

De nieuwe dreiging

Met een grootscheeps opgezette campagne hoopt Nederland de strijd aan te binden met de nieuwe dreiging: de dodelijk verlopende virusziekte *aids*. Een belangrijk aspect wordt de voorlichting van het publiek over risicogedrag, verspreidingsgevaar en verloop van het ziekteproces. Die voorlichting zal naar verwachting tientallen jaren gaan duren [1]. Alleen al in 1987 besteedt de Rijksoverheid aan informatievoorziening via de massamedia een bedrag van f 6 miljoen. Ook andere landen en internationale instellingen zijn tot maatregelen overgegaan. Dat blijkt bv. uit de begroting van de EG, waar nu al een kleine f 6 miljard ter beschikking is gesteld voor wetenschappelijk onderzoek, o.a. naar vaccins en geneesmiddelen [2].

Op de consequenties voor de krijgsmacht wordt in dit artikel nader ingegaan.

Het virus en de ziekte

Het aidsvirus is verantwoordelijk voor een epidemie, die mondiaal om zich heen grijpt! Men spreekt in zo'n geval van een pandemie.

Om het ziektebeeld goed te begrijpen is het van belang het gedrag van het aidsvirus te bezien in zijn natuurlijke omgeving, het menselijk lichaam. Het virus gebruikt voor zijn vermeerdering nl. specifieke cellen van het menselijk lichaam. Als gevolg van het vermeerderingsproces van het virus gaan die cellen op den duur zelf te gronde. Het virus heeft derhalve een „cytopathogeen effect” [3].

Nu blijkt het aidsvirus bij voorkeur de cellen te gebruiken die tot het menselijk cellulair afweersysteem (of immuunsysteem) behoren. Het afweersysteem dient de mens, onder normale omstandigheden, te beschermen telkens wanneer ziektekiemen het lichaam binnendringen. Die bescherming werkt ook tegen kwaadaardig ontaarde lichaams-

cellen. Het aidsvirus veroorzaakt, door het cytopathogene effect, een afbraak van het menselijk immuunsysteem. Daardoor raakt niet alleen de functie van het immuunsysteem zelf verstoord, maar treedt bovendien een verminderd weerstandsvermogen op tegen infectieziekten en tegen kwaadaardige gezwellen. De laatste twee groepen noemt men „opportunistische ziekten” [4].

Onder de ziektekiemen, die mensen met een verzwakt immuunsysteem als het ware „overweldigen”, telt men schimmels, bacteriën, protozoën en andere virussoorten.

Het aidsvirus tast in een aantal gevallen, behalve de cellen van het immuunsysteem, ook andere lichaamscellen aan. Zo worden bij vele slachtoffers cellen van de darmwand en zenuwcellen van hersenen of ruggemerg beschadigd. Niet alleen digestieve en neurologische afwijkingen zijn mogelijk, ook psychische effecten blijven niet uit. Door de hersenbeschadiging is onder meer plotseling optredend geheugenverlies mogelijk [5].

Het ziektebeeld aids

Naar de ernst van de symptomen heeft men het ziektebeeld ingedeeld in zes stadia, die verlopen van zeer licht tot zeer ernstig. Tussen elk van deze stadia kunnen min of meer vage grenzen worden getrokken. Het ziektebeeld blijft echter grillig, met wisselende, en complex verlopende, symptomen. Men spreekt bij een dergelijk symptomencomplex van een syndroom.

Samenvattend kunnen wij bij het aidsyndroom (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) stellen dat het gaat om een wisselend beeld van opportunistische infecties en/of kwaadaardige gezwellen, en/of een ziekte van het immuunsysteem, en/of neurologische en/of psychische afwijkingen [6].

Nu wij het ziekmakend gedrag van het virus heb-

ben besproken, blijft de vraag op welke wijze het virus kans ziet het menselijk lichaam binnen te dringen.

Om die vraag te kunnen beantwoorden is het van belang te weten dat men het virus onder laboratoriumomstandigheden kan kweken en waarnemen. Het is dan ook mogelijk het virus aan te tonen. In de praktijk wordt het virus op diverse lokaties gevonden, zoals in bloed en plasma, in sperma, in speeksel, in traanvocht en in moedermelk. Het is daarom denkbaar dat de infectie langs dergelijke wegen overgaat van mens op mens. Of dit altijd en onder alle omstandigheden het geval is moet blijken uit studies en ervaringen in de praktijk. Men weet in elk geval wel dat vooral het seksuele contact met een drager of draagster van het virus (zowel hetero als homo) een verhoogd risico oplevert voor de overdracht van het aidsvirus, maar ook andere transmissiewegen zijn vastgesteld. Bekend is de overdracht via besmet bloed en bloedproducten, organen en weefsel bestemd voor transplantaties, besmette injectienaalden (drugsverslaafden), borstvoeding en tijdens de zwangerschap direct van moeder op foetus.

