

soort stofzuiger in dezelfde of aangrenzende kamer. Bovendien bestaat het risico van beschadiging van conjunctiva en (of) cornea. Guilleminault heeft onlangs op het 3e Symposium internacional de Neumologia in Sevilla officieel verklaard op deze gronden de n.CPAP als therapie te hebben verlaten. Voor afwijkingen op orofaryngeaal niveau blijft de UPPF de meest effectieve behandeling, hetgeen wij op grond van onze ervaringen bij thans 18 patiënten kunnen onderschrijven.

LITERATUUR

- Hoffmeister JA, Cabatingan O, McKee A. Sleep apnea treated by intestinal bypass. J Maine Med Assoc 1978; 69: 72-4.
- Sugerman HJ, Fairman RP, Lindeman AK, et al. Gastroplasty for respiratory insufficiency of obesity. Ann Surg 1981; 193: 677-85.
- Guilleminault C, Eldridge FL, Tilkian A, et al. Sleep apnea syndrome due to upper airway obstruction. Arch Intern Med 1977; 137: 296-300.
- Lugaresi E, Cirignotta F, Coccagna G, et al. Snoring and the obstructive sleep apnea syndrome. Electroencephalogr Clin Neurophysiol 1982; 35: 421-30.

H. J. WOUTERS

J. J. MANNI

H. TH. FOLGERING

P. H. M. VAN DER HAM-VELTMAN

Nijmegen, juli 1986

De betekenis van laparoscopie bij chronische buikpijn

Publikatie van dit artikel (1986; 1319-21) geeft mij aanleiding het ziektebeeld van de buikwandneuralgie (ofwel bekkenpijn-syndroom) nog eens onder de aandacht van de lezers van dit tijdschrift te brengen. Ik vraag mij af of de beschreven patiënte met chronische buikpijn, die zes maal tevergeefs werd geopereerd, niet aan dit ziektebeeld lijdt, en hoe vaak deze diagnose bij de 85 andere patiënten gesteld had kunnen worden. Over de buikwandneuralgie schreef Kloosterman in 1963 een klinische les;¹ in 1981 zijn over dit syndroom twee samenvattingen van wetenschappelijke voordrachten verschenen.^{2,3} Peters et al. vermelden wel de klinische les in hun literatuurlijst, maar (h)erkennen blijkbaar dit ziektebeeld niet, althans zij vermelden niet dat één van hun patiënten eraan zou kunnen lijden.

Indien men op grond van de anamnese en een zorgvuldig en voorzichtig gynaecologisch onderzoek deze diagnose heeft kunnen stellen, dan is de therapie geen 'schot in het duister' meer, wat overigens niet wil zeggen dat de behandeling altijd even gemakkelijk is. Eenvoudig laboratoriumonderzoek en echoscopie van de onderbuik kunnen nuttig zijn, laparoscopie is echter zelden nodig. Aan een patiënte met buikwandneuralgie (evenmin als aan een patiënte met trigeminusneuralgie) zegge men nooit 'wij kunnen niets vinden' of 'er is niets aan de hand'; bij een juist uitgevoerd gynaecologisch onderzoek vindt men namelijk een aantal pijnlijke drukpunten aan de binnenkant van de buikwand. Buikwandneuralgie is dan ook geen diagnose per exclusionem, maar een concrete bevinding bij vaginaal toucher.⁴

Is de diagnose gesteld, dan begint men de behandeling met een gesprek, waarin aan de patiënte het syndroom wordt uitgelegd,¹ andere vormen van behandeling vindt men elders beschreven;^{2,3} psychosociale hulpverlening is in het algemeen even onjuist als het uitvoeren van nodeloze operaties⁴ en het geven van zinloze medicijnen.

LITERATUUR

- Kloosterman GJ. Pijn in de onderbuik. Ned Tijdschr Geneesk 1963; 107: 101-7.
- Loendersloot EW, Reeper M de. Het bekkenpijn syndroom. Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 121.

³ Vlaanderen W. Praktische aanpak van buikwandneuralgie. Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 121-2.

