

binnen 7 dagen na vaststelling hoort te geschieden, moet mijns inziens hoger geschat worden dan wanneer deze ziekte in categorie B geplaatst blijft. Wat betreft de lepra, ook in categorie B gerangschikt, kan men zich afvragen of deze infectieziekte die na de oorlog slechts bij hoge uitzondering in Nederland geacquireerd werd en waarbij het in het algemeen om extreem lange incubatietijden gaat wel helemaal in groep B past en per se binnen 24 uur na vaststelling gemeld zou moeten worden. Wat betreft groep C kan gesteld worden dat deze categorie bijzonder geschikt zou zijn om alle, tot nu toe als zodanig erkende seksueel overdraagbare aandoeningen in onder te brengen. Een dergelijke registratie vindt ook in het Verenigd Koninkrijk plaats en verschaft daar een redelijk inzicht in het voorkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen in de tijd. Gezien de aantallen van de verschillende seksueel overdraagbare aandoeningen en de ernst van de symptomen en complicaties waartoe deze ziekten kunnen leiden, zou uitvoering van deze suggestie mijns inziens alleszins de moeite waard zijn. Het registreren van bijv. primaire en recidiverende gevallen van herpes genitalis en het registreren van door *Chlamydia trachomatis* veroorzaakte infecties verdient de voorkeur boven het handhaven van scabies als B-ziekte. In de categorie C staat parotitis epidemica, hoewel nog niet als geslachtsziekte beschouwd, in dezelfde groep als de geslachtsziekten gonorrhoe en syfilis, terwijl in het geheel niet duidelijk wordt waarom bij parotitis epidemica geen opgave van naam en adres nodig is en de opgave slechts binnen 7 dagen na vaststelling zou moeten plaatsvinden. Hier lijkt het van plaats wisselen van parotitis epidemica (groep C) met scabies (categorie B) een aantrekkelijke gedachte.

Een uitgebreidere toelichting inzake het waarom van de door de Hoofdinspectie van Volksgezondheid gegeven richtlijnen inzake „Aangifte van infectieziekten” lijkt op zijn plaats en zou bevorderend kunnen werken op het aangeven van ook ogenschijnlijk minder belangrijke infectieziekten als scabies. Een invoeren van een C-registratie voor alle seksueel overdraagbare aandoeningen zou nuttig kunnen zijn.

Rotterdam, mei 1985

E. STOLZ

De bedoeling van mijn „artikel” is niet meer geweest dan een herinnering aan de infectieziekten waarvoor een aangifteplicht geldt. Het was zeker niet mijn voornemen om uitvoerig in te gaan op de details van de aangifte. Deze gegevens zijn immers te vinden in het GHI-bulletin „De aangifte van infectieziekten” (2e, herziene druk, augustus 1980). In dit bulletin, dat overigens zeker aan herziening toe is, wordt op verschillende aspecten die door Stolz naar voren worden gebracht, ingegaan. De discussie over de zin en onzin van het opnemen van een infectieziekte in één van de groepen A t.m. C zal nooit eindigen. Collega Stolz kan er echter niet verzekerd zijn dat zijn commentaar door mij meegenomen zal worden in het overleg dat telkens weer met voor- en tegenstanders terzake wordt gevoerd. Ik wil dan ook volstaan met enkele opmerkingen:

Variola is sinds kort uit de International Health Regulations (1969; third annotated edition 1983) als ziekte met quarantainemaatregel verdwenen. Het handhaven van variola als A-ziekte staat dan ook ter discussie. Dat neemt echter niet weg dat variola met onder meer vlektyfus en poliomyelitis behoort tot de groep ziekten die onder internationale surveillance staan. Ik voel er niet voor om de C-groep uit te breiden met andere seksueel overdraagbare

aandoeningen. Naar mijn mening geven de incidenties op grond van de aangifte van lues en gonorrhoe reeds een redelijk inzicht in het beloop van twee belangrijke seksueel overdraagbare aandoeningen. Over deze infectieziekten wordt overigens ook gerapporteerd door de diensten voor de geslachtsziektenbestrijding. De kans is dan ook niet denkbeeldig dat in de komende jaren besloten zal worden om lues en gonorrhoe als C-ziekten te laten vervallen, aangezien het ernaar uitziet dat de gegevens van de diensten voor de geslachtsziektenbestrijding ook zeer bruikbaar zijn voor het volgen van de ontwikkeling en het verkrijgen van inzicht over andere gegevens met betrekking tot deze (en wellicht ook verscheidene) seksueel overdraagbare aandoeningen.

Collega Stolz wekt, naar ik aanneem ongewild, de indruk dat naar zijn mening bof als geslachtsziekte moet worden beschouwd. Zolang in het nationale vaccinatieprogramma de inenting tegen bof nog niet is opgenomen, wordt het handhaven van deze infectieziekte in de C-groep voorgestaan. Dat is bij mazelen ook zo gegaan. Mazelen was een C-ziekte van 1976 tot medio 1980. De belangrijke daling van de incidentie van mazelen sinds het begin van de mazelen-vaccinatie op 1 januari 1976 heeft ertoe geleid dat het op een gegeven moment van belang werd geacht om nadere gegevens over de aangegeven gevallen in te winnen (vaccinatiestatus!). Op grond hiervan werd mazelen in 1980 een B-ziekte.