Nu deze transmissiewegen in kaart zijn gebracht is het mogelijk geworden mensen aan te wijzen die door hun situatie of gedrag een verhoogd risico lopen. Hiertoe behoren zij die wisselende, onbeschermde seksuele contacten hebben met onbekende partners, drugsverslaafden, met besmet materiaal behandelde hemofiliepatiënten en vooral daar waar deze risico's in combinatie voorkomen, zoals in de heroïne prostitutie. Voor de transmissie is het reeds voldoende wanneer de mens drager is van het virus.

De drager kan overigens ogenschijnlijk volkomen gezond zijn. Voor de verspreiding van de infectieziekte is dit een verontrustend gegeven: mensen kunnen immers de besmetting onopgemerkt overdragen, en intussen doet het virus in de nieuwe omgeving wel zijn werk!

Het lichaam reageert, zij het na enige tijd, met de vorming van zogenaamde „antilichamen”. Deze antilichamen kan men aantonen, met behulp van een serologisch onderzoek, meestal afkomstig van een bloedmonster van de virusdrager [8]. De screeningtest heet ELISA. Deze wordt, bij positieve uitslag, „bevestigd” door een andere test (voor de volledigheid: de „Western Blot” of de RIPA confirmatietest). Langs deze weg kan men, zij het tot op

zekere hoogte, de dragers van het aidsvirus opsporen dan wel monsters (o.a. van bloed afkomstig van donors) op antilichamen onderzoeken.

Een beperkende factor is het gegeven, dat een „verse” drager in de eerste maanden nog géén antilichamen heeft gevormd, zodat in die situatie de uitslag helaas negatief uitvalt. Het hoeft geen betoog dat een vals-negatieve uitslag een levensgevaarlijke situatie oplevert voor betrokkene en zijn omgeving.

Klinische verschijnselen en risico's

In het eerste stadium van de aidsziekte kunnen de symptomen geheel uitblijven; ook komt het voor dat de ziekte een weinig specifiek beeld oplevert: voorbijgaande koorts, tijdelijke lymfklierzwellingen en eventueel huiduitslag.

In een later stadium zijn de lymfklieren chronisch gezwollen; ook komen diarree, sterk gewichtsverlies, mond/keelinfecties e.d. voor.

Ten slotte zijn er patiënten die in het terminale stadium van de ziekte belanden, met een veelheid van complicaties, veroorzaakt door de (opportunistische) ziekten.

Tot op heden is het niet bekend welk percentage virusdragers uiteindelijk in dit ernstige stadium terechtkomt en als gevolg daarvan aan het ziektebeeld overlijdt. Schattingen lopen uiteen van 10 tot 90% [9]. Deze ruime verschillen zijn op zich niet zo verwonderlijk, omdat in het verleden eveneens epidemieën voorkwamen (i.c. de „zwarte dood” of builenpest) met een letaliteit van 20 tot 80% [10].

Helaas is nu al gebleken dat de prognose van de aidsziekte in ongunstige zin moet worden bijgesteld [11].

Van bijzonder militair belang, zoals straks naar voren komt, is het gegeven dat virusdragers die frequente of chronische infecties doormaken, sneller in het eindstadium van het aidsyndroom terechtkomen. Verder moet helaas worden geconstateerd dat het gedrag van het aidsvirus qua „cytopathogeen effect” of virulentie tot op heden weinig verandering ondergaat. Draggers blijven vrijwel zeker levenslang een besmettingsbron voor hun omgeving [11]. Zolang hierin geen verandering komt wordt het mondiale „reservoir” aan virusdraggers met de dag groter.

Verspreiding

De ziekte rukkt over de gehele wereld op; in Japan en in Europa (hier zijn al 200.000 dragers geregistreerd), in de VS (met 1,5 miljoen Amerikanen) en in Afrika met 7 miljoen seropositieve slachtoffers [13]. Mocht de wetenschap geen oplossing vinden voor dit probleem dan zal in de naaste toekomst een groot aantal van deze mensen uit het huidige reservoir aan de ziekte overlijden. Bovendien zal het toekomstige reservoir seropositieven vele malen groter zijn.

