentie van de World Psychiatrists Association in Honolulu in 1977 mede een protest-resolutie ondertekende tegen het abjecte misbruik van de psychiatrie ten aanzien van politieke dissidenten in de Sovjet-Unie. Verder zijn er ook artsen die hun stem als medicus publiekelijk doen horen tegen de schandalige schending van de mensenrechten in zo vele dictatoriale staten van Latijns Amerika, een schending waar helaas ook bepaalde medici in die landen hun medewerking aan verlenen. Al deze tekenen, hoe weinig en incidentieel ook, wijzen tóch op een beginnende bewustwording van medische zijde – en dat in een officiële artsenwereld die zich als geheel nog steeds als politieke geheelonthouder opstelt, wanneer het althans niet de individuele medische praktijk of de bevordering van directe beroepsbelangen betreft.

Preventie

Wat kan de arts, de artsenstand, eventueel als specifieke bijdrage leveren tot het scheppen van de voorwaarden tot vrede en daarmee tot de oorlogspreventie?

1. Eerste vereiste voor iedere arts of toekomstige arts die zich betrokken voelt bij dit oorlogsprobleem is de opdracht die de Bouthoul stelde: 'Connais la guerre'. Maak u zelf elementaire *kennis* van deze problematiek eigen, bijvoorbeeld door de bestudering van een eenvoudige inleiding in de algemene polemologische problematiek. Polemologische kennis maakt duidelijk, dat de strijd tegen en met name de preventie van de oorlog op politiek terrein zal moeten plaatsvinden en dat dáár de eigenlijke taak ligt, ook voor de arts.

2. De tweede doelstelling is de

Conferentie 'Instead of War?'

In het weekend van 21-23 juli a.s. wordt in St. John's College, Cambridge, een conferentie gehouden over arts en oorlog. Sprekers op deze conferentie – thema: 'Instead of War?' – zijn: Prof. Roy Acheson, hoogleraar Community Medicine, Cambridge ('Global Medical Care'); Dr. Guy Cumberbatch, zenuwarts, University of Aston, Birmingham ('Influence of Media on Behaviour'); David Harding, directeur United Nations Association ('Disarmament and the United Nations'); Robert Maxwell, St. Thomas Hospital ('Spending on Health and Defence'); en een spreker uit Zimbabwe ('The struggle for Peace'). Voorts is er een optreden van de Stevenage Street Theatre Group.

Inschrijfkosten: £ 2,—; logies en maaltijden: £ 24,—; studenten half geld. Informaties en inschrijving bij Dr. Kate MacSorley, 237, Camden Road, London, NW1 9HE.

vorming van een *collectieve stem* vanuit de artsenwereld, allereerst nationaal maar ook en vooral internationaal. Daaraan ontbreekt het tot nu toe helaas maar al te zeer. De uitspraken van de World Medical Association over deze zaken zijn in feite nog veel te aarzelend en te vrijblijvend en de kleine groepen van artsen in nationaal verband, zoals de Engelse Medical Association for Prevention of War en de Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie, krijgen over het algemeen weinig of geen aandacht en belangstelling vanuit de officiële artsen- en de medische studentenwereld.

3. In de derde plaats zal het hier onmisbare politieke engagement van de medici meebrengen dat in de overheidsorganen, met name in het parlement, door de medische polemologie regelmatig en veel meer dan tot nu toe het geval is de nodige *informatie* wordt verschaft, vooral aangaande die onderwerpen in de nationale en internationale politiek die een polemogeen effect hebben of kunnen hebben.

4. Tenslotte de deelname aan verschillende vormen van protest tegen de oorlog en voor een waarachtige vrede in gerechtigheid. Bedoeld is hier het *getuigend protest* – individueel of collectief – dat in de strijd voor uitbanning van de oorlog een geheel eigen functie vervult.



Arts in oorlog

Lt. kol. Mr. E. L. Gonsalves richtte de blik niet op het voorkomen van oorlog – al onderschreef hij de stelling dat het zinvoller is oorlog te voorkomen dan de gevolgen ervan te bestrijden – maar bepaalde zich tot het genezen, het in menselijk opzicht gezond (?) maken van het oorlogsbedrijf (het vraagteken is van Verdoorn, zie boven). Mr Gonsalves betoogde, in grote lijnen:

De relatie van de arts met het humanitaire oorlogsrecht is er een van reeds een lange duur. Men zou kunnen verwachten dat de artsen, die reeds eeuwenlang met de gevolgen van het oorlogsgeweld, namelijk de gewonden en zieken, werden geconfronteerd, de stoot zouden hebben gegeven tot het aanvaarden en toepassen van regels die de meest extreme en onnodige vormen van het geweld zouden inperken. Het was evenwel de Geneefse zakenman Jean-Henry Dunant die in 1859 op het slagveld van Solferino in een keer werd 'bekeerd'. Aan zijn onvermoeide streven en moeizaam tegen de altijd weer terugkerende tegenstand regels aanvaard te krijgen is het te danken dat in 1864 de eerste van de Conventies van Genève werd getekend. Mijlpalen in de ontwikkeling van het humanitaire oorlogsrecht zijn de Conventies van Genève van 1864, 1907, 1929, 1949 en laatstelijk de twee Aanvullende Protocollen van 1977. Het humanitaire oorlogsrecht, dat zich in zijn humanitaire taak niet

bezighoudt met het recht om oorlog te voeren of de plicht om oorlog te voorkomen – het *ius ad bellum* – maar dat uitgaat van de gegevenheid dat er nu eenmaal gewapende conflicten vóórkomen en dat de gevolgen van het geweld daar waar nodig én mogelijk moeten worden ingeperkt – het *ius in bello*. Op grond van beginselen van humaniteit moet – daar waar maar enigszins mogelijk – worden gestreefd naar een zo vergaand mogelijke humanisering van de oorlog. Het humanitaire oorlogsrecht houdt zich dan ook bezig met alle slachtoffers van het geweld: gewonden en zieken, krijgsgevangenen, burgers in bezet gebied, politieke en strafgevangenen: kortom met allen die in nood verkeren en die hulp behoeven. De belangrijkste *grondbeginselen* van het humanitaire oorlogsrecht zijn:

- strikte onpartijdigheid en strikte neutraliteit en volstrekte objectiviteit tegenover alle partijen bij een conflict;
- bescherming en veiligheid van slachtoffers (gevangenen, zieken en gewonden);
- non-discriminatie;
- onschendbaarheid van de persoonlijke (geestelijke en lichamelijke) integriteit;
- het beginsel van de normaliteit: zo snel mogelijke terugkeer naar de normale situatie is geboden.

De belangrijkste *regels* welke op grond van het aanvaarde humanitaire oorlogsrecht in een gewapend conflict moeten gelden, waarmee een arts kan worden geconfronteerd en die zijn handelen zullen moeten bepalen, zijn:

- de verplichting tot menslievende behandeling en verzorging van gewonden en zieken;
- de verplichting tot het stellen van behandelingsprioriteiten slechts gegrond op medische indicaties en niet gebaseerd op enig onderscheid als geslacht, ras, godsdienst, levensbeschouwing, politieke overtuiging, etc.;
- het verbod van aanslag op leven en persoon;
- het verbod van het afmaken of uitroeien van personen of bevolkingsgroepen;
- het verbod van lichamelijke of geestelijke martelingen;
- het verbod van het toebrengen van verminkingen;

- de verplichting tot het voorkomen van het ontstaan van situaties waardoor gewonden en zieken aan besmetting of infectie worden blootgesteld;
- het verbod van medische en wetenschappelijke proefnemingen op gevangenen;
- het verbod van het donorschap van gevangenen ten behoeve van orgaantransplantaties;
- de verplichting tot een behoorlijke medische verslaglegging van de behandeling van gewonde of zieke gevangenen en van anderen.

In de Conventies van Genève en in de Aanvullende Protocolen is voorzien, dat de militair-geneeskundige diensten en de *militaire artsen* met voldoende onafhankelijkheid moeten kunnen optreden en functioneren. Bovendien is het alternatief van niet-militaire geneeskundige diensten niet realiseerbaar: er moet op het slagveld over een met de strijdkrachten geïntegreerde medische organisatie kunnen worden beschikt. Zolang als de militair-geneeskundige diensten zich houden aan de juist in hun belang gegeven regels en normen van het humanitaire oorlogsrecht, is een functioneren vanuit een onafhankelijke organisatie niet vereist en overbodig. Het zal evenwel naar mijn mening geen bezwaar behoeven te ontmoeten, wanneer voorzien zou worden dat militaire artsen die zich door, bij of in hun functie-uitoefening bezwaard zouden gevoelen, een vertrouwelijk contact zouden mogen opnemen met een orgaan – dat uiteraard een groot moreel gezag zou dienen te bezitten – van een organisatie als het Nederlandse Rode Kruis om daaraan eventueel bezwaren te kunnen voorleggen.

Uitgaande van de aanname van een – uiteraard zeer betreurde – *feitelijke situatie* dat de mensheid wordt geconfronteerd met gewapende conflicten en geweld en de gevolgen daarvan, is het noodzakelijk dat aan de gevolgen van het gewapende conflict zo ver mogelijk grenzen worden gesteld en dat deze gevolgen zoveel mogelijk worden verlicht en ingeperkt. Daarom is, zolang als er – vooralsnog – oorlogen voorkomen, humanisering van het geweld geboden. Daarom is kennis maar vooral de toepassing van de regels van het humanitaire oorlogsrecht noodzakelijk.

Stellingen

Spreken van een 'humane oorlog', zo bleek in de discussie, zagen de meeste aanwezigen als een van fatalisme getuigend gebruik van een contradictio in terminis. Waar die contradictie doorwerkt in het conflict tussen militaire normen/officierseed en medische normen/artseneed, zou de artseneed moeten worden genormeerd aan de Declaratie van Genève om misbruik van nationale oorlogswetten uit te sluiten. Het congres stuurde een brief van die strekking naar de KNMG. Immers, 'wie eenmaal doordrongen is van het besef dat de artseneed verwijst naar een universele humanitaire opdracht kan zich niet meer binden aan een nationaal bepaalde officierseed'. Gonsalves bestreed deze stelling: je niet meer binden aan de officierseed is strijdig met de realiteit dat dienstweigeren kan. Is er, vond de zaal evenwel, onverhoopt werk aan de winkel dan dient de arts de handen vrij te hebben om dat (zijn) werk te doen. Stelling, nul stemmen tegen: 'Militaire artsen dienen bij de behandeling van oorlogsslachtoffers die maatregelen te nemen die maken dat militaire overwegingen geen invloed hebben op de prioriteitenstelling ten aanzien van hun behandeling.' Hoe? Een meerderheid onderschreef de stelling dat, gezien de noodzaak de oorlog te humaniseren, de opleiding tot en het functioneren als militair arts dient plaats te vinden vanuit een onafhankelijke organisatie (bijvoorbeeld het Rode Kruis).

Tweemaal zoveel voor- als tegenstemmen kreeg: 'In het kader van de oorlogspreventie is het verrichten van *ontwikkelingshulp* verre te prefereren boven de militaire dienst.' Een verantwoorde keuze tussen ontwikkelingswerk, vervangende dienst en militaire dienst zou al tijdens de studie moeten worden voorbereid. Aan iedere medische faculteit zou daartoe een leerstoel Geweldsproblematiek moeten worden ingesteld. Want, in de bewoordingen van een der werkgroepen die de zorg van de organisatoren om een 'optimale meningsvorming' en een 'maximale terugkoppeling van de deelnemers naar het congres' rijkelijk honoreerden: sociale geneeskunde zonder aandacht voor geweld is a-sociale geneeskunde.

Hongerstaking

Een casuïstische mededeling

Hongerstakingen komen in gevangenissen veel voor, meestal echter gaat de stakende na drie dagen weer eten. Langdurige hongerstakingen zijn zeldzaam*. Als casuïstische mededeling zouden wij over de hongerstaking van drie Duitse gedetineerden, die vierenvierentig dagen duurde, willen berichten vanwege de bijzondere problemen die zich bij de begeleiding voordeden. Deze begeleiding riep de volgende vragen op:

1. Hebben gedetineerden recht op een eigen artseneus wanneer zij de gevangenisarts niet in vertrouwen willen nemen en wat kan daarbij de houding zijn van de instellingsarts?
2. Is gedwongen voeding aangewezen of moet men het conflict dat met de hongerstaking wordt uitgedrukt ernstig nemen?
3. Waaruit moet de medische begeleiding bestaan? Kan de arts zich beperken tot de somatische en psychologische zorg of moet hij meewerken aan de oplossing van het conflict?
4. Is het verstandig dit soort begeleiding alleen te doen of verdient begeleiding met meerdere artsen de voorkeur?
5. Is men in het Nederlandse gevangeniswezen voldoende

* Geuns, H. A. van, Lachinsky, N., Menges, L. J., Smeulers, J. *Hongerstaking*. Wereldvenster, Baarn, 177, pag. 11.