⁴ Vlaanderen W. De spontane abortus. Amsterdam, 1983. Proefschrift.

⁵ Bakker RW, Stenvers JW. Buikwandneuralgie en de neurologische behandeling. Practitioner (Nederlandse uitgave) februari 1986: 167-70.

R. W. BAKKER

Amsterdam, juli 1986

Wij hebben ons in dit eerste onderzoek beperkt tot de vraag of laparoscopie zonder meer als aanwinst gekenmerkt kan worden in de diagnostiek bij vrouwen met chronische buikpijn. Wij zijn dan ook niet verder ingegaan op alle andere facetten die een rol spelen in de diagnostiek, behandeling en begeleiding. Binnenkort hopen wij uitgebreider te rapporteren over een prospectief onderzoek bij vrouwen met chronische buikpijn, wat mede mogelijk wordt gemaakt door een subsidie van het Praeventiefonds. Daarop vooruitlopend kunnen wij stellen dat wij aan buikwandneuralgie zeker als ziektebeeld uitgebreid aandacht besteden.¹ Wij willen dan ook nogmaals duidelijk verklaren dat bij een integrale benadering van de vrouwen met chronische buikpijn ook zeker alle aandacht besteed wordt aan somatische factoren. Verder zijn wij het vanzelfsprekend met de schrijver eens dat indien een diagnose gesteld wordt de behandeling begint met een gesprek waarin aan de patiënte het syndroom wordt uitgelegd. Dit geldt vanzelfsprekend niet alleen voor de buikwandneuralgie.

Minder eens zij wij het met de schrijver met de laatste opmerking waarin hij stelt dat psychosociale hulpverlening in het algemeen even onjuist is als het uitvoeren van een nodeloze operatie en het geven van zinloze medicijnen. Het ware juist geweest als er gesproken was van onnodige psychosociale hulpverlening. Wij willen er met nadruk op wijzen dat psychosociale begeleiding van vrouwen met chronische buikpijn vaak onmisbaar is bij een juiste benadering.

LITERATUUR

- Slocombe JC. Neurological factors in chronic pelvic pain. Trigger points and the abdominopelvic pain syndrome. Am J Obstet Gynecol 1984; 149: 536-43.

A. A. W. PETERS

J. B. TRIMBOS

H. J. M. ELIE

E. V. VAN HALL

Leiden, juli 1986

De overlijdensverklaring

Ik wil over dit juridische geschil met Leenen in dit medische tijdschrift (1986; 1430-1) zo duidelijk mogelijk zijn zonder te lang te worden. Leenen en ik hebben wel een gemeenschappelijk uitgangspunt: ter zake van *medische handelingen* is de arts niet strafbaar, ook al beantwoorden die aan een delictomschrijving in de strafwet. Het enkele feit dat de dood van de patiënt mede is veroorzaakt door zo'n medische handeling, staat de afgifte van de overlijdensverklaring niet in de weg.

Onze wegen scheiden zich waar ik betoog (1986; 1411-2), dat naar geldend recht ook euthanasie – het doen of laten sterven van een patiënt overeenkomstig diens verlangen of in diens belang – medisch handelen kan zijn. Leenen betwist dat. Hij is in goed gezelschap: van de Staatscommissie, de regering, de Raad van State. Toch deugt zijn standpunt niet.

De nariigheid is, dat de Staatscommissie in haar rapport het euthanasievraagstuk voetstoots als een strafrechtelijk vraagstuk behandelt, en daarbij voorts een met het systeem van ons

strafrecht onverenigbare opvatting van de betekenis der strafbepalingen hanteert. Dat brengt dan weer mee, dat er volgens haar rapport naar geldend recht geen toelaatbare, rechtmatige euthanasie bestaat, zodat nog slechts de vraag rest of en in hoeverre de strafwet gewijzigd moet worden om euthanasie toelaatbaar te maken.