Aids is daarmee een pandemie die om zich heen woekert. Pandemieën zijn, ook in het recente verleden, maar al te goed bekend. Voorbeelden zijn de influenzapandemie van 1918 (met een letaliteit van 2%) en de builenpest, die meermalen een pandemische verspreiding heeft gekend.

Nu en in het verleden zien wij dat in tijden van voorspoed telkens weer de verwoestende werking van dergelijke epidemieën snel uit de herinnering verdwijnt. De lessen worden vergeten, zodat bij een nieuwe dreiging deze lessen opnieuw moeten worden geleerd.

De dreiging

De pandemie die op de samenleving afkomt, wil ik in twee scenario's uitwerken. Het eerste gaat uit van een pandemie die in omvang toeneemt en daarmee gaat lijken op een middeleeuwse epidemie. Een dergelijke dreiging is niet onrealistisch, zeker niet indien het wetenschappelijke antwoord nog lang op zich laat wachten en het virus voorlopig zijn „cytopathogene effect” onveranderd handhaaft. De problemen uit vroeger tijden worden in dat geval weer uitermate „actueel” [9, 10]. In het tweede scenario wordt de huidige situatie geanalyseerd aan de hand van het Amerikaanse defensiebeleid t.a.v. de dreiging, zoals vastgesteld door de militaire autoriteiten [12].

Het eerste scenario

The further you look backward, the further you can look forward
WINSTON CHURCHILL

De moderne samenleving is bevochten op de klassieke infectieziekten. Eerst na de overwinning op deze ziekten kon de mensheid exponentieel

groeien. De samenleving beschikt om die reden over een goede en moderne gezondheidsstructuur. Deze dient mede om infectieziekten onder de duim te houden of te voorkomen.

Preventie kon een succes worden door onze kennis over infectieziekten en een juiste toepassing van die kennis. Men kan infectieziekten onder meer tegengaan bij de bron (een voorbeeld daarvan is de ongediertebestrijding, zoals de malariamusket), door immunisaties en vaccinaties en door tijdige „beheers”maatregelen in gevallen waarbij de infectieziekte wordt ontdekt en vastgesteld. In dit verband noem ik onder meer het isoleren van lijders aan gevaarlijke infectieziekten, de aangifteplicht en een tijdige, doelgerichte medische behandeling. Het geheel aan (beheers)maatregelen betekent echter wel een inbreuk op ieders persoonlijke vrijheid (zg. „Habeas corpus act”). Zolang met de preventie het *doen, laten en ondergaan* van het individu weinig of geen negatieve gevolgen ondervindt, merkt men in de samenleving weinig weerstand bij de betrokken burgers. Preventieve maatregelen (zoals het bestrijden van insecten) en het opleggen van restricties (zoals quarantaine voor vreemdelingen) vindt men hooguit hinderlijk, doch ze raken de persoonlijke belangen van de burgers niet.

Echte tegenstand, dan wel een gebrek aan medewerking, ziet men ontstaan zodra ieders persoonlijke deelneming moet worden afgedwongen. Naarmate meer van ieder individu wordt geëist (dwangwetgeving) neemt de tegenwerking toe. Het verzet kent echter geen grenzen, onttaardt zelfs in fanatisme, indien gevaarlijke epidemieën de kop opsteken waarin de besmetting wordt overgedragen door middel van seksueel contact. Dat komt omdat dan maatregelen worden genomen, die de menselijke geslachtsdrift aan banden leggen. De geschiedenis heeft bewezen dat de moraal, met haar christelijke idealen en ethiek, weinig of geen vat heeft op de verspreiding van geslachtsziekten. Die ziekten bleven dan ook onverminderd voortbestaan. Zien wij vijfhonderd jaar terug, naar een tijd waarin de promiscuïteit in Europa hoogtij vierde, dan moeten wij constateren dat syfilis razendsnel werd verspreid. Kerkelijke verbodsbepalingen waren van nul en gener waarde. Toen de wijze van overbrenging bekend werd, ontstond zelfs een ware hetze van beschuldigingen en smaad, die bij de heersende godsdiensttwisten als

wapen werd gehanteerd. Men richtte dat wapen niet alleen tegen ketters, maar ook tegen vreemdelingen en joden, alsmede bepaalde dragers van de besmettingsziekte, zoals prostituees.