** Schuurmans-Stekhoven, W.: De grondslagen van het 'patiëntenrecht'. Ned. T. Geneesk. 121, 1977, nr. 2.

door **M. A. J. Romme,**
F. van Ree,
H. J. van Aalderen,
J. Sacksioni
en **P. v. d. Hout**

De auteurs zijn respectievelijk hoogleraar sociale psychiatrie Rijksuniversiteit Limburg, zenuwarts psychiatisch ziekenhuis Vogelenzang, hoogleraar huisartsgeneeskunde Vrije Universiteit Amsterdam, arts-assistent psychiatisch ziekenhuis Santpoort en arts.

voorzichtig met vrijheidsbeperkende maatregelen en houdt men voldoende aandacht voor menselijke noden bij de gedetineerde?

Gevalsbeschrijving: **vóórdat de begeleiding beginnen kon**

Op 18 februari 1978 werden wij benaderd door de verdediging met de vraag of wij als vertrouwensartsen de hongerstaking wilden begeleiden van drie onder haar zorg vallende gedetineerden. Met 'vertrouwensartsen' werd – zoals gauw duidelijk werd – bedoeld: artsen in wie de gedetineerden vertrouwen hadden en dat betekende voor hen: artsen die geen relatie onderhielden met, dan wel dezelfde belangen konden hebben als het gevangeniswezen of Justitie. De gedetineerden hadden geweigerd zich te laten onderzoeken door de instellingsartsen en hen ook het recht ontzegd hen te behandelen. De reden hiertoe was gelegen in mogelijke tegengestelde belangen tussen Justitie en gedetineerde die de wijze van begeleiding en behandeling konden

beïnvloeden. Het ging er toen om of de gedetineerden het recht hadden op een eigen artseneus of dat zij zich zouden moeten laten adviseren c.q. behandelen door de arts van de instelling.

In een *kort geding* voor de president van de rechtbank van Maastricht werden de argumenten pro en contra uitgewisseld. Justitie stelde zich op het standpunt dat Justitie de verantwoording had voor de medische verzorging en dat alleen de instellingsarts degene was die de behandeling op zich kon nemen. De verdediging beriep zich op het recht op privacy zoals dat in het verdrag van Rome (art. 8, lid 1) aan gedetineerden wordt gegarandeerd. Zij meende dat onder dit recht op privacy ook viel de vrijheid om een eigen arts te kiezen. De verdediging werd hierin gesteund door collega Schuurmans-Stekhoven, die de verdediging hierover schriftelijk had voorgelicht**. Het kort geding liep niet uit op een vonnis, doch tijdens de zitting kwam het tot een schorsingsperiode; daarin kwamen vertrouwensartsen, instellingsartsen, Justitie en verdedigers tot een compromis. In dit *compromis* werd afgesproken, dat:

- de vertrouwensartsen het onderzoek en de behandeling zouden verrichten buiten aanwezigheid van de instellingsarts, maar dat zij de instellingsarts zouden inlichten wanneer de behandeling consequenties zou hebben voor de instellingsarts. Wanneer bijvoorbeeld de instellingsarts gevraagd zou worden medicatie te verstrekken, moest deze voorgelicht zijn over de afwezigheid van contraïndicaties;

- de vertrouwensartsen formeel door de instellingsarts als consultants zouden worden uitgenodigd om het onderzoek en de behandeling te doen, waardoor een bestaande regel kon worden gehandhaafd*.

Overigens werd van de zijde van Justitie een van de vertrouwensartsen op politieke gronden uitgesloten van het recht om de gedetineerden te bezoeken. Ook hier werd blijkbaar rekening gehouden met de mogelijkheid van tegenstelling van belangen.

Discussie: het dilemma van de vrije artseneus

Met het compromis was de noodzaak van een uitspraak van de rechter omzeild, hetgeen in dit actuele geval van belang voor de gedetineerden leek te zijn. Hiermee werd echter ook een heel principiële uitspraak omzeild, namelijk het antwoord op de vraag of gedetineerden het recht op vrije artseneus hebben dan wel het recht zich te laten behandelen door een arts die niet twee heren hoeft te dienen, te weten de instelling en de patiënt. In de actuele situatie was deze tegenstelling van belangen zeker aanwezig, omdat de hongerstaking voor de gedetineerde een strijd uitdrukte tegen de hechtenisvoorwaarde opgelegd door Justitie en Justitie er alle belang bij had dat de hongerstaking zo spoedig mogelijk zou ophouden. Querido beschrijft in zijn artikel 'Artsen in een Web' (NTvG 100, 1956, nr. 19, blz. 1350) de vrije artseneus van Napoleon. Hij geeft hierin een heldere beschrijving van de verwarring die ten nadele van de patiënt gaat ontstaan als de arts zich niet houdt (of kan houden) aan een duidelijke opdracht. Hij laat zien dat het dienen van twee heren (in die tijd Napoleon en de Engelse Staat) onmogelijk is en voor de gezondheid van de patiënt gevaarlijke situaties schept. Dit komt voornamelijk doordat de voorlichting wordt gekleurd door belangen van de partij die wordt voorgelicht. In de situatie waarin wij verkeerden deed zich hetzelfde dilemma voor.

Voor de vertrouwensartsen was het duidelijk dat Justitie ófwel gerustgesteld wilde worden, zodat zij geen verandering in de hechtenissituatie hoefde te brengen, ófwel overmatig beangst wilde worden, zodat ze een excuus had om in te grijpen en over te gaan op kunstmatige voeding. Dit laatste om te voorkomen dat zij later verwijten zou krijgen te hebben bijgedragen aan de dood van gedetineerden. In een dergelijke situatie, waarin de partijen tegengestelde belangen hebben – hetgeen praktisch altijd het geval is bij hongerstaking van langere duur, omdat dit altijd een ernstig conflict uitdrukt (zie Van Geuns) – is het verstandig dat de instellingsarts niet zelf de behandeling op zich neemt, omdat de inhoud van het probleem hem in een positie brengt waarin hij zich niet kan onttrekken aan een keuze in tegenstrijdige belangen.

Het lijkt ons daarom aangewezen dat:

1. de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst zich uitspreekt over de vraag, of gedetineerden recht hebben op eigen artseneus;
2. instellingsartsen zich onthouden van behandeling wanneer de patiënt duidelijk aangeeft hen niet in vertrouwen te willen nemen. In dergelijke situaties moet de instellingsarts de behandeling overdragen aan een andere arts. Dit is ook nu al mogelijk middels het aan het einde van de vorige paragraaf reeds genoemde artikel 46 Gevangenismaatregel.

Gevalsbeschrijving: het onderzoek

Nadat wij als vertrouwensartsen toegang hadden gekregen tot de gedetineerden – formeel als consultants van de instellingsartsen – namen wij de begeleiding op ons. Aangezien de bevindingen bij het onderzoek en het verloop van de hongerstaking en de begeleiding ervan geen wezenlijke verschillen te zien gaven tussen de gedetineerden, zullen we doen alsof de gevalsbeschrijving één persoon betreft. Alleen bij de vermelding van cijfers zullen we dit doen in reeksen van drie, terwijl de enkele verschillen die er bestonden in de tekst worden vermeld. De detentiesituaties toonden ook

verschillen. In Scheveningen was slechts één van de drie gedetineerd, de beide anderen bevonden zich in Maastricht. Eén gedetineerde was reeds langer gedetineerd dan de beide anderen. Het Huis van Bewaring in Maastricht is veel moderner en met veel meer elektronische bewakings- en beveiligingsapparatuur uitgerust. Wij geven ter wille van de plaatsruimte slechts een soort 'gemiddeld beeld' van de beide detentiesituaties weer.

Lichamelijk onderzoek

Bij het eerste lichamelijk onderzoek werden behalve vermagering en de littekens en resten van schotverwondingen geen lichamelijke afwijkingen gevonden. De bloedchemie gaf geen afwijkingen te zien. Er was alleen sprake van acetonurie. De lichaamsgewichten bedroegen toen respectievelijk 43, 53, 52 kg, terwijl gedetineerden aangaven te zijn begonnen aan de hongerstaking met een gewicht van respectievelijk 48, 70, 70 kg.

Psychologisch onderzoek

In het gesprek met gedetineerden waren de volgende psychologische bijzonderheden opvallend:

- Zij hadden moeite met het formuleren van hun gedachten. Dit deed zich speciaal voor in het begin van het gesprek en verdween na enkele minuten. Zij merkten dit zelf ook en weten dit aan het gebrek aan gesprekscontacten. Zij voelden in de loop van hun detentie dat zij in toenemende mate moeite hadden gedachten vast te houden en te formuleren. Dit fenomeen deed zich bij alle verdere bezoeken voor, soms duidelijk, soms in geringe mate.
- De psychische spankracht was goed te noemen en er was geen sprake van snelle vermoeidheid. Dit veranderde echter aanzienlijk met de duur van de hongerperiode.
- Er waren geen 'kennelijk psychopathologische' verschijnselen te constateren, zoals hallucinaties, wanen, waanachtige ideeën, stemmingsstoornissen, dwanghandelingen of pathologische drang, impulsiviteit etc. Ook was er geen sprake van onechtheid, overdrijven, inauthenticiteit. Er waren geen oriëntatiestoornissen in tijd, plaats of ruimte; het denken was altijd helder en coherent.

* En wel op grond van artikel 46 Gevangenismaatregel.

Met kleine schommelingen in het stemmingsleven en het concentratievermogen wegens spanning en toenemende vermoeidheid is er ook in het verloop van de hongerperiode geen psychopathologie opgetreden. Inhoudelijk waren de gesprekken uiteraard steeds betrokken op de huidige situatie en verlangens en ook op de politieke visus van gedetineerden.

De politieke motivatie was bij alle drie de gedetineerden zeer duidelijk en kwam globaal overeen met de uit diverse publikaties * bekende opvattingen. Het is uiteraard eenvoudig om dan te stellen dat er sprake zou zijn van een verengde en in ieder geval nauwe beleavingswereld, doch zo iets als abnormaal of pathologisch te interpreteren zou absurd geweest zijn, gezien de situatie waarin zij verkeerden.

– De uitspraken over de detentiesituatie kwamen geheel overeen met de informatie die wij hierover kregen van de directie van de huizen van bewaring waarin de gedetineerden verbleven. Dit is ook zo gebleven tijdens de begeleidingsperiode.

– Het meest opvallend was de duidelijke motivatie voor de hongerstaking. Het was voor de gedetineerden een laatste strijdmogelijkheid tegen de hechtenisomstandigheden, die zij als onmenselijk en voor henzelf als niet-leefbaar ervoeren. Ontdaan van elke andere mogelijkheid zich te verzetten, gebruikten ze het eigen lichaam als het enig overgebleven middel. De hongerstaking werd door hen heel duidelijk beleefd als een 'widerlich' middel.

Onderzoek van de hechtenissituatie
Gedetineerden zitten in afzonderlijke cellen, d.w.z. kamertjes van twee bij vijf meter met een bed, tafel, stoel en wasbak. Zij spreken geen enkele andere gedetineerde, alleen bewakers die altijd met zijn tweeën zijn. Dag en nacht blijft het licht branden, 's nachts op halve kracht. Om het half uur kijkt iemand door het luikje in de deur. Zij hebben tien boeken of tijdschriften in hun cel en tweemaal daags wordt een lijst gemaakt van alles wat in de cel aanwezig is; hierbij

worden zij gefouilleerd. Zij kunnen een luidspreker aanzetten, waarmee ze kunnen kiezen tussen twee zenders, in Maastricht; in Scheveningen kan slechts Hilversum 3 op één vastgestelde geluidssterkte worden aangezet.

Als de gedetineerden bezoek krijgen worden zij eerst in de cel gefouilleerd, waarbij zij zich moeten uitkleden.

