

zoek zou inmiddels zijn gebleken, dat cyclofosfamide werkzaam is bij de behandeling van frequente recidieven van het nefrotisch syndroom.

*Literatuur:* ABRAMOWICZ, G. C. ARNEIL, H. L. BARNETT, B. A. BARRON, C. M. EDELMANN JR., G. GORDILLO-P., I. GREIFER, N. HALLMAN, O. KOBAYASHI en H. A. TIDDENS (1970) *Lancet* I, 959.

R. J. J. LIPPENS

#### *Seksuologie*

**Katamnestiche onderzoeken bij geopereerde transseksisten.** — Onder transseksuelen — wij spreken in Nederland liever van transseksisten — verstaat men personen die genetisch van mannelijk of vrouwelijk geslacht zijn, normale voortplantingsorganen bezitten en — voorzover men het met de tegenwoordige diagnostische methoden beoordelen kan — ook alle andere somatische kenmerken van het eigen geslacht hebben, maar die desondanks hardnekkig overtuigd zijn tot de andere sekse te behoren. Om het in de woorden van een typische transseksist uit te drukken: zij menen „een verkeerde ziel in het verkeerde lichaam” te hebben.

Er bestaat een sterke aversie tegen de eigen primaire en secundaire geslachtskenmerken. Op grond van dit alles streven zij ernaar, tot lid van de andere sekse te worden „getransformeerd”. Hun op de voorgrond tredende wens daarbij is minder seksueel gericht dan sociaal en legaal. Zij trachten hun doel te bereiken langs de weg van lichamelijke correcties in de vorm van hormonale en plastische chirurgie.

Lange tijd zijn de transseksisten op ethisch weinig te waarderen wijze door de medici behandeld, of liever niet behandeld, en moesten deze ernstig gestoorde persoonlijkheden over de hele wereld zwerven om ergens hulp te vinden, hulp die vaak op een professioneel te laag niveau gegeven werd. De emotionele afwijzing van de individuele artsen speelde daarbij een hoofdrol.

In 1965 is hierin verandering gekomen toen men in het Johns Hopkins Hospital in Baltimore een „Gender Identity Committee” instelde, waarvan een endocrinoloog, een gynaecoloog, een uroloog, twee specialisten voor plastische chirurgie, twee psychologen en drie psychiaters deel uitmaakten (MONEY en EHRHARDT 1970). Alle leden van het comité hadden reeds diagnostische en therapeutische ervaringen met transseksuelen en waren in het bijzonder met de sociale problematiek vertrouwd.

Er werd een zeer strenge selectie van patiënten toegepast op grond van de volgende eisen:

1. de patiënt moest minstens 21 jaar oud zijn, zodat juridische complicaties in verband met minderjarigheid uitgesloten waren;
2. de kandidaat moest Amerikaans burger zijn;
3. hij moest in de buurt van het ziekenhuis wonen en zich bereid verklaren, aan jarenlange katamnestiche onderzoeken deel te nemen;
4. hij moest in relatie staan met een familielid of vriend die hem, voorzover nodig, emotioneel en moreel kon ondersteunen;
5. iedere patiënt moest bewijzen ongehuwd of wettelijk gescheiden te zijn;
6. hij moest een bewijs van goed gedrag kunnen overleggen (daarbij telden bestraffingen wegens transvestitisme niet mee, omdat er in 75% van de gevallen van transseksisme uitgesproken transvestitische neigingen bestaan);
7. de patiënt moest minstens één tot twee jaar vóór de chirurgische ingreep in de door hem of haar gewenste nieuwe geslachtelijke rol hebben geleefd en zichzelf hebben kunnen onderhouden. In die tijd werd een hormoontherapie toege-

past. (Deze eis wordt gesteld, opdat de patiënt vóór de definitieve operatie zijn nieuwe rol aan de realiteit kan toetsen.);

8. Vanzelfsprekend werden psychotische patiënten uitgesloten.

Hoe groot het aantal transseksisten is, blijkt wel uit het feit dat tussen 1965 en juni 1969 — dus in de loop van minder dan vier jaar — meer dan 1000 aanvragen tot chirurgische transformatie het centrum hebben bereikt.

Op het congres van de Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, dat in juni 1969 in Berlijn werd gehouden, hebben de auteurs verslag uitgebracht over hun ervaringen. Bij 17 mannelijke en 7 vrouwelijke geopereerde transseksisten werd nagegaan of hun psychische en sociale situatie na de operatie veranderd is. Daarbij werden vijf criteria gehanteerd, waarvan vier objectieve: 1. kwam er een duurzame partnerrelatie tot stand? 2. werd succes bereikt in het beroep? 3. waren er conflicten met de justitie? 4. bestond er een noodzaak tot psychiatrische behandeling? 5. hoe is de subjectieve waardering van de ingreep?