De strafwetten gingen in die tijd uit van bekentenissen en uitbanning d.m.v. „ceremoniële” martelingen, geselingen, brandmerken op de wang, en veelal ook de doodstraf. Maar buiten deze wetten om werden de onlustgevoelens en instincten, die zich nu eenmaal niet laten vangen in opvattingen over kuisheid, omgezet in perversies en demoraliserende vormen van particuliere wraakneming.

Het is opvallend hoe heftig de menselijke instincten zich tijdens een epidemie emotioneel ontladen. De dreiging die op een samenleving afkomt maakt dat men de ziekte niet langer ziet als een normale infectieziekte, maar als een „Straf van God”, of als uiting van een kosmische storing.

Tijdens zware — dood en verderf zaaiende — epidemieën herkrijgt de rauwe menselijke natuur haar volle macht en bruutheid. Behalve met gebeden, bezweringen, toverformules, amuletten en offers, reageert men met paniek op natuurverschijnselen als kometen, aardbevingen, vloedgolven of zonsverduisteringen. Het effect kan zijn een wilde ongeorganiseerde vlucht dan wel het wreed isoleren van slachtoffers, inclusief degenen die men aanwijst als de veroorzakers van het kwaad. Men ontdoet zich „rücksichtslos” van al die mensen door ze levend te verbranden, te verdrinken, levenslang op te sluiten (tijdens de lepra-epidemie waren er 20.000 van zulke „lazaretten” in Europa) en te „merken”. Hiertoe behoorden onder meer brandmerken, dragen van een bel of ratel, het blijvend opleggen van een spreekverbod enz. Het „gepeupel” ging zich veelal te buiten aan roekeloos gedrag. Vooral in de steden heersten onbeschrijfelijke toestanden. Op de meest absurde verdenkingen werden de „aangewezen” slachtoffers gemarteld, waarbij men onder meer overging tot kaalscheren, purgeren, duimschroeven aanleggen, het uitscheuren van levende organen met roodgloeiende tangen, handen afkappen en radbraken.

Ging het om een epidemie, die door een geslachtsziekte (syfilis) werd veroorzaakt, dan deed zich nog een verschijnsel voor. Als gevolg van een gestoorde hersenfunctie (hersenzenuwen) begingen patiënten, voor zover zij over een machtspositie beschikten, ongekende wrede daden. Bekende na-

men uit de geschiedenis zijn Iwan de Verschrikkelijke, Bloody Mary en Hendrik VIII. De verworvenheden van onze samenleving vallen onder zulke omstandigheden terug naar een bedenkelijk niveau. Het wordt dan problematisch een dergelijke beschaving in stand te houden. Zelfs de verdediging naar buiten toe kan ineenstorten. Een voorbeeld is de val van Rome, die pas plaatsvond nadat de Romeinse legioenen door een combinatie van malaria en builenpest waren gedecimeerd. In alle daaropvolgende tijden hebben wij gezien dat een infectieziekte de gevechtskracht bij grote legers kan aantasten [13].

Lessen

Welke lessen kunnen wij uit de geschiedenis leren?

In de eerste plaats valt het op dat infectieziekten, bij een natuurlijk verloop, aan wisselingen onderhevig zijn. Epidemieën komen en gaan. In sommige gevallen circuleert de ziekte tientallen jaren met een ongewijzigde virulentie en verdwijnt dan plotseling voor honderden jaren.

Voorts heeft de mens invloed op het gedrag van infectieziekten. Voor het uitroeien of beheersen van een besmettelijke ziekte gaat het niet alleen om een juiste kennis van de feiten maar bovenal om het toepassen van die kennis in de praktijk. In dit verband is het interessant te zien hoe Napoleon, als een van de eersten, het belang heeft ingezien van legers te laten inenten. Bij de huidige aids-epidemie mag dan ook worden verwacht dat het virus nog lange tijd zijn virulentie zal behouden en dat wetenschappelijk onderzoek en de toepassing van de kennis op mondiale schaal absolute voorwaarden vormen voor het terugdringen ervan.

Een tweede les moet zijn dat het menselijke instinct, zeker bij de seksuele driften en vrijheden, krachten kan losmaken waartegen kuisheidswetten en hygiënische maatregelen het bij „de massa” afleggen. Verwacht mag worden dat, evenzeer als in het verleden, de agressie zich zal richten tegen aidsslachtoffers of vermeende slachtoffers. Gedachten over het isoleren in „lazaretten” (aids-klinieken) en het herkenbaar tatoeëren of brandmerken staan reeds ter discussie en kunnen opnieuw worden ingevoerd. Ook acute of voortdurende ontlasting van psychisch en lichamelijk

geweld kunnen zich gaan voordoen. Mogelijk zullen toekomstige aidspatiënten met een gestoorde hersenfunctie de geschiedenis ingaan wegens wreedheden dan wel als veroorzakers van „man-made” disasters. Menselijke tekortkomingen leveren een toenemend gevaar voor de samenleving op. In dat opzicht ligt Tsjernobil nog vers in het geheugen, omdat dit onheil door menselijk falen over ons kwam.