Vervolgens wordt gezorgd dat er op gangen e.d. geen andere gedetineerden aanwezig zijn. Zij lopen dan met drie bewakers naar de bezoekafdeling en passeren zes à zeven bewakers op posten. Het bezoek vindt plaats in een kamer, in tweeën gedeeld door een glazen wand; het gesprek vindt plaats via elektronische weg en in aanwezigheid van twee bewakers. Aanraken van het bezoek gaat niet. Na het bezoek wordt de terugtocht naar de cel op gelijke wijze afgelegd en worden ze in de cel weer gefouilleerd, waarbij ze zich moeten ontkleden.

Deze situatie is depriverend vanwege:

1. de onmogelijkheid van persoonlijke gespreksvoering op basis van interesse en emotionaliteit, omdat elke privacy in de ontmoetingen met anderen ontbreekt. Het bezoek is daarenboven geselecteerd: alleen ouders en enkele familieleden mogen komen, geen vrienden;
2. de totale afhankelijkheid, waarbij ze om vuur moeten vragen, bekenen worden nadat ze naar het toilet zijn geweest, d.w.z. geen enkel eigen initiatief kunnen nemen behalve lezen, schrijven en luisteren naar een van beide muziekzenders.

Deze situatie is hoogst uitzonderlijk. Afzondering komt in Nederland weliswaar meer voor bij gedetineerden wanneer men bij het vooronderzoek geen beïnvloeding wil van getuigen, maar dit duurt dan enkele weken, terwijl de gedetineerden hier reeds maanden onder dit regime leefden. De eerste werd op 23 september 1977, de beide anderen op 10 november 1977 gearresteerd.

Daarbij is de situatie ook strenger, omdat met name het regelmatig fouilleren, het kijken door het luik, het bezoek achter glas, niet tot de gewone maatregelen behoren. Ook verloopt het contact met de bewakers anders dan gewoonlijk. Er is een taalbarrière en er bestaat een

totale ongeïnteresseerdheid of liever angst voor het denken van de gevangenen, omdat men bang is voor beïnvloeding van het personeel; daarom komt er nooit één bewaker met de gedetineerden in aanraking, maar altijd tenminste twee. De gedetineerden willen ook geen contact met de bewakers, omdat dit geen gesprek oplevert.

Discussie naar aanleiding van het onderzoek

Na de onderzoeksfase werd duidelijk dat hier sprake was van een strijd met extreme wapens. Aan de ene zijde de voedselweigeringsgedurende 26 dagen, aan de andere zijde de uitzonderlijke veiligheidsmaatregelen met de depriverende omstandigheden als gevolg.

Dat de hongerstaking een conflict uitdrukte werd door beide partijen met zodanige motieven omkleed dat er voor het standpunt van de ander geen ruimte meer was.

Door de gedetineerden werden de met veiligheidsredenen beargumenteerde hechtenisomstandigheden gezien als een poging om hun persoonlijke integriteit en politieke identiteit te vernietigen, van de kant van Justitie werden deze maatregelen absoluut noodzakelijk en niet in strijd met een menselijke behandeling geacht. Beiden hielden vast aan hun redenering, waardoor menigheidsargumenten en veiligheidsargumenten tegenover elkaar kwamen te staan in een totaal verstarde discussie.

Het ernstige conflictkarakter van een dergelijke situatie maakt het noodzakelijk dat men als arts niet stil blijft staan bij de vrij steriele discussie 'al of niet met dwang voeden', omdat deze discussie afleidt van het wezenlijke bij de hongerstaking: de 'uitdrukking van een conflict'. Zinniger is het daarom als arts de *conflictsituatie zelf als uitgangspunt* te nemen en de begeleiding daarop te richten. Daartoe dient men nadrukkelijk het conflict te verduidelijken en te pogen de partijen zodanig te begeleiden dat er in de acute situatie een oplossing komt, waarbij de vertrouwensarts dient te beseffen dat de gedetineerde zijn cliënt is. Men vergeet niet dat Justitie elke stap tot de escalatie harerzijds beschouwt als een 'zwichten voor chantage'. Hier weerspiegelt zich het

*RAF Texte: Verlag BO Cavefors Malmö, 1977.

Tabel 1. Waarden voor die bepalingen waarin afwijkingen werden geconstateerd.

	1e week			2e week			3e week			4e week		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
SGOT	16	14	10	—	13	9	—	13	12	—	12	8
SGPT	10	5	16	—	14	13	—	15	11	—	16	4
Alk Fosf	21	77	79	—	74	83	—	81	81	—	71	112
Bil. tot.	22,4	9,3	20,4	4	10	—	—	11,7	21,8	4	3,8	8,3
Geconj.	5,41	norm.	norm.	2	norm.	norm.	—	norm.	norm.	2	norm.	norm.
Ureum	7,72	4,8	4,1	5,6	4,8	4,0	—	5,9	3,8	5,9	5,5	4,1
Kreatinine	147	92	62	128	85	76	—	95	82,5	117	78,5	72,5
K	5,3	3,9	4	—	3,8	4,35	—	3,85	3,2	4,8	4,4	4,75
Na	136	138	137	—	140,5	136	—	141	133	136	145	144,5
Bicarbonaat	—	—	26	—	31	31,5	—	31,5	28	2,64	28,5	24,5
Tot. eiwit	—	75	75	77	79	73	—	79	65	—	69,5	63,5

enorme dilemma dat ontstaat voor artsen die in een dialectisch gevoerde strijd betrokken raken – toedekken van het conflict is in strijd met de wensen en belangen van de cliënten, voortzetting van de strijd kan tot hun dood voeren. (Het is overigens van belang dat de arts niet tot dwangvoeding bij gevangenen verplicht kan worden volgens de Declaration of Tokyo van de World Medical Association 1975, punt 5.) Om een dergelijk conflict en een dergelijke strijd te begrijpen moesten we ons enerzijds inleven in de beleving van de detentiesituatie door gedetineerden en in de emotionele betrokkenheid bij en de motivatie voor de door hen beschreven ideologie, anderzijds moesten wij proberen te begrijpen tot welk een angst deze ideologie geleid had bij Justitie, waaruit in principe de veiligheidsmaatregelen te begrijpen vielen. Deze benadering is misschien voor velen vreemd, maar geeft weer hoe een gedragsprobleem – in dit geval de voedselweigerings – is op te vatten als 'interactioneel' bepaald, d.w.z. het gevolg is van een conflict tussen twee partijen, waarbij men voor de oplossing betrokken raakt bij het zoeken naar een compromis. Wanneer men de hongerstaking benadert als een probleem waarbij al of niet tot dwangvoeding moet worden overgegaan, ontkent men het conflictkarakter ofwel discrimineert men één van de partijen (meestal de zwakste in de strijd).

Gevalsbeschrijving: het verloop van de hongerstaking

De begeleiding van de hongerstaking

bestond uit de volgende activiteiten:

- geregeld lichamelijk onderzoek;
- geregeld psychologisch onderzoek;
- geregelde gesprekken over het gedrag van de stakende;
- geregeld overleg met advocaten en andere artsen;
- overleg met directie van de Huizen van Bewaring;
- overleg met Justitie met het oog op het vinden van een compromis;
- voorlichting aan de pers;
- voorlichting bij justitiële procedures.

We zullen de beschrijving hiervan indelen in drie categorieën:

- het lichamelijk verloop;
- het psychologisch verloop;
- het onderhandelingsverloop.

Lichamelijk verloop

De hongerstaking duurde totaal 44 dagen en de begeleiding daarvan duurde van de 26e tot de 45e dag en ongeveer tien dagen na de afloop. In

deze tijd werd wekelijks de bloedchemie bepaald en de urine onderzocht, d.w.z. drie maal tijdens de hongerstaking en één maal daarna. Hierin kwamen als afwijkingen voor een tijdelijk kaliumtekort bij één van de drie en een tijdelijke stoornis van enige leverfuncties bij één der anderen. De waarden voor die bepalingen waarin afwijkingen werden geconstateerd in de loop van de vier weken zijn weergegeven in tabel 1.

Voorts werd twee of drie maal in de week de tensie gemeten, in liggende houding de pols geteld, de veneuze druk gemeten aan de hals, het gewicht gemeten. Het meest interessante van deze gegevens was het verloop van tensie en polsfrequentie (zie tabel 2). Uit deze gegevens valt op te maken dat de tensiedaling het grootste gevaar opleverde tijdens de voedselweigeringsperiode, welk gevaar dan nog weer het grootst was bij B, terwijl de polsfrequentie bij B en C wel erg traag werd.

Tabel 2. Verloop van tensie en polsfrequentie.

	27-2-1978		7-3-1978		14-3-1978		18-3-1978	21-3-1978
	liggend	zittend	liggend	zittend	liggend	zittend	zittend	zittend
A tensie pols	90/70 80 aeq. reg	100/80 reg	90/70 76 aeq. reg	105/70 reg	75/? 66 aeq. reg	95/70 reg	105/80 100 aeq. reg	125/80 100 aeq. reg
B tensie pols	100/60 60 aeq. reg	80/40 reg	85/65 56 aeq. reg	reg	60/40 88 aeq. reg (cyanose)	reg	80/60 72 aeq. reg	100/70 76 aeq. reg
C tensie pols	90/70 60 aeq. reg	80/60 reg	95/60 64 aeq. reg	reg	80/50 52 aeq. reg	reg	90/60 80 aeq. reg	110/70 88 aeq. reg

Tenslotte geven we het gewichtsverloop weer, voor de drie gedetineerden afzonderlijk, en aangegeven per aantal dagen hongerstaking (tabel 3).

Tabel 3. Gewichtsverloop

tijdens hongerstaking			na afloop
dagen	26	37	44
A	43	40,1	?
B	53	52	48
C	52	51,5	49

Wat het verloop van de lichamelijke klachten betreft valt op te merken, dat de duizelingen bij houdingsverandering als gevolg van circulatie-insufficiëntie en de vermoeidheid, het gevoel krachten te verliezen en steeds minder aan te kunnen het meest op de voorgrond stonden en ook ernstiger vormen aannamen naarmate de hongerperiode langer duurde. Voor de begeleiding was het van belang er op toe te zien dat de gedetineerden regelmatig lichaamsbeweging namen en niet in bed bleven liggen, vooral in de laatste week. Dit vanwege het daardoor mogelijk versterkte risico van circulatie-insufficiëntie en het verhoogde risico van collaps of hartstilstand.

Wat het gewichtsverlies betreft kwam de hongerstaking ook in een steeds riskanter fase, namelijk in de periode van 1/3 tot 1/2 relatief gewichtsverlies ten opzichte van het begingewicht – waarop gewezen wordt in de literatuur – hetgeen in de tijd dan ook samenviel met de verhoogde risico-periode van 45-65 dagen.

Psychologisch verloop

– Gedurende de gehele begeleiding was er, zeker in het begin van de gesprekken, soms gedurende langere tijd, sprake van moeilijkheden bij het formuleren en het concentreren, terwijl vaak ook een gespannenheid aanwezig was. Een apathie kwam eveneens nogal eens voor. Met nadruk moet worden opgemerkt dat deze verschijnselen reeds tijdens het eerste bezoek zeer duidelijk herkenbaar waren.

– Met de duur van de hongerperiode nam vooral de snellere vermoeidheid toe, hetgeen vooral bij één van de drie op het laatst tot enige verwardheid aanleiding gaf. De snellere

vermoeidheid uitte zich in makkelijker wegzinken in apathie en langere tijd achtereen op bed liggen of op een stoel voor zich uit zitten kijken. Verder kon het werk (leren, schrijven) minder lang worden volgehouden en moest een strikter dagschema worden aangehouden om actief te blijven en de stemming zo goed mogelijk te houden; met dit dagschema wordt bedoeld een afwisselen van lichamelijk bewegen, psychisch bezig zijn en rusten. De laatste week kon men alleen nog maar in de ochtend tot activiteit komen.

– Een complicerende factor was, vooral voor één der gedetineerden, de ondervonden slaapproblemen ten gevolge van het nachtelijk licht in de cel. Dit kon bij hem aanvankelijk worden doorbroken met Mogadon. Een ongestoorde slaap bleek voor hem duidelijk van belang voor het op peil houden van de stemming en voor de discipline die nodig is voor een regelmatige spreiding van energiegebruik gedurende de dag. De overige twee wensten geen slaappmiddelen te gebruiken. Later was het regelen van voldoende slaap niet meer mogelijk: het licht was te sterk, de Mogadon te zwak en ook de lichamelijke toestand was te zwak, waardoor een andere medicatie niet verantwoord was. Dit betekende een relatief toenemende belasting voor gedetineerden en een toenemend risico voor de integriteit van de psychische functies.