Maar de werkelijkheid is anders. De euthanasie behoort en heeft altijd behoord tot de praktijk van de geneeskundige aan het ziek- of sterfbed. Altijd ook hebben daarna bonafide lijkschouwende artsen overlijdensverklaringen afgegeven. Net zoals zij dat ook deden aan pijnstillen met levenverkortend gevolg. Zo'n verschijnsel roept voor de jurist pertinente vragen op. Want het recht beïnvloedt het handelen van de mensen in de dagelijkse levenspraktijk, maar ook het omgekeerde geldt: die dagelijkse praktijk beïnvloedt het geldende recht. Uitgedrukt in woorden die ik ontleen aan Bronkhorst, raadsheer in de Hoge Raad: recht is niet slechts een stelsel van abstracte normen, maar ook een gebeuren: recht geschiedt. Wetten zijn dan ook vaak geabstraheerd uit de vloeiende werkelijkheid van het recht dat in het recht-doen, niet alleen van de rechter maar van ieder mens, geschiedt (Op gezag van . . ., *Ars Aequi* 1985, bl. 664).

Dat gegeven: dat bonafide artsen sinds jaar en dag euthanasie uitvoeren en daarna de overlijdensverklaring afgeven hebben we, eerst in het *Nederlands Juristen Blad* van 22 juni 1985, daarna samen met Langemeijer, Mulder en Van Veen in *NRC/Handelsblad* van 22 april 1986, en tenslotte in dit tijdschrift (1986; 1411-2), zijn plaats in het ongeschreven recht aangewezen. Ik ben Leenen dankbaar dat hij daarop reageert. Leenen volgt de Staatscommissie; dat blijkt uit de twee kernzinnen in zijn reactie: de wetgever heeft 'euthanasie (. . .) uitdrukkelijk als handelingen beschouwd waarover het oordeel niet aan de medische professie, maar aan de samenleving toekomt' en 'Euthanasie is een strafbaar feit in de wet en het is een maatschappelijke discussie of die wet moet worden gewijzigd.' Hij leidt kennelijk uit het feit dat euthanasie een strafbaar feit in de wet is af, dat alle euthanasie ontoelaatbaar of onrechtmatig is.

Maar zo steekt de strafrechtelijke vork niet aan de steel. Wettelijke strafbepalingen houden zich namelijk niet bezig met de vraag, welke handelingen wel en welke niet rechtmatig of toelaatbaar zijn. Zij wijzen slechts de handelingen aan die, *indien onrechtmatig*, ook strafbaar zijn. Door het enkele feit dat een handeling strookt met een wettelijke delictomschrijving staat, anders gezegd, die ontoelaatbaarheid nog niet vast. Ook het zo net beschreven uitgangspunt dat Leenen en mij verbindt, is daarop gebaseerd.

De strafbaarheid van een handeling is dus afhankelijk van ten minste twee noodzakelijke en *onafhankelijke* voorwaarden: primo, de handeling moet stroken met een delictomschrijving; secundo, zij moet onrechtmatig zijn. De rechter heeft, is de delictomschrijving vervuld, nog niet meer in handen dan een vermoeden van onrechtmatigheid van dat handelen. Daarom moet hij rechtens steeds ambtshalve (dus ook als de verdediging geen beroep op straffeloosheid doet) nagaan of er een rechtvaardigingsgrond is, dat wil zeggen: of er een omstandigheid is die dat vermoeden ontzenuwt. Leenens beroep op de wetgever faalt dus: enkel uit de wettelijke strafbaarstelling is de onrechtmatigheid niet af te leiden.

Tegen Leenens opvatting is ook nog ander bezwaar. In het recht is er geen tegenstelling tussen het oordeel van de medische professie en van de samenleving, tussen medisch-professionele en maatschappelijke normering. Want de medische stand is deel van, functioneert, is geïntegreerd in de samenleving, in de maatschappij. Het recht trekt daarvan partij bij de ordening van de verhoudingen tussen artsen, patiënten, cliënten, en bedient zich zo van de specifieke bekwaamheden van de medici. Die vormen immers bij uitstek het deskundig forum van de maat-

schappij dat, beter dan wie ook, aan de regels van de kunst – medisch-technisch, ethisch, juridisch – gestalte kan geven.