De militaire factor

Militair personeel (beroeps en mobilisabel), dat drager is van het virus, is kwetsbaar in gevechtsfuncties en wel om drie redenen:

- ten eerste is dat personeel in verhoogde mate kwetsbaar voor opportunistische infecties;
- ten tweede kan dat personeel niet zonder meer worden ingeënt, zeker niet met „levende” virussen, die een bron kunnen zijn voor het uitbreken van de bijbehorende ziekten;
- ten derde is de kans op complicaties bij conventionele en nbc-letsels aanmerkelijk vergroot.

Het tweede scenario

De omvang van de aidsepidemie heeft langzamerhand enige invloed op de Amerikaanse defensiestrategie. Seropositief militair personeel raakt direct het plaatsingsbeleid. Een Amerikaanse militair zal immers onder alle denkbare omstandigheden, waar ook ter wereld, worden ingezet. Voor besmet personeel ligt de zaak echter anders. Dat personeel, hoe fit ogenschijnlijk, vormt voor zichzelf en voor anderen een potentieel gevaar, gelet op de sterk verhoogde biologische kwetsbaarheid. Men kan het derhalve niet plaatsen in gebieden met gebrekkige geneeskundige zorg, en in streken waar bv. malaria en gele koorts endemisch zijn. Derhalve worden virusdragers, althans voor zover nog inzetbaar, geplaatst op het grondgebied van de VS, inclusief Hawaï en Alaska.

De epidemie treft in de komende jaren in toenemende mate de verschillende lagen van de Amerikaanse samenleving.

Door een verschuiving in het maatschappelijk draagvlak worden ongetwijfeld prioriteiten verlegd, van (grote) uitgaven voor defensietaken

naar budgetten voor de sociale opvang en maatregelen in de gezondheidszorg. De uitwerking van dit proces wordt in dat geval en op termijn merkbaar in bezuinigingsmaatregelen voor defensie, met negatieve gevolgen voor de strategie en een versterking van de isolationistische tendensen.

Het militair-personeelsbeleid van de VS

Bij de inkeuring en tijdens de opleiding worden rekruten op aids getest, waarbij seropositieve dragers onherroepelijk worden afgekeurd. Het percentage afkeuringen voor aids ligt op dit moment rond 1,6%. Het actief dienende beroepspersoneel, alsmede — op verzoek — familieleden, ondergaan jaarlijks de verplichte ELISA-test.

Het gehele personeel ontvangt zowel informatie als instructie met het doel het infecteren en verspreiden van de ziekte, waar mogelijk, tegen te gaan. Bloed- en bloedprodukten, afkomstig van donors, worden gescreeend, en alle patiënten met verdachte ziektesymptomen, waaronder personeel dat zich mogelijk heeft blootgesteld aan een verhoogd risico (bezoekers aan poliklinieken van huid- en geslachtsziekten), ontvangers van bloed- en bloedprodukten, drugsverslaafden en gevangenen, worden extra onderzocht.

Geneeskundige en tandheelkundige eenheden, ziekenhuizen en laboratoria, die enige verdenking bij een onderzoek koesteren ten aanzien van aids, beschikken over een vertrouwelijke procedurelijn om hun bevindingen bij de aangewezen autoriteiten te melden. Inmiddels is men overgegaan tot een verplichte screeningtest bij het reservepersoneel.

Het burgerpersoneel van Defensie wordt uitsluitend op eigen verzoek getest. De gehele operatie heeft een strikt vertrouwelijk karakter, zodat de privacy van de virusdrager wordt gerespecteerd.

Dat geldt reeds voor de procedure die begint bij afname en verzending van het bloedmonster, administratief „gestuurd” door speciale codelijsten. Alle testuitslagen worden in een centrale databank verwerkt en opgeslagen. Informatie uit deze bestanden wordt uitsluitend aan daartoe aangewezen autoriteiten verstrekt.