- De begeleiding bestond uit:
 - gedragsadviseren (o.a. regulering van de energie);
 - het zo helder mogelijk voorlichten over de risico's van het hongeren tegen de achtergrond van onze bevindingen en de literatuurkennis;
 - het voorlichten over de voortgang van de onderhandelingen over het verbeteren van hun situatie;
 - het werken aan een aanvaardbare oplossing.

Onderhandelingsverloop

We zouden dit ook kunnen noemen: het zoeken naar een compromis en de pogingen tot realisering daarvan. In feite komt dit toch neer op onderhandelen, d.w.z. reële voorlichting geven over de situatie en de risico's; voorstellen doen ten aanzien van minimaal noodzakelijke wijzigingen; hiertoe contact leggen met de meest aangewezen instanties op het juiste moment.

Na het kort geding en de compromisvorming over de voorwaarden waaronder wij de begeleiding konden beginnen, is er overleg gevoerd:

- tussen de artsen onderling en de verdedigers;
- met de directie;
- op het ministerie van Justitie;
- met de pers.

Overleg artsen onderling,

artsen-verdedigers. Wij kwamen wekelijks bijeen in Eindhoven om de bevindingen uit te wisselen, elkaar te ondersteunen bij de geringe specifieke ervaring die wij in deze zaken hadden, om elkaar bij te sturen voor wat de emotionele betrokkenheid betrof en om gezamenlijk de mogelijke strategieën te bespreken om tot een oplossing te komen.

Hierbij viel het op, dat artsen en advocaten vooral daarin verschillen dat advocaten zich eerder dan artsen laten leiden door de wensen van de cliënten. Bij de artsen speelde daarin waarschijnlijk mee, het eigen risico dat de cliënt loopt ten gevolge van de lichamelijke en psychische spannings-toestand. Dit is een reëel verschil, omdat de arts juist als vertrouwensarts wordt geraadpleegd om deskundige voorlichting te geven over deze risico's aan zijn cliënt. Door deze directe verantwoordelijkheid bestond bij hen meer dan bij de advocaten de neiging om de wensen van de cliënten te beïnvloeden. Tijdens de bijeenkomsten werden gezamenlijke standpunten bepaald ten aanzien van het handelen tegenover cliënten, voorlichting aan de pers, overleg met Justitie.

Overleg met directies.

De directies verleenden alle medewerking. Geregeld overleg was bijzonder nuttig om de afstand tussen hun en onze taak niet nodeloos te vergroten. Daarmee werd wederzijds voorkomen dat er onnodig veel achterdocht kon ontstaan, hetgeen elk overleg alleen maar moeilijker kon maken. Het initiatief ging veelal uit van de directies, hetgeen zeer te waarderen was.

Het overleg over een oplossing was noodzakelijk zowel voor het beoordelen van de hechtenisomstandigheden alsook om te weten in hoeverre met name de voorstellen onzerzijds uitvoerbaar waren of niet. Bij dit overleg viel het

op hoe weinig speelruimte de directies hadden om beslissingen te nemen. Het gevolg was dat het overleg over compromisvorming uiteindelijk met het ministerie van Justitie moest plaatsvinden. Dat bemoeilijkte de oplossing aanzienlijk, omdat daardoor het gesprek over het conflict op een veel afstandelijker niveau – los van de situatie ter plaatse – plaatsvond.

Overleg met Justitie. De gesprekken met Justitie hebben in het totale gebeuren rond de gedetineerden de merkwaardigste overlegsituaties opgeleverd, althans in onze beleving. In het eerste gesprek met hoge ambtenaren van Justitie bleef het aftasten en overleg zo mistig, dat er na afloop een grote teleurstelling heerste aan onze zijde. Zakelijk echter bleek wel dat menselijke argumenten niet of nauwelijks een rol speelden en dat het alleen om *veiligheidsargumenten* ging, waarbij bleek dat de belangrijkste angst leek te zijn dat het Huis van Bewaring van buitenaf overvallen kon worden door de RAF-organisatie.

Na dit gesprek met hoge ambtenaren was het duidelijk dat uiteindelijk nooit mogelijk zou zijn *veiligheidsargumenten* en *menselijkheidsargumenten* tegen elkaar af te wegen om zo tot een compromis te komen, maar dat alleen prioriteit geven aan menselijke argumenten – hoe minimaal ook – tot een oplossing van het probleem zou leiden en dat dit een politieke en geen ambtelijke beslissing zou moeten zijn. Een telegram aan de minister van Justitie, De Ruiter, en zijn staatssecretaris, Mw. Haars, met een verzoek het menselijk aspect te laten prevaleren – dit telegram kwam mogelijk op een te vroeg tijdstip, bij een nog niet ernstig genoeg geworden situatie – leverde pas laat een brief op, die de staatssecretaris aan één onzer stuurde en welke brief gelijkluidend was aan die welke zij aan de voorzitter van de vaste Commissie voor Justitie van de Tweede Kamer stuurde in antwoord op vragen van veel vroegere datum. Deze brief was absoluut niet meer actueel. Hieruit bleek ons opnieuw de ontkenning van het isolement en de ontkenning van het conflict en de ernst ervan. Dit was voor ons een reden om met haar een onderhoud aan te vragen. Inmiddels was het de 44e dag geworden. De toestand van de gedetineerden was werkelijk zo kritisch, dat het geheel

op een pokerspel met levens neerkwam.

Voorafgaande aan deze 44e dag was er in de gevangenis in Maastricht nog een zitting geweest van de Centrale Raad van Beroep. In een beroep was door de verdediging verandering van de hechtenisvoorwaarden gevraagd. Een dergelijk verzoek voor één van de andere gedetineerden was een week eerder afgewezen; dit verzoek diende voor de tweede gedetineerde uit Maastricht. Op de zitting (41e dag) werden de artsen in de gelegenheid gesteld de commissie voor te lichten over de ernst van de voedselweigerings. Wij konden toen ook de relatie tussen de voedselweigerings en de hechtenisomstandigheden uitleggen. De aanwezige afgevaardigden van de Centrale Raad namen de situatie gelukkig ernstig.

In het contact met de staatssecretaris kwam uiteindelijk het volgende *compromis* tot stand: De twee gedetineerden in Maastricht mochten elkaar eenmaal per week gedurende een uur zien en spreken zonder glas, met bewaking op enige afstand, als zij de voedselweigerings opgaven. Het bij elkaar plaatsen van de drie gedetineerden in één Huis van Bewaring ging niet; dus zou men steeds één van de drie doen verhuizen, zodat dan een ander van de drie alleen zat en de twee anderen elkaar konden spreken. Voor deze alleen zittende in Scheveningen werd contact met een andere gedetineerde toegezegd. Daarbij werd tot slot toegezegd dat de staatssecretaris bereid was verdere versoepeling na enige weken te overwegen, wanneer zou blijken dat de gedetineerden zich correct zouden gedragen en Justitie niet wederom onder druk zouden zetten. Uit dit gesprek kwam nogmaals naar voren hoe moeilijk het voor Justitie was om ook maar een vinger te geven en dat van menselijk denken eigenlijk nauwelijks sprake was. Het gesprek was niet alleen een hele merkwaardige en doorzichtige vertoning van autoriteit, maar de voorstellen getuigden van een mentaliteit die men op dat niveau nauwelijks voor mogelijk had gehouden.

De volgende dag kwam er een uitspraak van de centrale Raad van Beroep, die getuigde van een bredere denkwijze en waarin – zonder vertoon van autoriteit – werd bepaald dat het de twee gevangenen in Maastricht zou

moeten worden toegestaan om de dag één uur met elkaar te spreken en dat het bezoek van ouders niet achter glas maar onder gewone omstandigheden moest plaatsvinden.

Discussie naar aanleiding van het verloop

Wanneer we op de begeleiding en het verloop van de hongerstaking terugkijken, dan wordt het voor de artsen duidelijk:

1. dat de begeleidende arts zich goed moet realiseren dat hier sprake is van een conflict. Hij kan zijn begeleiding niet beperken tot de medisch-somatische en medisch-psychologische hulpverlening; de sociale dynamiek rond het conflict is zo belangrijk, dat – wil hij wezenlijk bijdragen aan de begeleiding – hij ook zal moeten deelnemen aan het zoeken naar en overleggen over oplossingen en compromissen. De begeleidende arts zal met andere woorden tevens deelnemen aan onderhandelingen tussen partijen;
2. afhankelijk van de gecompliceerdheid van het conflict zal de begeleidende arts er voorts verstandig aan doen een dergelijke zaak niet te licht op te vatten. Zo mogelijk zal hij er collega's bij zoeken die met hem samen een dergelijke begeleiding op zich willen nemen.

Tenslotte willen wij als afronding van deze gevalsbeschrijving van een gecompliceerde en langdurige hongerstaking nog een paar dingen noemen die ons bijzonder zijn opgevallen:

- Opvallend is dat de circulatieproblemen bij de gedetineerden de lichamelijke gevaren vormden in het verloop van de hongerstaking.
- Opvallend is ook dat alle psychische verschijnselen, voor zover ze het gevolg leken te zijn van de hongerstaking, neerkomen op intense moeheidsverschijnselen.
- Opvallend is voorts het emotionele conflict-karakter van deze hongerstaking, waardoor een extreme escalatie kon ontstaan. Het gehele conflict werd gekenmerkt door een emotionele relatie tussen Justitie en

gedetineerden. Beiden waren verward geraakt in een strijd waarin de ideologische argumentatie bedolven raakte onder een emotionele verharding van standpunten. Het meest heeft ons dan ook verwonderd, dat dit tot op het hoogste niveau mogelijk is zonder dat rekening wordt gehouden met heel duidelijk objectieveerbare gevangenisomstandigheden die door elk gewoon denkend mens als onmenselijk zouden worden betiteld (isolatie).

– Opvallend tenslotte is, dat in Nederland niet alleen voor deze gevangenen maar ook voor anderen vrijheidsbeperkende maatregelen zijn ingevoerd die niet als menselijk kunnen worden betiteld en dat hiermee kennelijk nogal makkelijk wordt omgegaan, gezien de beleving van die omstandigheden bij de ambtenaren van Justitie. Het griezelige is dat isolatie wordt gehanteerd zonder dat hoge ambtenaren schijnen te beseffen welk instrument ze gebruiken. Men vindt dit ook terug in de nieuwbouw van gevangenissen en in het beleid van de Huizen van Bewaring.

Dat het moest komen tot een dergelijk pokerspel met mensenlevens, door het voortduren tot 44 dagen van de discussie, is eigenlijk onwaardig aan de normen van ons land en onze

Vijftig uur 'isoleer' uit eigen vrije wil

Een van de auteurs van het hier afgedrukte artikel, Dr. F. van Ree, heeft zich begin juni eenzaam laten opsluiten om te ondervinden wat zo'n eenzame opsluiting iemand doet. Van Ree ging vrijwillig in gevangenschap op verzoek van de NOS-radio, die zijn reacties op de band opnam.

Als 'isoleercel' fungeerde een kast in een Amsterdamse school, 3m lang, 1 1/2 m breed, 2 1/2 m hoog, witte muren, geen raam. Overdag stond er een stoel, 's nachts kwam er een matras bij. 's Nachts luisterde een 'bewaker' elk half uur aan de 'cel'deur; af en toe werd het licht uitgedaan. Het ontbijt voor de volgende dag werd 's avonds al gebracht.

Dr. Van Ree hield 'zijn bevindingen nauwkeurig bij. Het besef van tijd bleek hem toen hij geblinddoekt naar Amsterdam was gebracht te zijn ontglipt. Het meest beklemdde hem een gevoel van allesoverheersende eenzaamheid, het met niemand kunnen praten. Tijdens de laatste uren alleen werd hij afwisselend opstandig en neerslachtig.

overheid. Dat het zover moest komen is weldenkende mensen onwaardig en helaas ook dom. Men had kunnen weten, dat een hongerstaking die vier weken wordt volgehouden niet op het niveau van argumenten van al of niet toegeven kan worden behandeld worden maar dat in zulke gevallen van een ernstige conflictsituatie sprake is, welke door 'ontkenning' niet wordt opgelost.

– Overigens moet worden vastgesteld, dat de door de staatssecretaris toegezegde uitvoering van het compromis niet heeft geleid tot een wezenlijke verlichting van de isolerende hechtenisomstandigheden.