Leidschendam, juni 1985

H. BIJKERK

Spermadonorschap en anonimiteit

Prof.dr. J. Kremer bracht in dit tijdschrift (1985; 934-5) een aantal argumenten naar voren, welke naar zijn mening pleiten voor het anoniem houden van de spermadonor in gevallen van donorinseminatie. Zijn betoog is voornamelijk gebaseerd op de vrees, dat bij opheffen van de anonimiteit onvoldoende semendonors gerecruteerd zullen kunnen worden. Deze zorg is terecht, maar kan als zodanig geen argument leveren ten aanzien van de juistheid van medisch handelen. Naast de belangen van de kinderloze echt)paren staan die van het te verwekken kind. Wanneer Kremer stelt dat hij bij meer dan 95% van de geboren donorkinderen het niet nodig vindt hen over hun ontstaanswijze in te lichten, baseert hij het leven van een medemens, waar hij mede de verantwoording voor draagt, op een vorm van bedrog. Men moet niet onderschatten hoe sterk de affiniteit voor onze ouders, kinderen en familieleden mede wordt bepaald door genetische verwantschap. Ieder mens kan in zijn leven te kampen krijgen met essentiële vragen over zijn verwekkers en zeker een deel van de donorkinderen zal vroeg of laat deze vragen stellen. Wanneer men als medicus door technisch handelen mede de verantwoording neemt voor het ontstaan van een medemens, zal men gerechtvaardigde vragen over de vader in principe moeten kunnen beantwoorden en mag men geen methode hanteren waarmee deze vraag in de toekomst niet te beantwoorden zal zijn. Kremer concludeert, dat wanneer de donorinseminatiewetgeving van Zweden in Nederland zal worden nagevolgd, dit het einde zal betekenen van een verantwoord verrichte behandeling. Het gaat er nu juist om wat een verantwoord verrichte behandeling inhoudt en daarover moet mijns inziens wat genuanceerder worden gedacht dan Kremer in zijn Commentaar onder woorden brengt.

Nijmegen, mei 1985

C. HAANEN

Er zijn mij geen onderzoeken bekend waarin de invloed van genetische verwantschap op de affiniteit tussen ouders en kinderen door middel van een vergelijkend onderzoek is nagegaan. De vraag of en in welke mate een dergelijke invloed bestaat kan dan ook alleen retorisch worden beantwoord. Het uitgangspunt van collega Haanen en de eventuele consequenties daarvan is daarom niet gebaseerd op feiten maar op een (levensbeschouwelijk geïnduceerde?) vooronderstelling.

Wanneer verder wordt gesteld dat het geheimhouden van donorinseminatie bedrog (c.q. medische hulp bij bedrog) betekent, is hier op z'n minst sprake van een ongenueanceerde benadering. De reden dat ouders van een donorkind geheimhouding wensen is niet alleen gebaseerd op eigenbelang maar ook – en vaak vooral – op de belangen van het kind. Veel (toekomstige) ouders van donorkinderen veronderstellen dat een kind dat vóór of in de puberteitsjaren hoort dat het door donorinseminatie is verwekt hierdoor in een ernstige identiteitscrisis kan komen. Om het kind dit te besparen wensen ze dat alleen zij, de behandelend arts en eventueel de huisarts van de donorinseminatie op de hoogte zijn.

Over de laatste opmerking van collega Haanen zou ik het volgende willen zeggen. Een verantwoord verrichte (be)handeling in de geneeskunde is mijns inziens elke (be)handeling waarbij de belangen van alle betrokkenen zo goed mogelijk worden behartigd. De belangen van kind, ouders en donor lijken mij in de huidige maatschappelijke constellatie voorlopig beter gewaarborgd met een donorinseminatiebeleid dat gebaseerd is op geheimhouding dan met een zgn. open beleid.

Groningen, juni 1985

J. KREMER

In zijn artikel over spermadonorschap pleit Kremer (1985; 934-5) voor anonimiteit van de donor. Ik heb mij bij het lezen toch zorgen gemaakt over enige niet onbelangrijke onvolkomenheden in het artikel. De auteur neemt de wensen en noden van de ouders sterk ter harte en concludeert na kennisname van de gerefereerde literatuur waarschijnlijk terecht, dat voor deze ouders meer anonimiteit het levensgeluk zal vergroten. Mijns inziens wordt er echter teveel voorbijgegaan aan het verwekte kind zelf. Een eventueel optredende identiteitscrisis kan voorkomen worden, schrijft de auteur, door het kind niet te vertellen dat het uit donorinseminatie is ontstaan en er tevens voor te zorgen dat anderen dit ook niet aan het kind kunnen laten weten. Deze geheimhouding lijkt mij op zijn minst een ethische bespiegeling waard. Is het zonder meer geoorloofd iemand in onwetendheid te laten over zijn werkelijke afkomst, ook al schijnen het levensgeluk van ouders en eventueel ook van het kind zelf daarmee gebaat te zijn? Het is jammer dat literatuurreferenties ontbreken betreffende het al of niet slagen van de geheimhouding op langere termijn en over de problemen van een eventueel optredende identiteitscrisis, indien het kind wel weet dat het uit donorinseminatie is ontstaan.