De virusdrager wordt deskundig opgevangen. Seropositief beroepspersoneel, zonder klinisch ziek-

tebeeld, mag in principe zonder functiewijziging dienst blijven doen, zij het in de beperkte geografische ruimte zoals reeds aangegeven.

Alle informatie, zolang niet van criminele aard, die door het programma wordt verkregen, mag niet leiden tot enige strafvervolgning. Hieronder vallen de (in de VS verboden) homoseksualiteit en de drugsverslaving. Bij de opvang worden het personeel en de eventuele echtgenoot/genote waardig en met begrip opgevangen. De opvang in het centrum houdt in: medisch, psychologisch, religieus en sociaal gerichte begeleiding.

Virusdragers en risicogroepen worden vanzelfsprekend uitgesloten als donor van bloed of van organen. De screeningtests worden regelmatig herhaald en alle gegevens worden opgetekend in het medisch geheim, en opgelegd bij medische en tandheelkundige documenten. Zowel de adviezen als de inhoudelijke voorlichting over de ziekte worden in deze documenten aangetekend, waarna de getroffene met een handtekening bevestigt dat hij of zij de eigen verantwoordelijkheid in deze zal dragen. Dit laatste geldt met name voor zijn/haar potentieel besmettingsgevaar binnen en buiten de eigen familiekring.

Op medisch gebied vindt een evaluatie plaats, die neerkomt op een uitgebreid internistisch/neurologisch/psychiatrisch onderzoek. Hieruit blijkt of de militair lichamelijk en psychisch fit genoeg is om in de eigen functie te worden gehandhaafd. Bij afwijkingen volgt vervroegd ontslag of voortgezette isolatie en medische behandeling.

Het hiervoor besproken onderzoek van de betrokkenen wordt elk halfjaar in de daartoe aangewezen regionale centra herhaald. Alle gegevens uit die centra worden eveneens in de aids-databank ingevoerd. Zij dienen voor het voortgezette epidemiologische onderzoek, de zg. „longitudinale epidemiologische evaluatie”. Men hoopt zo waardevolle inlichtingen over transmissiewegen, het natuurlijke ziekteverloop, wetenschappelijke informatie e.d. te verkrijgen, alsmede mogelijke trends die van invloed zijn op het personeelsbeleid van Defensie en de richtlijnen van de militair-geneeskundige diensten. Zij alle zijn gediend met een dergelijke „follow-up” over ziekteverloop, transmissierisico, de inzetbaarheid en gevechtskracht en de veiligheid van de bloedvoorziening.

Afwegingen m.b.t. het (geneeskundige) beleid voor de Nederlandse krijgsmacht

De Amerikaanse situatie is op dit moment een volstrekt andere dan die van de Nederlandse krijgsmacht. Het Amerikaanse militaire personeel bestaat uit beroepskrachten, die overal ter wereld worden ingezet. Het reservoir aan dragers van het aidsvirus is in de Amerikaanse samenleving op dit moment groter en de wisselwerking tussen maatschappij en krijgsmacht verloopt langs andere lijnen.

De Nederlandse krijgsmacht is sterk verweven met de civiele maatschappij. Onze samenleving zal een hoge prioriteit toekennen aan het ontwikkelen van vooral dié maatregelen, die de verspreiding van de ziekte moeten afremmen. Massale voorlichtingscampagnes, genoemd in de inleiding, duiden op deze praktijkgerichte aanpak.

Andere maatregelen vallen mogelijk minder op, zoals het testen van donorbloed en een anti-virusbehandeling van onder meer alle bloedprodukten. Taboes ondergaan eveneens een verandering. Zo wordt in de Nederlandse pers plotseling veel aandacht besteed aan een nieuw vak, dat van „condomologie” [14, 15]. In deze literatuur noemt men het condoom wel het „beste middel” voor de aidspreventie [14...17].

De samenleving zal, onder invloed van de toenemende dreiging, mogelijk ook een gewijzigd seksueel gedragspatroon ontwikkelen. Hiertoe behoort wellicht in de nabije toekomst het propageren van het op jonge leeftijd samenwonen dan wel het sluiten van een huwelijk. In vroeger tijden bleek dit vroege huwelijk een probaat middel bij de preventie en de bestrijding van geslachtsziekten. Met statistische onderzoeken is een samenhang aan te geven, waaruit blijkt dat de ongebonden jeugd, tussen de 20 en 23 jaar, tot de piek behoort van de slachtoffers van de seksueel overdraagbare aandoeningen. Late huwelijken werken promiscuïteit in de hand, en vroege huwelijken vormen een tegenwicht, zo blijkt uit ervaringen in vroeger tijden [18].