De gevangene in Scheveningen heeft slechts één keer per week één contact met een andere gedetineerde. Met betrekking tot het contact tussen de in Maastricht verblijvende gevangenen kan worden gesproken van een onmogelijkheid tot onderling contact gezien de aanwezigheid van drie bewakers, die – op één meter afstand aan dezelfde tafel gezeten – naar elk woord meeluisteren. Voorwaar het beste bewijs, dat de toezeggingen kennelijk een politiek gebaar hebben moeten betekenen en niet neerkomen op de erkenning dat *isolerende hechtenisomstandigheden onmenselijk* en een voor Nederland onwaardige zaak zijn.

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Gepromoveerd tot doctor in de geneeskunde:

F. R. S. van Asperen de Boer, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Combined adrenergic blockade in canine endotoxin shock'. Promotores: Prof. Dr. N. J. Bakker en Dr. D. L. Westbroek.

M. P. Carpentier Alting, aan de Rijksuniversiteit Groningen; proefschrift: 'Enige functioneel anatomische aspecten van de vingers'. Promotor: Prof. dr. A. G. de Wilde.

J. G. Dagers, aan de Katholieke Universiteit Nijmegen; proefschrift: 'Subchondrale vascularisatie, perosteum en de groeiactiviteit van de epifysairenschijf'. Promotor: Prof. Dr. F. P. G. M. van der Linden.

E. van der Does, aan de Erasmus

Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Acute coronary events in general practice: the Imminent Myocardial Infarction Rotterdam Study'. Promotores: Prof. dr. H. J. Dokter en Dr. J. Pool.

P. G. A. M. Froeling, aan de Katholieke Universiteit Nijmegen; proefschrift: 'De zuuruitscheiding bij de behandeling van mensen met nierstenen'. Promotores: Prof. Dr. H. Prenen en Dr. O. L. M. Bijvoet.

H. L. Haak, aan de Rijksuniversiteit Leiden; proefschrift: 'Acquired aplastic anaemia in adults'. Promotor: Prof. Dr. J. van Rood.

Mw. S. W. Hamers-van Duynen, aan de Vrije Universiteit Amsterdam; proefschrift: 'Hieronymus David Gaubius (1705-1780). Zijn correspondentie met Antonio Nunes Ribeiro Sanches en andere tijdgenoten'. Promotor: Prof. Dr. G. A. Lindeboom.

H. N. Hart, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Hartbewaking in de pre-hospitale fase'. Promotores: Prof. Dr. L. Burema en Prof. Dr. P. G. Hugenholtz.

W. J. Koers, aan de Rijksuniversiteit Utrecht; proefschrift: 'Specificiteit en niet-specificiteit in de atopische allergie'. Promotores: Dr. L. Berrens en Dr. E. Young.

R. J. Kraaijpoel, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Studies on cholesterol side-chain cleavage in adrenal cortex mitochondria: proposal of a new mechanism'. Promotor: Prof. Dr. H. K. A. Visser.

M. W. Kunst, aan de Rijksuniversiteit Leiden; proefschrift: 'Animal model for the study of antibiotics under various conditions'. Promotor: Prof. Dr. R. van Furth.

Donorinseminatie

Overpeinzingen na ruim vijftientig jaar KID

Sinds de eerste KID door mij werd verricht (1951) zijn er op talloze gebieden in de wereld andere opvattingen naar voren gekomen. In die periode zijn eveneens verschillende ideeën omtrent donorinseminatie sterk gewijzigd, mede onder invloed van nieuwere normen betreffende seksualiteit en voortplanting.

Na enkele opmerkingen van historische aard zal dieper worden ingegaan op de *huidige* problematiek van de KID, waarbij vooral psychosociale kwesties van belang zullen blijken.

Terugblik

Toen in 1955 getracht werd de eerste resultaten in medische tijdschriften mede te delen werd een artikel over donorinseminatie om principiële redenen geweigerd, én door het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde én door de redactie van het Nederlands Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie, het laatste tijdschrift accepteerde de mededeling uitsluitend als vergaderingsverslag omdat de leden van de redactie hiervoor geen verantwoording droegen. Deze houding was toendertijd wel enigszins begrijpelijk. Het overgrote deel van de Nederlandse artsen vond immers de KID volkomen verwerpelijk. Een – overigens zeker niet onpartijdige – commissie die in 1959 door de KNMG werd benoemd, gaf zelfs in overweging de methode te verbieden. Een enquête in 1960 wees uit dat de KID door 93% van de gynaecologen in ons land werd veroordeeld. Bij een peiling tien jaar later (Swaab;

Samenvatting

Bepaalde moeilijkheden uit de beginjaren van de donorinseminatie (KID) zijn verdwenen, zoals de principiële verwerping ervan. Pas in latere jaren deden zich andere problemen voor naar aanleiding van vragen om KID na sterilisatie van de man, bij ongehuwden, bij irregulaire cyclus enz.

Bij ongehuwden mag de donorinseminatie niet meer categorisch worden afgewezen. De beoordeling dient hier per geval te geschieden; de te verwachten emotionele en sociale moeilijkheden voor het kind tellen daarin zwaar mee.

Door het wegvallen van de adoptie kan KID ook geïndiceerd zijn onder technisch ongunstiger omstandigheden, bijvoorbeeld bij een irregulaire cyclus of secundaire amenorrhoe; de hiervoor in aanmerking komende technieken worden vermeld.

door **Dr. L. I. Swaab**



De auteur is werkzaam als gynaecoloog te Amsterdam. In de jaren 1965-1973 was hij tevens lector in de gynaecologische endocrinologie en voortplanting van de mens aan de Rijksuniversiteit te Leiden. Dr. Swaab publiceerde vooral over steriliteit bij vrouw en man, en over anticonceptie (hij introduceerde 'pil' en IUD in Nederland).

1972) bleek de stemming duidelijk veranderd te zijn: ruim de helft van de gynaecologen behoorde tot de voorstanders, terwijl 95% van de medische studenten bij het doctoraal examen (huidige collegae) de KID geheel aanvaardbaar achtte. Op het ogenblik is de KID vrijwel algemeen

geaccepteerd.

Ook al is de KID dus niet meer een probleemmethode, het is nog steeds een methode met velerlei problemen.

Indicaties

Een KID kan in aanmerking komen onder de volgende omstandigheden:

1. azoöspermie door testisafwijking;
2. subnormaal sperma;
3. geen ejaculaat;
4. genetisch;
5. na sterilisatie van de man;
6. ongehuwden (?).

De eerste vier redenen zijn oude bekenden; de indicaties sub 5 en 6 vereisen een uitgebreidere bespreking.

Atrofie van de testes is nog steeds de meest frequente reden om KID te verrichten; ze valt onder de eerste categorie.

Sub 2: MacLeod e.a. hebben er al in 1955 op gewezen dat de vruchtbaarheid van de man nauwelijks toeneemt bij meer dan 20 miljoen spermatozoën per cc (= 20.000 per mm³). Bij een lichte oligozoöspermie (5-10 miljoen per cc.)

met goede bewegelijkheid van de zaadcellen dient men dan ook met KID uiterst terughoudend te zijn. Een eigen kind is echter nauwelijks te verwachten bij een extreme oligozoöpermie met ook overigens slechte kwaliteiten van het semen. KID komt eveneens in aanmerking bij infertiliteit door sterke agglutinatie van de spermatozoa. De indicaties indicaties sub 3 en 4 komen betrekkelijk zelden voor, evenals vroeger.

Ad 5: Het aantal aanvragen na *sterilisatie van de man* neemt toe nu de ingreep meer ingang heeft gevonden als contraceptieve maatregel. In een volgend huwelijk kunnen kinderen dan wel gewenst zijn. Bij de 'spijtoptanten' dient men er wel extra zeker van te zijn dat ook de man volledig gemotiveerd is, een voorwaarde voor het gelukkig opgroeien van het kind. De volgende twee extreme voorbeelden laten zien welke punten bij deze gevallen speciale aandacht verdienen. In geval A. wilde de vrouw alleen trouwen indien zij er tevoren zeker van was dat KID dan zou geschieden. Bij een gesprek onder vier ogen met de man zei deze: 'Voor mij hoeft het niet dokter. Ik heb al zeven kinderen.' Verder bleek dat in hun relatie warme genegenheid en wederzijdse appreciatie vrijwel ontbraken. Een belofte voor een latere KID kon niet gegeven worden; men diende af te wachten of deze verhouding zou uitrijpen en een meer duurzaam karakter zou krijgen. Heer B. was gesteriliseerd om als 'gemengd gehuwde' zijn gezin (met twee kinderen) te beschermen tegen achtervolging door de Duitsers. Zijn eerste vrouw overleed kort na de oorlog. Met zijn tweede vrouw was hij ruim zes jaar getrouwd. Zij waren bijzonder op elkaar gesteld en beiden verlangden sterk naar kinderen. De man was geheel bereid tot her-operatie om zijn fertiliteit te herstellen maar kans op succes was niet aanwezig aangezien indertijd grote delen van de ductus deferens waren verwijderd. Hoewel de man niet meer tot de jongsten behoorde (midden vijftiger) was in dit geval alles vóór een KID te zeggen. Tot grote vreugde van beiden werd hun kinderwens na enkele inseminaties vervuld.

Ad 6: Deze groep betreft *ongehuwde*

vrouwen die per KID moeder willen worden. Indertijd werd KID in deze gevallen absoluut geweigerd, onder andere omdat het kind door het ongehuwde moederschap onder extra moeilijkheden zou opgroeien, maar de betreffende sociale normen van vroeger zijn gaandeweg wel veranderd. Verder zal uit de volgende voorbeelden blijken dat ongehuwden – psychosociaal gezien – een zeer heterogene groep vormen; hun kinderwens kan op zeer verschillende motieven berusten.

Een ongehuwde kan aan KID denken wanneer zij op latere leeftijd nog geen partner heeft gevonden. Maar wie zal zeggen wanneer zij te oud is om de 'ware Jozef' te ontmoeten? Een ieder kent wel een geval waarbij de vrouw zelfs pas op haar 37e jaar haar man leerde kennen, trouwde op haar 38e, twee kinderen kreeg en op haar 40e om de pil vroeg.

Indien een vrouw een kind wil hebben persé zonder partner kan dit er op berusten dat de rol van de man opzettelijk wordt ontkend, Bijvoorbeeld uit een neurotische onvrede met het eigen vrouw-zijn. Een KID lijkt mij dan gecontraïndiceerd.

Een andere casus: een academica van ongeveer 35 jaar had al lange tijd een goede relatie met een steriele man die officieel nog met een andere vrouw was getrouwd. Het kind zou volgens haar verhaal opgroeien in een prettig gezin en een eigen vader hebben. Een werkelijke contraïndicatie ontbrak. De vrouw informeerde tenslotte echter nadrukkelijk wat ik er van vond, als bewijs van haar eigen twijfel. Een half jaar later was de twijfel nog steeds aanwezig. Ook hier is het dus niet tot KID gekomen, ook al zou bij iets andere omstandigheden (man en vrouw sterk geporteerd voor kinderen) de KID misschien wel geïndiceerd kunnen zijn, ondanks het niet-officiële karakter van de relatie.

Zeer veel aandacht is door publiciteitsmedia besteed aan KID bij lesbiennes. Met enkele opmerkingen zal worden volstaan. Een combinatie van twee lesbische vrouwen wordt door sommigen op één lijn gesteld met een gewoon huwelijk, met name wanneer zij een goede en langdurige relatie hebben opgebouwd. Dit houdt echter nog niet in dat dus KID ook op zijn plaats is, indien dit wordt gewenst. Het kind zal het in deze gevallen ipse facto zonder vaderfiguur moeten stellen. De

samenstelling van het gezin (twee moeders; geen vader) zal het kind later ervaren als incompleet, vreemd en onbegrijpelijk, met name wanneer het als kleuter in contact komt met speelkameraadjes. In tegenstelling met een adoptie is het op die leeftijd nauwelijks mogelijk de kleine in voor hem begrijpelijke termen uiteen te zetten waarom het in zijn huis anders is dan elders. Zelfs indien de moeder over excellente pedagogische talenten beschikt zal zij een ernstig psychotrauma bij het kind niet kunnen voorkómen. De kleuter zal zich in zijn uitzonderingspositie weinig 'happy' voelen en zich zelfs niet zelden ervoor generen. Verder zou het niet zelden gebeuren dat een vrouw langere tijd een homoseksuele verhouding aangaat uit 'dépit', na een ernstige teleurstelling in een heteroseksuele relatie.