In de meerderheid van de gevallen kon een duidelijke verbetering van de psychische en de sociale situatie van de patiënt na de transformatie worden vastgesteld.

*Literatuur:* MONEY, J. en A. EHRHARDT (1970) Transsexuelle nach Geschlechtswechsel. Erfahrungen und Befunde am Johns Hopkins Hospital. In: Tendenzen der Sexualforschung 1970. *Beitr. Sexualforsch.* 49.

C. VAN EMDE BOAS

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### ADRESWIJZIGING

#### NATIONAAL INFLUENZA CENTRUM VAN DE WHO

In overleg met de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de Directeur-Generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie te Genève, is ingaande 1 mei 1971 het Nationaal Influenza Centrum van de WHO, tot nu toe gevestigd in het Academisch Ziekenhuis, Afdeling Klinische Respiratoire Virologie, te Leiden, verplaatst naar de Medische Faculteit Rotterdam, Afdeling Virologie, te Rotterdam.

Het nieuwe adres is: Afdeling Virologie, Medische Faculteit Rotterdam, Dr. Molewaterplein 50, Rotterdam (Postbus 1738); tel. 010-361000.

Rotterdam, mei 1971

N. MASUREL

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

### BEROEPSGEHEIM EN CONFLICTOLOGIE

Het is mijn indruk dat collega SCHUURMANS STEKHOVEN (1971) zich opwerpt als verdediger van (pseudo-) geloofs- en gewetensvrijheid van (gelukkig) kleine groepen uit ons volk, die duidelijk afwijkende ethische normen aanleggen.

Als arts worden wij geregeld geconfronteerd met lichamelijke afwijkende kinderen, die wij met veel moeite (lees: vele en langdurige operaties in teamverband) een zo acceptabel mogelijk leven trachten te geven. Ik doel nu o.a. op spina-bifida-patiëntjes met een lange neurochirurgische, orthopedische, urologische en verpleegkundige lijdensweg.

Is het dan niet vanzelfsprekend dat wij de levenskansen van in principe gezonde kinderen, zoals bv. kinderen vóór mishandeling en na herstel van de opgelopen letsels, zo

groot mogelijk willen maken? En is het niet even vanzelfsprekend dat wij, bekend met de uitstekende resultaten van wisseltransfusies, het levensbelang van rhesus-babies hoger aanslaan dan de „ethische” normen van de ouders?

Zijn het bovendien niet juist deze ouders (Staphorster gemeenschap en Jehova's getuigen) die zich schuldig maken aan nalatigheid, welke ernstige invaliditeit of de dood tot gevolg kan hebben? Ik zou zelfs willen stellen dat wij zulke ouders moeten beschermen tegen de verschrikkelijke gevolgen van bovengenoemde nalatigheid, bekend als wij zijn met deze gevolgen.

Wat betreft de ondermijning van het vertrouwen in de medische stand, het volgende: Als wij, door een kind uit een kleine, zich door afwijkende normen onderscheidende groep voor ernstige invaliditeit of dood te behoeden, het vertrouwen in onze medische stand bij deze groep ondermijnen, dan is dit m.i. een aanvaardbaar risico. Ik ben er bovendien van overtuigd, dat door zo te handelen, het vertrouwen in ons bij niet tot deze groep(en) behorende patiënten niet ondermijnd, doch eerder versterkt wordt.

Hands on!

*Literatuur:* SCHUURMANS STEKHOVEN, W. (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 678.

Abcoude, 12 april 1971

R. M. GROENTEMAN

Collega SCHUURMANS STEKHOVEN (1971) beziet vanuit zijn ivoren toren in Knegsel met afgrijzen de „voorstanders van beroepsgeheimschending”. „Hands off”, roept hij uit; „wat deze voorstanders willen is strijdig met de beginselen van het algemene recht, met het artsrecht, met de medische ethiek en volstrekt onverenigbaar met het vertrouwen in de stand der geneeskundigen.”

Hij beroept zich op het belang dat ons volk door alle eeuwen heen aan geloofs- en gewetensvrijheid heeft gehecht, om zonder blikken of blozen een pasgeborene, lijdend aan morbus haemolyticus neonatorum, over te leveren aan kernicterus met ernstige handicap voor het latere leven of de dood. Waar is, collega SCHUURMANS STEKHOVEN, het recht op leven van dit onmondige kind?

In 1971 is voor een pasgeborene met een ernstige vorm van bloedgroepantagonisme slechts één methode van afdoende behandeling bekend: de wisseltransfusie. Wanneer ouders uit onwetendheid of op grond van hun godsdienstige overtuiging zich tegen deze behandeling verzetten, veroordelen zij daarmee hun kind tot de dood of tot levenslange lichamelijke en geestelijke achterstand in ontwikkeling (kernicterus).

