

babyvoeding is 0,2 mg/kg.² De Nederlandse adviesnorm voor koemelk is 0,5 mg/kg,³ terwijl melk maar een zeer klein gedeelte van ons dagelijks menu uitmaakt. Dit in tegenstelling tot moedermelk bij zuigelingen.) Ook in Nederland zou een dergelijke norm gehanteerd moeten worden totdat meer gegevens voor een definitieve, wellicht scherpere, normstelling voorhanden zijn. Dit te meer, omdat de door de overheid sinds het begin van de jaren 70 getroffen maatregelen geen duidelijk gevolgen hebben gehad voor de belasting van het milieu.⁴ Een dergelijke normstelling moet echter gepaard gaan met de mogelijkheid voor iedere moeder om het gehalte PCB's in haar melk te laten bepalen. (Kosten van deze bepaling op grote schaal: \$ 15.) Aan de hand van een dergelijke bepaling kan dan het advies gegeven worden om de borstvoeding te beperken of kan met een min of meer gerust hart de borstvoeding worden voortgezet.

„De zaken zijn onduidelijk dus we kunnen helemaal niets adviseren” mag niet leiden tot het zelfs niet willen onderscheppen van de ergste gevallen, zoals Pieters eigenlijk concludeert.

LITERATUUR

- 1 Wickizer TM, Brilliant LB, Copeland R, Tilden R. PCB contamination of nursing mothers' milk. *Am J Public Health* 1981; 71: 132-7.
- 2 Federal Register FDA 1973; 38: 129.
- 3 Ministerie van Landbouw en Visserij. Landbouwadvisiecommissie Milieukritische stoffen. Jaarverslag 1981. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, LAC nr 81.89.
- 4 Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Jaarverslag van de coördinatiecommissie voor de metingen van radioactiviteit en xenobiotische stoffen 1980-1981. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1982.

Amsterdam, december 1984

J. DOGGER

De kern van het betoog van Dogger is dat de gebrekkige kennis omtrent de toxicologie van PCB's ons niet mag weerhouden te adviseren over de duur van de borstvoeding. Hij beroept zich daarbij op een publikatie van Wickizer et al. die meer dan 1000 moedermelkmonsters onderzochten afkomstig van vrouwen uit Michigan.¹ Wickizer et al. betrekken de wenselijkheid van moedermelkonderzoek overigens alleen op vrouwen die beroepsmatig of wegens een hoge consumptie van gecontamineerde vis een verhoogd risico lopen. De auteurs geven zelf aan dat er op klinische gronden geen grenswaarde is te bepalen. De voorgesteld „norm” van 2,3 ppm is eenvoudig gelijk aan het gemiddelde van de waarnemingen in Michigan, vermeerderd met één maal de standaarddeviatie. Daarmee is in feite de realiteit tot norm verheven, een handelwijze die artsen en leken in het verleden maar al te vaak op een dwaalspoor heeft gezet.

Aangenomen moet worden dat de voorgestelde norm bij nader inzien te hoog of te laag zal blijken te zijn. In beide gevallen zullen adviezen worden verstrekt welke ófwel in een onterechte geruststelling van de moeder, ófwel in een onterechte afbreking van de borstvoeding resulteren. De gezondheid van de zuigeling is hiermee uiteraard niet gediend.

De kern van het probleem blijft dat onze kennis over de toxicologie van PCB's op essentiële punten tekortschiet. Gegoochel met cijfers kan daaraan niets veranderen. Hoe belastend en frustrerend dit ook mag zijn, het is geen excuus voor het hanteren van inhoudsloze normen.

LITERATUUR

- 1 Wickizer TM, Brilliant LB, Copeland R, Tilden R. Polychlorinated biphenyl contamination of nursing mothers' milk in Michigan. *Am J Public Health* 1981; 71: 132-7.

Leidschendam, december 1984

J.J.L. PIETERS

Collega Pieters verdient een compliment voor zijn bijdrage over borstvoeding (1984; bl. 2262-5). Speciaal de gechlororeerde koolwaterstoffen in moedermelk kunnen voor de niet-ingewijde een moeilijk probleem zijn. De uitspraak „dat de toxiciteit van de onderscheiden stoffen goeddeels onbekend is”, is echter wel wat boud. De toxicologische literatuur over deze stoffen is immens, al weten we natuurlijk lang niet alles. Om eventuele legendeforming te vermijden, wil ik graag een enkele opmerking maken en aanvulling geven.

Ten eerste de vraag: Is het werkelijk juist, dat Love Canal ontruimd werd, zoals dat met een deel van zone A in Seveso gebeurde, wegens de aanwezigheid van zorgwekkende concentraties van TCDD in huizen, bodem en water? Hoe hoog waren die concentraties van TCDD in Love Canal dan?