Het advies van een deskundig seksuoloog lijkt mij bij lesbiennes vrijwel steeds onontbeerlijk. Ook bij een meer positief advies van de seksuoloog moet de arts die de KID verricht zich er wel van bewust zijn dat hij – om de moeder te helpen – het kind belast met een enorme emotionele en sociale problematiek, zeker na zijn derde of vierde levensjaar.

Indicatie 6 samenvattend: Volgens mij mogen ongehuwden niet meer principieel worden afgewezen: zie het voorbeeld van de academica. De beoordeling in deze zeer heterogene groep moet per geval geschieden, waarbij de te verwachten emotionele en sociale moeilijkheden voor het kind zwaar meetellen. Voor KID bij lesbiennes ben ik uiterst huiverig, althans bij de huidige sociale normen. In de medische literatuur wordt het probleem van KID bij ongehuwden nauwelijks vermeld. De aanvragen zullen zeker toenemen, zodat een bespreking op zijn plaats leek.

Voorbereiding

Aan iedere KID gaat vooraf een somatisch onderzoek (vruchtbaarheid van de vrouw) en – niet te vergeten – een psychische selectie van het echtpaar, waarbij het vooral gaat om twee vragen:

- willen beiden graag kinderen?
- is er een goede huwelijksband?

Wat betreft de hierbij te volgen *gesprekstechniek* zijn de volgende

punten van belang gebleken:

Punt 1: KID niet onmiddellijk bespreken, althans indien het echtpaar voor het eerst komt. Men informeert eerst naar hetgeen de arts hun heeft verteld omtrent het steriliteitsonderzoek van de man. Zo krijgt men enig idee of zij het psychotrauma van de steriliteit hebben verwerkt.

Punt 2: Pas later stelt men de KID aan de orde, met: 'Hoe kwam U er toe over inseminatie te gaan denken?'

Deze vraag is met opzet zo vaag gesteld. Uit het antwoord blijkt dan of er nog problemen zijn (en zo ja, welke?) en bovendien of de mensen goed gemotiveerd zijn.

Let verder vooral op onbewuste, onwillekeurige signalen van het echtpaar, zoals het stille spel (dus de houding van degenen die niet aan het woord is; punt 3) en losse opmerkingen (punt 4); een voorbeeld hiervan volgt.

Punt 5: De houding van de man in een gesprek met hem alleen kom ik dikwijls het best te weten door zo langs mijn neus weg te zeggen: 'U doet dit zeker voor Uw vrouw?' Ik hoop dan als antwoord te krijgen: 'Nee dokter. Voor ons alle twee. We hebben altijd beiden sterk naar kinderen verlangd.' Het is dus eigenlijk een strikvraag, maar wel een uitstekende manier om de man uit zijn tent te lokken.

Voorbeeld: Het waren alleraardigste mensen, die werkelijk als één stel de spreekkamer binnen kwamen. Uit dit stille spel (punt 3) bleek dus onmiddellijk dat zij het bijzonder goed met elkaar konden vinden; verdere problemen werden dan ook niet verwacht. Op mijn vraag (sub 2): 'Hoe kwam U er toe over KID te denken?' antwoordde de man echter: 'Wel dokter, kinderen horen er nu eenmaal bij.' De vrouw gooide daar als losse opmerking tussen in (punt 4): 'Ja, dat zeggen ze tenminste.' Kinderen waren dus voor dit echtpaar niet van essentieel belang. Zij hadden deze persoonlijke opvatting pas geuit via de genoemde onbewuste signalen. In een gesprek met ieder apart bleek dat zij er precies hetzelfde over dachten en dat beiden eigenlijk het liefst met zijn tweeën door het leven zouden gaan. Zij waren opgelucht te begrijpen dat KID voor hén dan ook geen zin had. Even later gingen zij, gearmd en wel, de voordeur uit. Een gesprek kan dus ook wel eens nuttig zijn om te weten

of de mensen inderdaad datgene wensen wat zij zégen te wensen.

Enkele technische kwesties

De ovulatie wordt nog steeds voorspeld met temperatuurlijsten, cervixvocht e.d. Er blijft dan voor het bepalen van de meest kansrijke periode een speling over van minstens twee, drie dagen. Men zou tegenwoordig de eisprong op de dag nauwkeurig kunnen voorspellen, namelijk met de LH-top, maar deze methode is te ingewikkeld voor de praktijk.

Techniek en resultaten werden elders reeds beschreven (Swaab; 1974). Kort samengevat: graviditeit trad op bij driekwart van de vrouwen zonder afwijkingen. Binnen drie cycli was ruim de helft van hen in verwachting. Na de negende cyclus hadden de inseminaties nog slechts bij ongeveer 10% succes. Meestal werd eens per cyclus geïnsemineerd.

De enige belangrijke technische vernieuwing in al die jaren is het gebruik van diepgevroren semen. Het is overigens een vrij oude methode, want Sharman beschreef reeds een succes in 1953. In Japan werd de spermabank eerder veelvuldig toegepast dan in de westerse wereld. De zelfstandig werkzame gynaecoloog zal vooral vertrouwen op het meer vruchtbare semen van hem goed bekende donors. Een spermabank biedt voordelen in grote klinieken, omdat geheimhouding gemakkelijker is te bewaren; voorts in enkele speciale gevallen (zie verder Wildschut e.a.; 1976).

Door het wegvallen van de adoptie moet men de KID ook wel eens toepassen onder weinig ideale omstandigheden, zoals bij een bijzonder *irregulaire cyclus*. Men kan dan de inseminaties bijvoorbeeld eens per twee dagen herhalen tot temperatuurstijging optreedt. Een groot aantal KID's is dan meestal nodig, eventueel met behulp van een spermabank.

Zelf prefereer ik de varentest te vervolgen en pas bij optimaal cervixvocht één (of twee) inseminaties te verrichten. Dit wordt zo nodig gecombineerd met het forceren van de eisprong met pregnyl of met het oude middel premarine. In een kritische studie (met controlegevallen) bereikte Foldes (1972) hiermee fraaie resultaten; ook

in enkele van mijn gevallen meen ik het succes aan premarine te kunnen toeschrijven. Eén injectie veroorzaakt meestal een ovulatie binnen een etmaal en verbetert totdan de kwaliteit van het cervixvocht door zijn estrogene activiteit. Tenslotte kan bij volkomen erratische menstruaties een kunstmatige cyclus worden opgebouwd met clomifeen, in de hoop dat deze regelmatiger zal uitvallen dan de spontane cyclus. Zelfs komt tegenwoordig de KID wel eens in aanmerking bij patiënten die eigenlijk steriel zijn, zoals bij secundaire amenorrhoe; diagnostiek en therapie volgen dan de gewone richtlijnen.

Slotopmerking

De voortplanting – een nieuwere naam voor obstetrie en gynaecologie – is een orgaan-afhankelijke, *somatische* functie. Zeker bij de Homo Sapiens echter is de reproductie nauw verbonden met intensieve, individuele emoties (vooral indien de zozeer gewenste kinderen uitblijven) en met sociale normen die in de betreffende mensengroepering gelden. De arts die op dit terrein werkt moet dan ook niet uitsluitend aandacht geven aan somatische-klinisch werk en research; hij dient tevens ernstige levensproblemen te kunnen aanvoelen en in staat te zijn hulpzoekenden te begeleiden naar de voor hén beste oplossing.

Literatuur

Foldes, J. J. (1972) Int. J. Fert. 17; 104.

Mc. Leod, J. en Gold, R.Z. (1952) Fert. a. Ster. 3; 297.

Swaab, L. I. (1972) Ned. T. v. Gen. 116; 2381.

Swaab, L. I. (1974) Ned. T. v. Gen. 118; 493

Wildschut, J. en v. Voorst, C. (1976) Ned. T. v. Gen. 120; 558.

De rol van het Geneeskundig Staatstoezicht bij de tuchtrechtspraak

Bij alle vaagheid die er in brede kring, ook in de kringen van beroepsbeoefenaren, bestaat omtrent taak en functioneren van het Geneeskundig Staatstoezicht, is er alom wel enig idee dat dit Staatstoezicht bemoeienis heeft met de toepassing van het tuchtrecht. Om de rol van het Staatstoezicht in deze te verduidelijken lijkt het mij goed na te gaan waarop die bemoeienis is gebaseerd, op welke wijze die rol door de inspecteurs wordt gespeeld en wat dat in de praktijk voor de inspectie betekent.

Algemene bevoegdheid

De bemoeienis van de inspectie met de beroepsbeoefening is, zoals met de meeste van de taken en bevoegdheden van de inspecteur het geval is, gebaseerd op een algemene bevoegdheid, vastgelegd in de *Gezondheidswet*, en op bijzondere bevoegdheden die nader in specifieke wetgeving zijn geregeld. De primaire taak van de Geneeskundige Inspectie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid is de handhaving van de wettelijke voorschriften op het gebied van de volksgezondheid (art. 36 *Gezondheidswet*). Dat betekent met name het houden van toezicht niet alleen op de staat van de volksgezondheid in ons land – in de oude gezondheidswet staat dat nog zo omschreven – in het bijzonder in de onderscheiden ambtsgebieden van elk der inspecteurs, maar ook op de kwaliteit van de gezondheidszorg, waaronder begrepen de kwaliteit van de beroepsbeoefening. Met betrekking tot de volksgezondheid zijn de inspecteurs bevoegd

door *W. J. Chr. van Gestel*



De auteur, arts, is per 1 juli 1978 benoemd tot Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, als opvolger van R. Drion. Tot vandaag was hij Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid voor Noord-Brabant.

onderzoekingen te verrichten en zij zijn belast met het aanwijzen en het bevorderen van de middelen welke terzake tot verbetering kunnen strekken (art. 37 *Gezondheidswet*). Het lijkt geen twijfel dat op grond van deze algemene bevoegdheid de inspecteur een onderzoek kan instellen naar de wijze van functioneren van beroepsbeoefenaren en de taak heeft op enigerlei wijze op te treden wanneer naar zijn bevinden de kwaliteit van de beroepsbeoefening tekortschiet.

Bijzondere bevoegdheden

Naast de algemene bevoegdheid worden in een aantal specifieke wetten taken en bevoegdheden van de inspecteur vermeld, die hem nader greep geven op de bewaking van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. De *Wet uitoefening der geneeskunst*

geeft bijvoorbeeld de rol aan die de inspecteur speelt bij het viseren van diploma's bij vestiging in zijn ambtsgebied (art. 4) en geeft hem een aantal bevoegdheden om de beroepsbeoefening door vroedvrouwen te controleren (art. 17). Het viseren van diploma's moge dan de schijn hebben in de huidige tijd slechts een formaliteit te zijn, duidelijk bedoelt de wet de garantie te scheppen dat beroepsbeoefenaren die gaan praktiseren daartoe bevoegd zijn. Minder duidelijk stelt de wet, althans ten aanzien van artsen, dat ook de beroepsuitoefening zelf aan toezicht onderworpen is, maar zij indiceert zulks wel.

Inspectie en tuchtwet

Ook de *Medische Tuchtwet* kent de inspecteur een aantal bevoegdheden toe. Vooropgesteld zij, dat de *Medische Tuchtwet* niet zozeer geldt als een rechtstreeks instrument ter bewaking van de kwaliteit van het medisch handelen: het tuchtrecht is bedoeld als een mogelijkheid tot toetsing achteraf van dat handelen; het bepaalt met andere en in enigszins negatieve bewoordingen gesteld de onderste grenzen van dat handelen. Op dat punt sluit de wet logisch aan op hetgeen door de inspecteur op grond van zijn algemene en specifieke bevoegdheden kan worden ondernomen. Hij is bevoegd tot het doen van een onderzoek; de resultaten van zijn onderzoek kunnen vragen naar mogelijkheden om het bevonden medisch handelen op zijn juistheid te toetsen.

De *Medische Tuchtwet* kent de inspecteur in feite de rol toe van openbaar aanklager. Een inspecteur

van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, wie de zaak uit hoofde van de hem vertrouwde belangen aangaat, kan een zaak in eerste aanleg middels een schriftelijke klacht bij het tuchtcollege aanhangig maken (art. 10). Omtrent de indiening van zulke klacht en de behandeling ervan rust op de inspecteur de plicht tot geheimhouding (art. 14, lid 2).

Indien hij het met de uitspraak van het college over een door hem ingediende zaak niet eens is, kan hij in beroep gaan.

Een *bijzondere rol* kent de Medische Tuchtwet de inspecteur toe als het gaat over de behandeling van zaken tegen beroepsbeoefenaren die een gewoonte maken van drankmisbruik of misbruik van verdovende middelen (art. 4a). In zulke gevallen kan het college betrokkene doen onderwerpen aan voorschriften die een ontwenningsskuur regelen. De inspecteur wordt dan belast met het toezicht op de naleving van de gegeven voorschriften.