Een dergelijke ontwikkeling heeft onder meer consequenties voor het personeelsbeleid t.a.v. dienstplichtingen. Vermoedelijk zullen de mogelijkheden om een screeningtest te laten uitvoeren over enkele jaren worden verruimd. Of die test

anders dan op basis van vrijwilligheid zal worden afgenomen valt vooralsnog niet te zeggen. Vermoedelijk zullen in de toekomst de groepen die een verhoogd risico opleveren voor de samenleving, wel degelijk met vormen van dwangwetgeving te maken krijgen.

Het „beleid”, dat aan een dergelijke dwangwetgeving zal voorafgaan, berust op een afwegingsproces. Aan de ene kant liggen bij die afweging de belangen voor de samenleving, dan wel die van bepaalde groepen of bedrijven, en aan de andere kant liggen de nadelen voor het individu op de weegschaal (het „doen, laten of ondergaan”). Beide grootheden zijn complex en volstrekt ongelijkwaardig. Het beleid dient die beide grootheden tegen elkaar af te wegen.

Voorbeelden van een dergelijke afweging zou men reeds nu kunnen geven. Moet men, zoals hier en daar al gebeurt, in het belang van de veiligheid (denk aan het plotseling geheugenverlies bij aids-patiënten) de bemanning van massatransportmiddelen zoals vliegtuigen, treinen en schepen, resp. de kandidaten voor dergelijke functies verplichten tot een screeningtest? Mag men vreemdelingen uit de voor aids bekende gebieden in onze samenleving toelaten zonder screeningtest?

Vele van deze vragen heeft men thans in studie en een definitief antwoord is er niet. Soortgelijke vragen gelden voor het beleid binnen onze krijgsmacht. Ook hier staan wij, voor het formuleren van een antwoord, nog maar aan het begin [19].

Militair-geneeskundig richt men nu nog de aandacht op voorlichting bij opkomst van dienstplichtigen en beroepspersoneel, op het „veilig” stellen van de bloedvoorraad en op het medisch begeleiden van seropositief militair personeel door een beroepsarts. Die begeleiding is nog niet gestructureerd op een wijze zoals in de VS.

Vraagstukken over de inzetbaarheid van seropositief personeel in vredes- en in oorlogsfuncties, die het gevolg zijn van een verplichte periodieke screening van beroeps-, mobilisabel, dienstplichtig en reservepersoneel, zal men vrijwel zeker onder ogen moeten zien. Ook hier dienen de antwoorden op vele vragen nog te worden ontwikkeld. Toch lijkt het verstandig binnen de krijgsmacht vroegtijdig voorbereid te zijn op de geschatte ontwikkelingen.

Eén van de beleidsterreinen voor de militair-geneeskundige dienstverlening is een goed gestruc-

tureerde preventie. Die begint aan de basis; onze „kwetsbare” jeugd moet daar deskundig worden opgevangen, d.w.z. bij de onderdeel-geneeskundige diensten. Dienstplichtigen, en met hen ook het overige personeel, dienen er met waarborg voor ieders privacy, zonder drempelvrees te kunnen binnenlopen met alle vragen en problemen over het aidsvraagstuk. Mijns inziens ligt voor dit niveau een belangrijke taak weggelegd, in het belang van het individu en in het belang van de samenleving. De onderdeel-geneeskundige diensten kunnen krachtig worden ondersteund door de Bijzondere organisatie-eenheden (BOE'n), waartoe ik de Militaire bloedtransfusiedienst en de Dienst militaire gezondheidszorg (DMGZ) reken. De DMGZ is een dienst die is belast met enkele uitvoerende taken op het gebied van de preventieve geneeskunde en hygiëne, en die men m.b.t. het aidsvraagstuk zou kunnen laten functioneren als een pendant van de civiele GG en GD. In de DMGZ zou men ook de bruikbare elementen van de Amerikaanse militair-geneeskundige policy kunnen integreren zoals: het centraal verwerken en bestuderen van relevante militair-geneeskundige gegevens, met behoud van ieders privacy, bv. via een afgeschermd databank. Denkbaar is eveneens een coördinerende taak naar de onderdeel-geneeskundige-diensten en het BIH voor medische, psychologische, religieuze en sociale zaken.