Ten tweede schrijft Pieters: „Waarnemingen bij Vietnam-veteranen die blootgesteld zijn geweest aan 2,4,5-T (Agent Orange) en dierproeven wekken de indruk dat TCDD reproductiestoornissen zoals onvruchtbaarheid, miskramen en aangeboren misvormingen kan veroorzaken. Er zijn bovendien aanwijzingen voor carcinogeniteit (leverkanker, sarcomen)”. Inderdaad zijn deze toxische effecten duidelijk in verschillende species met dierproeven aangetoond, maar ook een „no-effect-level” van effecten op de reproductie. Bij Vietnam-veteranen evenwel zijn carcinogeniteit en effecten op de reproductie niet aangetoond. Ten aanzien van miskramen en aangeboren misvormingen zou dat ook moeilijk te begrijpen zijn. Pieters schrijft ook zelf dat er geen aanwijzingen voor mutageniteit zijn. Een grootschalig onderzoek naar tumorincidentie bij Vietnam-veteranen is nog aan de gang. Inmiddels vermeldde Sarma en Jacobs drie wekedelensarcomen in de thorax bij Vietnam-veteranen.¹ Bij 2 miljoen militairen die gedurende verschillende perioden in 1962-1971 wellicht zouden zijn blootgesteld, is dat bepaald nog geen „aanwijzing voor carcinogeniteit”. Young et al. vonden bij 85000 „self-selected” veteranen 11 sarcomen (tegenover 15 volgens de verwachtingen) en 20 lymfomen (tegen 15 volgens de verwachtingen), dus 31 tegenover 30.² Volgens Rose en Rose zijn er ook geen aanwijzingen voor een verhoogde incidentie van abortus en aangeboren misvormingen in Vietnam.³ Evenmin werden effecten op reproductie gevonden bij piloten werkzaam in de land- en bosbouw en blootgesteld aan fenoxiazijnzuurherbiciden.⁴

Het zou te ver voeren op deze plaats nader in te gaan op de vraag of een verhoogde incidentie van maligne tumoren en speciaal van wekedelensarcomen kon worden vastgesteld bij mensen die in hun beroep blootgesteld waren aan 2,4,5-T of TCDD of dat er bij hen stoornissen in de reproductie werden gevonden. Wel kan hier worden vermeld dat in Nederland bij fabrieksarbeiders blootgesteld aan TCDD geen aanwijzingen werden gevonden voor een verhoogde incidentie van maligne tumoren;⁵ naar verluidt zal binnenkort het resultaat worden gepubliceerd van een Nederlands onderzoek naar sterfte aan kanker bij bosarbeiders.⁶

Zeer terecht zegt Pieters dat de „norm”, waarmee hij vermoedelijk de „maximum residu limit” (MRL) bedoelt, welke is gebaseerd op de „acceptable daily intake” (ADI), is afgestemd op levenslange (totale) blootstelling. Stelt men nu de periode waarin de baby voornamelijk op moedermelk zou zijn aangewezen op 5 maanden, dan bedraagt deze blootstelling slechts 0,6 percent of éénhonderddrieënzeventigste deel van een mensenleven. De biologische halfwaardetijd van TCDD in het lichaam van de mens wordt geschat op 7 dagen.⁷

- ¹ Sarma P, Jacobs JJ. Thoracic soft tissue sarcoma in Vietnam-veterans exposed to Agent Orange. *N Engl J Med* 1982; 306: 1109.
- ² Young AL, Thalken CE, Harrison DD. Presented at 1983 annual meeting of the American Chemists Society.
- ³ Rose HA, Rose SPR. Chemical spraying as reported by refugees from South Vietnam. *Science* 1972; 177: 710-2.
- ⁴ Roan CC, Matanaski GE, McIlroy CQ, et al. Spontaneous abortions, stillbirths, and birthdefects in families of agricultural pilots. *Arch Environ Health* 1984; 39: 56-60.
- ⁵ Dalderup LM, Zellenrath D. Dioxin exposure: 20 years follow-up. *Lancet* 1983; ii: 12 nov.
- ⁶ Anonymus. Onderzoek van de gevolgen van blootstelling aan dioxine bij Philips-Duphar (1963). *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 469.
- ⁷ Neal RA. Biochemical aspects of TCDD toxicity. Presented at the International Acemical Environment Safety Symposium. October 1981. Washington, DC.

's-Gravenhage, december 1984

H.G.S. VAN RAALTE

Medicus en marteling

Het artikel van collega Romme (1984; bl. 2358-60) doet vermoeden dat hij de situatie van de Nederlandse politie/ gevangenisarts miskent. Ik zal mijn visie uiteenzetten.

De arrestant heeft door eigen toedoen een wettelijk vastgestelde afhankelijkheidsrelatie gekregen met de overheid (Justitie). Daarmee is de overheid verantwoordelijk voor het wel en wee van de arrestant/gevangene, dus voor totale verzorging waaronder ook medische. Om het „beheersbaar” te maken, verzoekt de overheid aan een aantal artsen de taak op zich te nemen, om per „cliënt” aan de overheid te adviseren, een relatie te vergelijken met een keuring. Per cliënt omdat elke vraag aan de arts een aparte ethische beoordeling eist – de arts blijft dus onafhankelijk – zowel van cliënt als overheid. Een onafhankelijke relatie, met de beginselen van de Verenigde Naties als basis, is de enige aanvaardbare relatie die beide partijen recht doet.