De kinderarts die een dergelijk kind tijdig onder behandeling krijgt en geen wisseltransfusie toedient, pleegt een ernstig medisch verzuim. Terecht kan hij hiervoor ter verantwoording worden geroepen.

De weigering van de ouders, hun kind doeltreffend te laten behandelen, kan voor hem geen excuus zijn: noch voor zijn collega's, noch voor het kind zelf. Vanzelfsprekend zal hij trachten de ouders te overtuigen. Wanneer hem dit niet gelukt, is hij m.i. verplicht, een kinderbeschermende maatregel te vragen: hier dreigt een onmondig medemens te worden opgeofferd aan de overtuiging van zijn ouders.

Als de behandelend arts *niet* zou ingrijpen ondermijnt hij het vertrouwen in de medische stand — in tegenstelling tot hetgeen collega SCHUURMANS STEKHOVEN betoogt. Overigens dient opgemerkt, dat dit gezin — zoals ook bij vele gevallen van kindermishandeling — in nood verkeert. De ouders worden geestelijk heen en weer geslingerd tussen hun over-

tuiging en de liefde tot hun kind. Ook onderling zijn zij het lang niet altijd eens. Een kinderbeschermende maatregel betekent in feite een opheffen van de conflictsituatie: zij zijn hun overtuiging niet ontrouw geworden; desalniettemin is hun kind gered. Onze ervaring is, dat de ouders vaak dankbaar zijn voor deze „escape”.

Helaas beschikt collega SCHUURMANS STEKHOVEN ook over onvoldoende feitenkennis wanneer hij stelt, dat „opbellen van de officier van justitie niet zo maar gaat en dat ze heus niet bij nacht, ontij en weekend klaar staan”. Onze ervaring in Rotterdam is een totaal andere: een medisch gemotiveerd beroep op de officier van justitie werd steeds snel en doeltreffend gehonoreerd met een tijdelijke toevertrouwing aan de Raad voor de Kinderbescherming.

„Het „hands off” van collega SCHUURMANS STEKHOVEN dient dan ook m.i. te worden gehanteerd voor een verstarde opvatting van het medisch beroepsgeheim, welke in het onderhavige geval in letterlijke zin tot de dood of levenslange invaliditeit kan leiden.

*Literatuur:* SCHUURMANS STEKHOVEN, W. (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 678.

Rotterdam, 12 april 1971

J. J. PIETERSE

Oppositie tegen mijn beroepsgeheim-conflictologische beschouwingen had ik verwacht; sterker: wilde ik gaarne uitlokken.

Waar het mij uitsluitend om te doen was, was medisch-juridische voorlichting te geven met betrekking tot wat volgens Nederlands recht geoorloofd en ongeoorloofd is. En dan herhaal ik: er bestaat volgens Nederlands recht geen wettelijke reddingsplicht (buiten het beschreven geval voorzien in art. 450 wetboek van strafrecht), geen recht tot „ingrijpen” zonder toestemming van patiënt en ouders. Dat is de strafrechtelijke kant. Vooralsnog neem ik niet aan, dat de Hoge Raad bij beroepsgeheimschending een persoonlijke strafuitsluitings- of ethische rechtvaardigingsgrond zal aanvaarden. Natuurlijk is elke arts vrij in een dergelijk geval het risico van een veroordeling (misdrijf bedoeld in art. 272 wetboek van strafrecht) te aanvaarden uit ethische overwegingen, waarvoor ik respect heb.

GROENTEMAN aanvaardt — tuchtrechtelijk gezien — het vertrouwensondermijningsrisico en PIETERSE (die het wettelijk en tuchtrechtelijk niet construeerbare „plichtverzuimrisico” wil vermijden) eigenlijk ook. Ook tuchtrechtelijk heeft de Hoge Raad het laatste woord als in een principiële „test-case” het tuchtcollege maar een (kleine) boete oplegt. Een principiële uitspraak ware wenselijk.

Ik ben niet overtuigd, dat ons volk als geheel bereid zal zijn in deze en dergelijke gevallen een „ingrijpensrecht” van de arts, meebrengende van geval tot geval te beoordelen of hij het recht heeft zijn beroepsgeheim te schenden, te accepteren.

Beseffen PIETERSE en GROENTEMAN de consequenties van hun standpunt wel? Hadden zij gewild, dat alle Staphorster niet tegen kinderverlamming enz. gevaccineerde kinderen werden opgepakt? Willen zij bij elk tentamen suïcidii, waarbij de patiënt zich met man en macht tegen levenreddende behandeling verzet, de psychiater (en in geval van nood de huisarts) een KZ-verklaring laten afgeven? Bij vele grote GGGD's hebben de psychiaters die aan de dienst verbonden zijn een in blanco door de burgemeester getekende „inbewaring stelling” in hun zak!

Onlangs ben ik 's morgens vroeg opgebeld door de zuster van een schizofreniepatiënte, die opgenomen was in een