Mij wel bewust zijnde van de consequenties van een bekend zijn van de donor, meen ik toch dat er niet genoeg aandacht kan worden besteed aan een eventuele bedreiging van het levensgeluk van de persoon waar het uiteindelijk om gaat, het te verwekken kind.

Nijmegen, mei 1985

W.J.A. DE KORT

Zolang geen conclusief vergelijkend onderzoek is verricht over de gevolgen van donorinseminatie voor het kind bij een

open en bij een gesloten beleid, blijft elke bewering hierover speculatief. Tot zo lang lijkt het mij echter zonder meer geoorloofd dat ouders hun kind in onwetendheid laten over diens genetische afkomst. Of de ouders daarin zullen slagen, hangt af van het aantal personen dat ze „in vertrouwen” hebben genomen en van het aantal personen dat beroepsmatig van de donorinseminatie op de hoogte is. Hoe kleiner dit aantal, hoe groter de kans op geheimhouding. Wanneer de donorinseminatie in de hele familie- en vriendenkring bekend is geworden, kan het kind beter tijdig door de ouders worden voorgelicht. Deze voorlichting zal echter veel moeilijker zijn dan bij adoptie. Daar horen de ouders vaak reeds in een vroeg stadium van de maatschappelijk werk(st)er dat ze hun kind moeten uitleggen dat het niet „uit de buik van mama is gekomen maar uit de buik van een andere mevrouw die niet voor hem of haar kon zorgen”. Maar welke uitleg is geschikt voor een kind van 5 jaar om het duidelijk te maken dat het door donorinseminatie is ontstaan?

Groningen, juni 1985

J. KREMER

Heiligt het doel de middelen? Deze vraag kwam in mij op na het lezen van het artikel van Kremer (1985; 934-5). Hij stelt dat anonimiteit de basis is van het spermadonorschap. Anonimiteit als middel om het doel te bereiken. Hij haalt echter twee zaken door elkaar: de anonimiteit van de donor en het al of niet inlichten van het kind over het feit dat het verwekt is via donorinseminatie. Kremer stelt dat de eventuele identiteitscrisis bij het kind, doordat het kind niet weet wie zijn erfelijke vader is, eenvoudig kan worden voorkómen door het kind niet te vertellen dat het door donorinseminatie is ontstaan. Een „leugentje” om bestwil dus. Alles moet strikt geheim blijven, niemand mag er achter komen, dat de vader geen kinderen kan verwekken. Hij eist hier van de „aanstaande” ouders dat zij het kind hun leven lang een leugen moeten vertellen over zijn of haar afkomst op straffe van een eventuele identiteitscrisis bij het kind. De ouders zullen in de relatie met hun kinderen deze geheimhoudingslast hun hele leven mee moeten dragen. Een mijns inziens haast onmogelijke en in ieder geval onmenselijke opgave. Een spreekwoord zegt: „al is de leugen nog zo snel, de waarheid achterhaalt hem wel”. Dit geldt ook hiervoor. Niemand (ook Kremer niet) kan garanderen dat het kind er nooit achter zal komen. En als dit wel gebeurt, is er een grote kans op een nog veel grotere crisis bij het kind ten gevolge van de onwaarachtigheid van de ouders. Niet alleen tegenover de kinderen, maar ook tegenover de familie en vrienden moet de donorinseminatie strikt geheim gehouden worden. Advies vragen over het toepassen van donorinseminatie mag dus eigenlijk niet. De ouders worden zo gedwongen de beslissing vrijwel alleen te nemen. De kans op „spijt”-reacties na het later horen van andere meningen is zo natuurlijk veel groter. Alweer een ongewenst neveneffect.

Is eerlijkheid ook te bewerkstelligen met behoud van anonimiteit van de donor? Men kan toch eerlijk tegen het kind zeggen, dat het verwekt is via donorinseminatie en dat de „genetische” vader niet bekend is. Bij sommige hierdoor ontstane identiteitsproblemen kan het beter zijn toch de naam van de „donorvader” te weten en zal in het belang van het kind de anonimiteit moeten wijken. Het „identiteitsarme” kind kan zo een dienst bewezen worden. Het heeft er recht op. Het hoeft geen verplichting te worden de donornaam mee te delen. Het kan beperkt blijven tot uitzonderingsgevallen.