Specifieke voorlichtingstaken kunnen zijn de individueel gerichte instructie, alsmede de poliklinische functie voor tal van „niet-klinische” vraagstukken, die zich niet lenen voor een onderdeel-geneeskundige verzorging. Tussen de DMGZ en de civiele GG en GD zal in dat geval t.b.v. de dienstplichtigen een koppeling moeten worden gelegd. Deze groep gaat immers na korte tijd met groot verlot.

Het Nederlandse militair-geneeskundige scenario is, dat mag duidelijk zijn, nog in wording. Op dit moment vormt de „nieuwe dreiging” nog een gevaar dat wij voornamelijk elders registreren. Laten wij de tijd die voor ons ligt gebruiken voor het ontwikkelen van een zorgvuldig beleid, opdat problematiek uit het eerste scenario — waar mogelijk — in onze krijgsmacht wordt voorkomen [20].

In afweging m.b.t. het geneeskundig beleid voor de Nederlandse krijgsmacht doen wij er naar mijn mening verstandig aan, de voor ons land bruikbare

elementen uit het Amerikaanse beleid over te nemen. De problemen in de VS lopen circa drie jaar voor de onze uit. Ik verwijs daarvoor naar het rapport van de Gezondheidsraad [22]. Het zijn verschillen in tijdelijke en plaatselijke omstandigheden die mede een divergentie veroorzaken in de opvattingen van Nederlandse en Amerikaanse au-

toriteiten. Naarmate de problemen zich zullen versterken, zal die divergentie meer en meer afnemen: ca. 4000 aidspatiënten in Nederland, met 120.000 tot 300.000 seropositieve virusdragers in 1990.

De „Nieuwe dreiging” biedt, ook voor onze krijgsmacht, vooralsnog een zorglijk perspectief.

Literatuur

1. J. van Wijngaarden — voorlichting over Aids via massamedia. *NRC-Handelsblad* (1987)(11 feb).
2. J. M. Parkin — EG-fondsen voor Aids-research. *Patient Care* (1986)(6).
3. J. J. van Loghem — *Algemene gezondheidsleer*. Kosmos, Amsterdam (1956).
4. J. M. Parkin en R. A. Coutinho — Over Aids na een HTLV III-infectie en wat voor de patiënt kan worden gedaan. *Patient Care* (1986)(6).
5. J. Fowler — Londen wil volmachten tegen Aids. *NRC-Handelsblad* (1987)(10 feb).
6. J. L. Marx — Aids virus has new name, perhaps. *Science* (1986)(9 mei).
7. B. D. P. Eyron en R. A. Coutinho — Aids en de Eerste lijn. *J. for dry therapy and research* (1986)(2)1.
8. J. G. Huisman — Serologie en confirmatie van besmetting met HIV. *CLB-bulletin* (1986)(9).
9. E. Boogerman — Vrije liefde met angst in het hart. *NRC-Handelsblad* (1987)(17 feb).
10. H. W. Haggard — *Van medicijnman tot geneesheer*. Ruys, Amsterdam (1951).
11. R. Meines — Discussie in Bonn over meldingsplicht escaleert. *NRC-Handelsblad* (1987)(20 feb).
12. *HQDA LTR 40-86-1* (rapport). US Army Tradoc (1986)(1 feb).
13. *Uittreksel uit de cursus voor de Officieren-arts*. Mil. school v. hygiëne en preventieve geneeskunde, Neerijnen (1962).
14. F. Wafelbakker — Condomologie voor de beginner. *NRC-Handelsblad* (1987)(26 feb).
15. E. Meuleman — Condooms veilig, maar vervelend in de praktijk. *NRC-Handelsblad* (1987)(13 feb).
16. P. van Dijk — Franse kerk tegen condoomreclame. *NRC-Handelsblad* (1987)(12 feb).
17. L. Montagne en A. Pompidou — Leraren cursus over Aids aan de Sorbonne. *NRC-Handelsblad* (1987)(18 feb).
18. A. Klokke van Koster — In afwachting van een middeleeuwse epidemie; een riskante levensstijl. *NRC-Handelsblad* (1987)(4 feb).
19. *Concept ADA, Algemene dienstverlening, nr 9002*. IGDKL (1986).
20. G. S. D. Zaalberg — 40 jaar DMGZ. *Ned. Mil. Geneesk. Tijdschr.* (1985)(7).
21. F. Jensma — Aids vormt een „tijdbom” voor verzekeraars. *NRC-Handelsblad* (1987)(10 mrt).
22. *Aids-problematiek in Nederland* (richtlijnen voor groepsonderzoek en adviezen voor preventie, derde advies; nr 1986/22. Gezondheidsraad (1986).