Dat alles neemt niet weg dat uiteindelijk het laatste woord bij het recht blijft: altijd kan de rechter de euthanasie en de regels van de kunst, van de medisch-professionele standaard, toetsen aan wet, openbare orde, goede zeden. Het verwijt dat ik het euthanasievraagstuk medicaliseer is misplaatst. Ik beschrijf alleen het geldende recht, en dat kent geen wettelijke euthanasieregels. Die beschrijving is nodig, omdat de openbare euthanasiediscussie door de misvatting dat het recht euthanasie verbiedt (terwijl in waarheid de wet alleen ontoelaatbare euthanasie strafbaar stelt) en dat euthanasie altijd een overlijdensverklaring in de weg staat (terwijl alleen ontoelaatbare euthanasie dat doet) vele bonafide artsen criminaliseert. En omdat voor een verstandig besluit over wijziging van het euthanasierecht kennis van het bestaande euthanasierecht vereist is. Anders weet men niet wat men doet. We moeten weten waarover we het eigenlijk hebben.

Leenen wijst nog op een rechtbankvonnis. Maar die zaak loopt nog in hoger beroep. Laten we eerst de cassatie afwachten. In de ontwikkeling van het strafrechtstelsel speelt de lagere rechtspraak nauwelijks een rol. Leenen zoekt ook nog steun bij Kamerstukken van een nog niet beklonken wet. Zo'n bron kan tot kennis van het geldend recht niet bijdragen.

Volgens Leenen heb ik een afwijkende opvatting, neem ik een speciaal standpunt in. Het zij zo; ik ben lang niet de enige, bevind me niet alleen in gezelschap van juristen als Langemeijer, Mulder en Van Veen, maar ook in dat van vele fatsoenlijke artsen die sinds jaar en dag met een gerust geweten ook na euthanasie de overlijdensverklaring afgeven. Het laatste woord daarover is aan de Hoge Raad.

CH. J. ENSCHEDÉ

's-Gravenhage, augustus 1986

De doodsbrieftjes

Professor Enschedé heeft de kwaliteit om zowel in het gesproken als in het geschreven woord heldere uiteenzettingen te geven (1986; 1411-2). En als je dan ook nog mee kunt gaan met de betreffende filosofie is het helemaal goed. Ik had dan ook weer een 10+ willen geven, tot ik ontdekte dat het menselijke beperkt zijn ook voor hem geldt. Als de sneltrein van het denken op het goede spoor zit, is door laten lopen het beste, maar met het risico dat een zijspoorje onvoldoende aandacht krijgt. Het zijspoor van de begrippen 'natuurlijk' en 'niet-natuurlijk' had helemaal vermeden kunnen worden door de beschouwing van het doen van de lijkschouw door de (behandelend) arts zo te redigeren: 'Lijkschouwing dient alleen het ontdekken (i.p.v. redden) van sporen van delicten. En, gelet op het doel van de ganse regeling, kan van justitiële interesse (i.p.v. niet-natuurlijke oorzaak) slechts sprake zijn in geval van een strafbare, criminele, misdadige oorzaak.' Justitie schift namelijk alle niet-natuurlijke oorzaken naar wel of geen interesse.

H. T. P. CREMERS,
politie-arts

Rotterdam, augustus 1986

Alles kan altijd beter onder woorden worden gebracht. Toch: in dit geval blijf ik bij m'n tekst op bl. 1412, linker kolom, 2e alinea. Niet 'ontdekken' maar 'redden' is het juiste woord. Met een bloot-uitwendige, oppervlakkige, lijkschouwing 'ontdek' je soms wel sporen, maar soms krijg je niet meer dan een aarzeling of dat wel goed zit; ook dan moet er serieus naar sporen gezocht kunnen worden door lijkopening. Voorts: waar het om gaat is, dat 'niet-natuurlijke doodsoorzaak' een onvolkomen, on-