Naast deze taken van de inspecteur bij incidentele gevallen kent de Medische Tuchtwet hem ook een *algemene rol* toe. Afschrift van alle beslissingen van de tuchtcolleges wordt gezonden aan de hoofdinspecteur en aan de betrokken regionale inspecteur. Deze toezending bedoelt de inspecteur de gelegenheid te geven gebruik te maken van zijn recht tegen die beslissingen in beroep te gaan wanneer hij het met die beslissingen niet eens is, óók als hij in eerste aanleg niet zelf als klager is opgetreden. Bovendien zal hij bij zijn toezichthoudende taak er rekening mee moeten houden dat uitgesproken en onherroepelijk geworden schorsingen en ontzeggingen worden nageleefd. Tenslotte zal de inspecteur bij zijn kwaliteitsbewakende taak in sommige duidelijk aangewezen gevallen rekening dienen te houden met de kennis die hij op grond van hem toegezonden beslissingen heeft omtrent het medisch functioneren van beroepsbeoefenaars. Uiteraard zal hij hierbij de uiterste zorgvuldigheid in acht nemen.

Vermeld dient nog, dat gezien de deskundigheid of de betrokkenheid bij zaken van de inspecteur het tuchtcollege hem om informatie kan vragen of hem kan oproepen als *deskundige of getuige*. In de praktijk blijkt ook dat de inspecteur vaak om advies wordt gevraagd door belanghebbenden die voornemens zijn een klacht in te dienen en ook door

beroepsbeoefenaren tegen wie een klacht is ingediend. In zulke gevallen zal een min of meer uitgebreid onderzoek door de inspectie noodzakelijk zijn om tot een beantwoording van voorgelegde vragen te kunnen geraken.

Klachten langs velerlei wegen

Hoe gaat nu de inspecteur met deze formele bevoegdheden in de praktijk om? Langs velerlei wegen wordt de inspecteur in zijn ambtsgebied met de vraag naar beoordeling van medisch handelen geconfronteerd:

- belanghebbenden (patiënten, familieleden van patiënten, enz.) kunnen zich mondeling of schriftelijk tot de inspecteur wenden met klachten;
- beroepsbeoefenaren, ook verpleegkundigen, besturen of directies van inrichtingen voor gezondheidszorg, ziekenfondsen enz., kunnen de inspectie benaderen met klachten, mededelingen of rapportages;
- langs ambtelijke wegen kan de regionale inspecteur van vragen omtrent medisch handelen in kennis worden gesteld. Klachten, gericht aan hoofdinspectie, departement, bewindslieden, H.M. de Koningin, de ombudsman, kunnen de inspecteur ter behandeling in handen worden gegeven;
- bij ambtelijke onderzoeken kan de inspecteur zelf op zulke vragen stuiten;
- melding van calamiteiten, fouten en ongevallen dient volgens de door de beroepsorganisaties afgesproken procedures bij de inspectie te geschieden;
- Justitie en politie kunnen zich voor nader onderzoek tot de inspecteur richten of hem verzoeken zaken ter behandeling over te nemen.

Werkprocedure

De langs al deze wegen bij de inspecteur ingebrachte problematiek noodzaakt hem in ieder geval tot een *eerste onderzoek*. De resultaten van dat onderzoek, hetwelk overigens zeer diepgaand kan zijn, stellen hem voor de beslissing of en welke maatregelen noodzakelijk zijn, of officiële toetsing van het medisch

handelen geïndiceerd is en welke instantie voor die toetsing aangewezen is.

Allereerst dient gewezen op de omstandigheid dat de beoordeling door de inspecteur of nadere toetsing van het medisch handelen noodzakelijk is, de mogelijkheid inhoudt dat die inspecteur na onderzoek concludeert dat verdere stappen niet nodig zijn. In feite houdt dit een *recht van seponeren* door de inspecteur in. Los van de discussie of die mogelijkheid tot seponeren van een klacht wellicht gevaren zou kunnen inhouden, dient te worden opgemerkt dat belanghebbenden of klagers zich te allen tijde ook rechtstreeks zelf tot de voor toetsing aangewezen instanties kunnen wenden, in het bijzonder ook wanneer zij het met het oordeel van de inspecteur, in casu het sepot, niet eens zijn. Hij zal de klager dan ook steeds dienen te wijzen op de mogelijkheid zelf een klacht in te dienen en hen zo nodig behulpzaam zijn bij het formuleren ervan. Acht de inspecteur *nadere toetsing* van het medisch handelen aangewezen dan staan hiertoe de volgende wegen open:

- melding aan de Officier van Justitie;
- het indienen van een klacht bij het Medisch Tuchtcollege;
- het indienen van een klacht bij de districtsraad van de Maatschappij;
- een procedure bij de civiele rechter;
- ambtshalve afhandeling van de klacht door de inspecteur.

Melding aan de Officier van Justitie dient te geschieden in alle gevallen waar het gaat om strafbare feiten. Bij fouten en ongevallen is dat met name het geval wanneer er mogelijk sprake is van dood of zwaar lichamelijk letsel door schuld. Men moet zich hierbij wel realiseren dat een strafprocedure alléén haalbaar is wanneer een rechtstreeks oorzakelijk verband tussen foutief medisch handelen en dood of letsel bewijsbaar is. Een klacht is op zijn plaats bij het medisch tuchtcollege, wanneer karakterisering van het handelen als strafbaar feit niet mogelijk of bewijsbaar is en het handelen overigens wel als toetsbaar te typeren is op de in art. 1 van de Medische Tuchtwet genoemde gronden, te weten als het vertrouwen in de stand der geneeskundigen (vroedvrouwen,

tandartsen, apothekers) ondermijnend, als nalatigheid waardoor ernstige schade ontstond of als blij gevend van grove onkunde. Het indienen van een klacht bij de districtsraad van de KNMG kan geschieden op grond van het zich door de medicus gedragen in strijd met de waardigheid of de belangen van de geneeskundige stand of het ondermijnen van het vertrouwen in de geneeskundige stand. De klachtgronden komen in wezen sterk overeen met die welke het tuchtrecht kent. Ook de op te leggen maatregelen tonen veel overeenkomst. Om een aantal redenen geven in de praktijk de inspecteurs bij door hen onderkende noodzaak tot toetsing van medisch handelen de voorkeur aan toetsing in het kader van de Medische Tuchtwet. Vooreerst omdat in de Maatschappij-tuchtspraak de mogelijkheid dat de inspecteur ambtshalve als klager optreedt – in tegenstelling tot hetgeen de Medische Tuchtwet daaromtrent bepaalt – niet wordt genoemd. Voorts is de Maatschappij-rechtspraak slechts van toepassing op Maatschappijleden. Het effect van een veroordeling door een intern Maatschappij-college lijkt minder zwaar dan die door een bij wet ingesteld overheidscollege, dit mede omdat de uitspraken van de districtsraad behoudens uitzonderlijke gevallen (art. 628a) niet ter kennis van de inspecteur worden gebracht. Dit bemoeilijkt de kwaliteitsbewakende taak van de inspectie. Veroordelingen door de districtsraad hebben voor de inspecteur geen signalerende functie, zoals die van het tuchtcollege. Voor de inspecteur blijft de conduitestaat van de beroepsbeoefenaar blank. Klachten van ernstige aard behoren overigens ook volgens de reglementen van de Maatschappij-tuchtspraak (art. 635) te worden behandeld volgens de bepalingen van de Medische Tuchtwet. Een procedure bij de civiele rechter kan geïndiceerd zijn in gevallen waarin een belanghebbende aanspraak meent te moeten laten gelden op een vergoeding van schade aangebracht door onjuist medisch handelen. Wanneer de inspecteur op grond van de bevindingen uit zijn onderzoek tot haalbaarheid van zulk een claim concludeert, zal hij het goed recht van de belanghebbende in deze mede dienen te bevorderen. Voor de inspecteur is een schadeclaim evenwel

een zaak die los gezien moet worden van eventuele straf- of tuchtrechtelijke procedures. Vaak gebeurt het echter dat een belanghebbende zijn civiele zaak gaarne ondersteund wil zien door een uitspraak van de straf- of tuchtrechter. Dat kan dan aanleiding geven tot juridisch moeilijke verwikkelingen. Ambtshalve afhandeling van een zaak door de inspecteur is in de praktijk vaak een oplossing voor die gevallen waarin bij onderzoek het feit niet ernstig genoeg blijkt om te worden onderworpen aan toetsing door bovengenoemde instanties, maar waarbij toch in het belang van de bewaking van de kwaliteit van het medisch handelen op geconstateerde tekortkomingen dient te worden gewezen. In zulke gevallen zal de inspecteur de betrokken beroepsbeoefenaar, vooral met het oog op de preventie, mondeling of schriftelijk van zijn visie in kennis stellen.

Inspecteur als klager: uitzondering

Wanneer we de gegevens over behandelde tuchtzaken uit de laatste jaren bezien, moeten we vaststellen dat de inspecteurs van hun bevoegdheid om zelf als klager bij het tuchtcollege op te treden blijkbaar weinig gebruik plegen te maken. Het jaarverslag van de Geneeskundig Hoofdinspecteur vermeldt in 1974 op

154 beslissingen van de vijf colleges voor medisch tuchtrecht in eerste aanleg slechts 4 klachten door een Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid aangebracht; voor 1975 zijn dit 7 klachten op 272 beslissingen. In 1976 kwamen 8 klachten van inspecteurs op 265 beslissingen. Dat de inspecteur zo zelden zelf als klager optreedt, vindt zijn grond niet in het feit dat het medisch tuchtrecht voor hem als kwaliteitsbewaker zo weinig betekenis zou hebben of dat zo weinig klachten hem zouden bereiken. Het tegendeel is het geval. In 1975 bereikten de regionale inspecteurs circa 450 klachten, tegen 272 klachten de tuchtcolleges. Uit het jaarverslag 1975 van de Geneeskundig Hoofdinspecteur blijkt dat ongeveer 50% van de klachten die bij de regionale inspecteurs worden gedeponeerd als gegrond kunnen worden beschouwd. Een belangrijk deel daarvan – cijfers hieromtrent ontbreken – vindt op advies van de inspecteur zijn weg naar het tuchtcollege. De situaties waarin de inspecteur de klacht overneemt om zelf als klager bij het tuchtcollege op te treden blijken zeldzamer. Reden daartoe kan zijn dat een belanghebbende in een zaak waarin naar het oordeel van de inspecteur een klacht bij het tuchtcollege op zijn plaats zou zijn, niet bereid is, ook niet wanneer de inspecteur hem met de formulering ervan behulpzaam is, de klacht in te dienen. Reden kan ook

Inschrijven voor het Ledencongres in Arnhem

In Medisch Contact nr. 25 van 23 juni jl. is veel aandacht besteed aan het aanstaande Ledencongres van de KNMG dat op 4, 5 en 6 oktober aanstaande wordt gehouden in Arnhem. Het complete programma van het recreatieve en het wetenschappelijk gedeelte, dat laatste gewijd aan het thema 'De adolescent in de geneeskunde', werd daarbij afgedrukt. Ook het inschrijfformulier treft u in dat MC-nummer aan. U gelieve dat tijdig in te sturen, vóór 1 september aanstaande.



Foto-wedstrijd

Vergeet ook niet foto's in te zenden voor de fotowedstrijd die wordt gehouden ter gelegenheid van dit 30ste Ledencongres. Informatie daarover wordt eveneens geboden in MC nr. 25 van 23 juni jl. Inzendingen worden vóór 1 september aanstaande tegemoet gezien door collega A. Jongerius, Van Borsseleweg 5, Oosterbeek (tel. 085-33 45 34)

zijn dat het algemeen belang indiening van de klacht door het Staatstoezicht vordert. Daarnaast kunnen zich situaties voordoen dat het moeilijk of onmogelijk is een belanghebbende voor de indiening van een klacht te vinden. In al zulke situaties dient de inspecteur als klager op te treden.