Een arts van vrije keus is al door zijn verkiezing niet meer vrij ten opzichte van de cliënt, een arts die zijn taak ziet als een verlengstuk van Justitie is evenmin vrij. In Nederland kan gelukkig zelfs een arts in dienstverband bij de overheid zich onafhankelijk opstellen. De overheid zal uiteraard geen artsen kiezen die de regels en wetten door de samenleving opgesteld, niet onderschrijven.

Als een arrestant zich gaat misdragen, als hij vlucht of als hij anderszins riskant wordt en de overheid besluit tot isoleren, dan vind ik het wat ver gaan om dat folteren te noemen, ook gaat het te ver om, als een arrestant besluit tot hongerstaking en de overheid vraagt een medisch oordeel (in feite na wat een medische keuring genoemd zou kunnen worden), om dat medisch handelen als mede-werken aan folteren te kwalificeren.

In Nederland heeft zowel de advocatuur als het maatschappelijk werk toegang tot gevangenen en er is vrijheid van meningsuiting en daarmee van toetsing! (De herinnering aan de sterk verschillende, zo niet tegengestelde verslagen in kranten en tijdschriften over de RAF-gevangenen in Maastricht ligt nog vers in het geheugen.) Met andere woorden echte isolatie van de buitenwereld is er in Nederland niet bij.

Elke intermenselijke relatie van welke aard dan ook en

elke daad met maatschappelijke relevantie moet verantwoord zijn ten opzichte van betrokkenen, zowel kleinschalig op individueel niveau als grootschalig op maatschappelijk niveau. Dat verantwoord handelen is ethisch handelen en dat is steeds weer belangen afwegen met als (utopisch?) doel niet onrechtvaardig of onevenredig bedelen tussen belanghebbenden.

De bijvoeging „medisch” willen vooraanstaande denkers in het gezondheidsrecht niet meer gebruiken. Terecht want er zijn geen verschillende ethieken. De weegschaal door laten slaan naar één belang, de patiënt of de arrestant, is tekort doen aan andere belangen en dat is onverantwoord handelen, dus onethisch handelen. Justitie (of Tuchtrecht) is in feite de maatschappelijke beoordeling of de intermenselijke weegschaal van belangen wel goed gefunctioneerd heeft. Die weegschaal geldt ook voor artsen. Net zo min als er een aparte ethiek is voor artsen, al hoort het beroepsgeheim er vanzelfsprekend bij, net zo min is er een aparte ethiek voor politie/gevangenisartsen. Voor iedereen dezelfde ethiek, al zijn er beroepsspecifieke belangen af te wegen bij vele beroepsmatige contacten (medici, notarissen, ambtenaren, enz.).

Belangen kunnen verschillen, maar het wegen ervan, ethisch handelen, blijft voor elkeen vereist.

Rotterdam, januari 1985

H.TH.P. CREMERS

Ik dank collega Cremers voor zijn reactie; hij gaat daarmee in op mijn uitnodiging tot discussie over de vraag of gevangenen het recht moeten krijgen, indien ze daarom vragen, een vrije artsenkeuze te maken.

In mijn commentaar bij de zes beginselen van medische ethiek – die door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties op 18 december 1982 werden aanvaard – heb ik argumenten aangevoerd voor een vrije artsenkeuze vanuit de ervaring in Nederland, maar vooral elders (Duitsland en Ierland), waar hongerstakingen regelmatig een dodelijke afloop hebben. In die omstandigheden komt de arts die als gevangenisarts de medische begeleiding en advisering van de hongerstakenden doet, in een uiterst moeilijke situatie; kort gezegd, omdat hij niet vrij wordt gelaten door gevangenisautoriteiten en hongerstakenden. Het is dan wel mooi om aan de beroepsuitoefening onhaalbaar hoge idealen te stellen, maar het is wellicht verstandiger voor alle partijen knelsituaties te voorkomen door een eenduidige relatie te creëren tussen arts en hongerstakende.

In het antwoord dat Cremers geeft, gaat hij voorbij aan deze problematiek. Hij vindt een vrije artsenkeuze niet zinvol, omdat wij in Nederland gelukkig dergelijke ernstige situaties niet meemaken. Daarom klinkt zijn argumentatie heel redelijk. Ik vind dit echter een redenatie voor de korte termijn, omdat we daarmee niet tijdig een antwoord hebben als zich wel ernstige situaties voordoen. Daarom zou ik ook wel graag meningen en argumentaties horen voor of tegen vrije artsenkeuze van gevangenen in situaties zoals die zich in Ierland en Duitsland voordoen. Behalve deze meer pragmatische benadering is het ook interessant te vernemen hoe hierover op meer principiële gronden wordt gedacht.

Maastricht, januari 1985

M.A.J. ROMME