Belanghebbende als klager: regel

Dwingende noodzaak dat de inspecteur als klager optreedt is slechts in zeer weinig gevallen aanwezig. Het principe dat een belanghebbende bij voorkeur zelf de klacht indient past in een door de regionale inspecteurs doelbewust gevolgd beleid. Het is in het belang van patiënt dat deze zelf als klager optreedt, ofwel omdat hij dan de uitspraak van het tuchtcollege te weten komt, ofwel omdat hij via de processtukken zaken te weten kan komen die hem anders worden

onthouden; bovendien moet hij veelal toch nog als getuige worden gehoord als de inspecteur de klacht indient. Indien patiënt zelf als klager optreedt, kan hij zijn klacht zelf adstrueren. Bijkomend voordeel van dit beleid is voor de inspecteur, dat hem de enorme werkbelasting bespaard blijft die op hem zou komen te rusten wanneer hij in een groot aantal van de bij hem ingediende en door hem gegrond bevonden klachten als klager bij het tuchtcollege zou optreden.

Inspecteur als begeleider

Dat als regel de belanghebbende bij het tuchtcollege als klager optreedt en de inspecteur slechts bij uitzondering, neemt niet weg dat ook bij vele door belanghebbende ingediende klachten de inspecteur tevoren wordt geraadpleegd. Vaak vervult de inspectie daardoor een *zeeffunctie* en treedt de inspecteur op als begeleider.

Hij adviseert de potentiële klager omtrent de opportuniteit en haalbaarheid van zijn klacht en hij zal wanneer hij een klacht gerechtvaardigd acht de klager bij de formulering ervan begeleiden. In die functie zal hij, tegen de achtergrond van zijn kwaliteitsbewakende taak, trachten objectief de belangen van de klager te behartigen maar óók die van de beroepsbeoefenaar over wie wordt geklaagd. De zeeffunctie heeft bovendien tot effect dat de tuchtcolleges minder met ongegronde klachten worden belast.

Gezien in het licht van het hierboven geschetste is de conclusie gerechtvaardigd dat de medische tuchtrechtspraak voor de inspecteur als kwaliteitsbewaker een belangrijke en onmisbare rol speelt en daarnaast ook dat de inspecteur voor de rechtsprekende organen een kanaliserende functie vervult.

TUCHTPERIKELEN

Niet voor de wolven

Of je een klap op je hoofd krijgt. Met de post krijg je een briefje waarin staat dat de heer X een klacht tegen je heeft ingediend bij het Medisch Tuchtcollege. Dan de schrik: heb ik een fout gemaakt? Je gaat de betreffende status opzoeken (in dit geval van ruim zes maanden geleden). Geleidelijk aan zie je de patiënt weer voor je en je denkt: hij heeft geen been om op te staan.

De casus: straatongeval, commotio cerebri, na acht dagen gemobiliseerd en ontslagen.

De klacht: uit de klacht blijkt, dat neurologisch onderzoek wegens post-commotionele klachten enkele maanden na het ongeval aantoonde dat er sprake is geweest van een contusio cerebri.

Tussen klacht en behandeling door het tuchtcollege verloopt een jaar. Al die tijd blijf je erover denken, het is steeds weer onderwerp van gesprek met andere collega's: 'Wat zou jij in zo'n geval hebben gedaan?'

De zitting: ik had beslist niet het gevoel dat ik voor de wolven werd gegooid. Het was een rustgevende ervaring te maken te hebben met deskundigen, die de klacht tot op de bodem uitzoeken. Je spreekt met mensen die de praktijk kennen en tot oordelen bevoegd zijn. Dat geeft vertrouwen. In eerste aanleg werd de klacht afgewezen. In hoger beroep eveneens, met de aantekening dat inschakeling van de neuroloog bij de opname van patiënten met een mogelijk schedeltrauma – bij deze patiënt niet gebeurd, omdat er geen medische indicatie voor leek te bestaan – wellicht in het vervolg wat meer zou kunnen gebeuren.

Restgevoelens: geleidelijk aan ga je er wat afstandelijker tegenover staan, al vergeet je het nooit. Achteraf denk je dat het beter zou zijn geweest als je (nog) meer contact met de familie van de patiënt had gehad; misschien had je daardoor een proces kunnen voorkomen.

Gevolgen: wij betrekken nu de neuroloog bij de behandeling indien er enig vermoeden bestaat van een schedeltrauma, maar eigenlijk meer om onszelf te dekken tegen eventuele klachten dan op zuivere medische indicatie. Blijft – bij mij – de vraag of dit een gunstige ontwikkeling is, mede met het oog op de langduriger behandeling en de kosten die daar het gevolg van zijn. Ik heb geen repercussies ervaren onder mijn patiënten. Bekendheid met de tuchtzaak blijft beperkt tot belanghebbenden, zoals de directeur van het ziekenhuis, verpleegkundigen en de mensen waarmee ik erover heb gesproken.

Een specialist

Persoonlijke ervaringen
van artsen
met het medisch tuchtrecht

medisch contact

Nr. 26 – 30 juni 1978



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST'

Lomanlaan 103, Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen). Postgironummer 58083; AMRO-banknummer 45 64 48 969.

Dagelijks Bestuur

Ch. J. Maats, voorzitter, H. Hoencamp, ondervoorzitter, Dr. E. J. C. Lubbers, E. Iwema Bakker, N. A. Meursing, leden; J. W. Jacobze (voorzitter LHV), Z. S. Stadt (voorzitter LAD) en Dr. A. Kastelein (ondervoorzitter LSV), adviserende leden.

Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

De Afdeling Ledenbemiddeling (waaronder Het Bureau voor Waarneming en Vestiging), De Afdeling Comptabiliteit, Het Ledenregister, De Afdeling Buitenland, De Permanente Commissie Doktersassistenten, De Commissie Geneeskundige Verklaringen.

Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. J. de Graaf, informatrice.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mw. G. A. C. Enzerink, secretaresse.

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

Dr. D. Wolvius, secretaris; Mw. G. G. A. Brunger, chef de bureau.

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. Swenker, secretaris; bureautijden van 8.30-12.30 uur, Mw. A. van Zwol.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

J. I. van der Leeuw, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC) College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

Mevr. Mr. H. A. van Andel, secretaris.

Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

Drs. S. Duursma, directeur; J. van Elzelingen Skabo-Brun, onderdirecteur; Mw. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.

Stichting Beroepspensioenfonds Artsen (SBA)

J. M. G. Hoes, directeur; Mw. Mr. H. van Bortel, directiesecretaris.
Telefoon 030-887021 en 885411.



van het centraal bestuur

Mededelingen n.a.v. CB-vergaderingen dd. 31 maart en 13 april 1978

Mededelingen naar aanleiding van de vergaderingen van het centraal bestuur der LAD, gehouden op 31 maart en 13 april 1978 in de Domus Medica te Utrecht.

1. Rechtsbijstand aan leden

Tot op heden bestaat het gebruik dat de juristen van het bureau der LAD kostenlos rechtsbijstand en adviezen over het dienstverband van artsen geven aan alle belanghebbenden. De indruk is aanwezig dat ook een groot aantal niet-LAD leden van deze serviceverlening gebruik maken. Er zal nu naar worden gestreefd dat de KNMG/LAD-leden altijd voorrang krijgen; niet-leden kunnen een beroep op het bureau doen, indien de kwestie eenvoudig is en weinig tijd en energie vergt. Een definitief beleid ter zake zal worden gekozen zodra een statistisch onderzoek hierover zal zijn afgerond.

2. Lagere salarisinschaling voor universitaire assistenten

Het centraal bestuur is verontrust over het invoeren van lagere salarisschalen voor assistenten in de universitaire en academische ziekenhuizen. Hiermede wordt vooruitgelopen op de plannen in de zogenaamde Slanke Lijn-Nota, waarover in het COPWO nog geen beslissing is gevallen. Het centraal bestuur zal deze kwestie bespreken met de CHA, die in het COPWO is vertegenwoordigd.

3. Afscheid Drs. Reedijk

De secretaris van de CHA, Drs. Reedijk, neemt 24 mei afscheid wegens het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Het centraal bestuur dankt de heer Reedijk voor alle activiteiten die hij in het belang van de CHA en de LAD heeft verricht.

4. Onafhankelijkheid van de arts in dienstverband

In Metamedica nr. 11 van november 1977 staan enige interessante artikelen, gewijd aan de onafhankelijkheid van de arts in dienstverband. Hieraan heeft het centraal bestuur een speciale discussie gewijd. Het centraal bestuur blijft van mening dat de onafhankelijkheid (de vrijheid van medisch handelen in dienstverband) zo zorgvuldig mogelijk in een contract moet worden geregeld.

5. Dubbellidmaatschap huisartsen in dienstverband

Het centraal bestuur gaat akkoord met de plannen om een dubbellidmaatschap voor huisartsen in volledig dienstverband in te voeren. Dit betekent, dat deze groep onder bepaalde voorwaarden ook lid kan worden van de LHV. De LHV zal de functionele belangen gaan behartigen. De LAD beperkt zich in deze opzet tot de rechtspositionele belangen. Omdat beide belangen interfereren, wordt een gemeenschappelijke LHV/LAD-commissie in het leven geroepen.



Personalia

Nieuwe leden

W. C. M. Tielemans, Kwendelhof 215, Tilburg.
H. D. Tjeenk Willink, Jhr. N. v. Rosenthalweg 44, Oosterbeek.
W. F. R. M. v.d. Valk, Brederhorst 34, Ede.
F. Vermeer, Pelikaanhof 162 E, Leiden.
W. D. van Weelden, Waalbandijk 64, Gameren.
F. A. J. M. van den Wildenberg, A. Picardiekanaal 2 A, Coevorden.
P. V. Winters, Jubileumstraat 23, Sittard.
A. J. Wijnmaalen, Wasstraat 29, Leiden.
F. P. IJff, C. Beersmansstraat 84 A, Rotterdam.

Adspirant leden

P. G. J. van Aubel, Brandsmastraat 3, Gouda.
R. M. Backus, Toon Verheystraat 81, Schiedam.
W. Bosma, Hollenstraat 1, Deventer.
P. G. B. van Delden, Burg. Cramergracht 91, Amsterdam.
J. P. Eusman, Kanaalstraat 133 II, Amsterdam.
F. J. M. Feron, Meijhorst 1719, Nijmegen.
N. A. M. Graave, Weezenhof 43-47, Nijmegen.
R. F. F. van der Haagen, Duizenddraadsteeg 3, Leiden.
W. A. van Heel, Nieuwe Rijn 70, Leiden.
W. M. M. Huige, Narmstraat 37, Leiden.
W. H. Jansen, Uilenstede 445-6, Amstelveen.
D. F. Louman, Hoofdweg 39, Amsterdam.
A. A. van der Male, Duyvesteynstraat 5, Rotterdam.
Mw. H. A. van der Most, Henry Dunantlaan 293, Apeldoorn.
Mw. J. R. Nethe, v. Nijenrodeweg 526, Amsterdam.
J. G. Nijhuis, Nieuwstraat 9, Eibergen.
F. G. M. Pessers, Weezenhof 20-71, Nijmegen.
Mw. J. P. Pfeifer, v. Sijsenstraat 13 A, Groningen.
Mw. F. E. Probst-v. Zuylén, Potterlaan 1, Huis ter Heide.
Mw. T. Quak-Boterman, Kolkrijst 75, Hoogland.
C. J. Rodenburg, Hoge Der A 8, Groningen.
A. F. J. Savenije, Grote Rozenstraat 54, Groningen.
R. V. J. M. Scholman, Patmosdreef 68, Utrecht.
Mw. I. Tjondrohandoyo, Uilenstede 242-1684, Amstelveen.
J. Veenboer, Dorus Rijkershof 9 II, Amsterdam.
R. van Wermeskerken, Herengracht 80 A, Leiden.
A. Zijdeveld, Dahliastrat 60, Noordwijk.

Overleden

J. H. Bulthuis, Haven Zuidzijde 8, Goedereede.
Mw. D. M. van der Bijl-van Ewijk, Langestraat 12, 's Gravendeel.
Prof. Dr. A. C. Drogendijk, Keizer Karelweg 307, Amstelveen.
C. Fransen, Marthalaan 150, Rotterdam-Hoogvliet.
H. Gehéniau, A 103, Vessem.
Prof. Dr. L. van der Horst, Apollolaan 166, Amsterdam.
Mw. M. H. W. de Jong-Harff, Weisinkhoekweg 33, Boekelo.
W. C. Pleyte, Acacialaan 51, Groningen.
J. I. Rinkes, 't Hou 14, Langezwaag.
N. J. Rijk, Oude Kerkstraat 2, Aardenburg.
C. A. de Vries, Pier Panderstraat 32, Drachten.
C. Wiedemeyer, Dorpsweg 156, Hattem.
B. J. IJff, Stadhouderslaan 68, Soestdijk.