

optreden, dan valt die handeling buiten het normale medische handelen; immers de patiënt wordt zonder concrete medische noodzaak gedood. Uit het feit tenslotte dat discussie over euthanasie een maatschappelijke discussie is geworden, kan niet worden geconcludeerd dat een oordeel over de geoorlooftheid van euthanasie geen zuiver medische zaak is. Een oordeel waarvoor kennis van de praktische geneeskunde noodzakelijk is. De arts blijft te allen tijde verantwoordelijk voor zijn medisch handelen. Euthanasie mag dus volgens Leenen een maatschappelijk probleem zijn, de toepassing ervan blijft een medische handeling waartoe de indicatie op grond van aantoonbare ziektekundige symptomen dient te worden gesteld. Andere criteria zijn voor en door niemand hard te maken, vandaar dat de argumenten van Enschedé zo moeilijk weerlegbaar blijken. Het deelnemen aan een discussie over euthanasie, resp. het bedenken van juridische gedragsregels is niet hetzelfde als verantwoordelijkheid dragen voor actieve levensbeëindiging. Dit was, is en blijft een medische zaak.

F. L. MEIJLER

Utrecht, augustus 1986

### *Diagnostiek en klinische kenmerken van het TORCHES-syndroom*

Met belangstelling hebben wij het artikel van Oranje et al. (1986; 858-61) gelezen. Met betrekking tot het hoofdstuk congenitale syfilis meenden wij dat nadere toelichting op bepaalde punten het betoog kan verduidelijken. Inderdaad is de bepaling van antitreponemale IgM-antistoffen van groot belang voor de diagnostiek van congenitale syfilis bij pasgeborenen. Zoals de schrijvers opmerken, kan dit door middel van de IgM-FTA-abs-test (fluorescent treponemal antibody absorption-test) gebeuren. Het gebruik van deze test is evenwel af te raden wegens het veelvuldig optreden van fout-positieve en fout-negatieve testresultaten als gevolg van respectievelijk de aanwezigheid van reumafactoren en competitieve binding tussen IgM en IgG.<sup>1</sup> Door toepassing van de 19S-IgM-FTA-abs-test, waarbij gebruik gemaakt wordt van IgM verkregen door fractionering van het serummonster, kunnen deze problemen ondervangen worden.<sup>2</sup> Bij verdenking op congenitale syfilis bij pasgeborenen kan de 19S-IgM-FTA-abs-test bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne te Bilthoven aangevraagd worden.

De schrijvers stellen dat bij de serologische screening bij zwangeren in Nederland de venereal disease research laboratory (VDRL)-test en de *Treponema pallidum* hemagglutination assay (TPHA) toegepast worden. Daar deze serologische controle slechts eenmalig tijdens de zwangerschap plaatsvindt en het van belang is fout-negatieve testuitslagen te vermijden, kunnen wij ons hier bij de schrijvers aansluiten. In het algemeen geven wij echter bij de serologische controle op syfilis de voorkeur aan het gebruik van alleen de TPHA. Uit vergelijkend onderzoek is ons namelijk gebleken dat de gevoeligheid voor opsporing van syfilis niet significant toeneemt indien naast de TPHA ook de VDRL-test verricht wordt. Afhankelijk van de groep die onderzocht werd, is bovendien vaak het aantal fout-positieve VDRL-uitslagen aanzienlijk hoger dan die verkregen door de TPHA.

Betreffende de incidentie van congenitale syfilis in Nederland, welke door de schrijvers wordt aangegeven als slechts 1 geval per jaar, kunnen wij opmerken dat in de periode tussen 1982 en 1985 drie- tot viermaal zoveel positieve 19S-IgM-FTA-abs-uitslagen bij pasgeborenen door ons geregistreerd werden. Een zorgvuldige analyse hiervan is in voorbereiding.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Herbst BR, Hoerz G, Müller F. Diagnostischer und therapeutischer Aussagewert des IgM-FTA-19S-Tests bei der Syphilis. *Aktuel Dermatol* 1979; 5: 175-83.
- <sup>2</sup> Eijk RVW van, Menke HE, Notowicz A, Stolz E. De serologische diagnostiek van syfilis; de huidige stand van zaken. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 26: 1173-7.

R. V. W. VAN EIJK

Bilthoven, juli 1986

O. E. IJSSELMUIDEN

H. E. MENKE

Hartelijk dank voor uw opmerkingen naar aanleiding van ons artikel over het TORCHES-syndroom.

Ten aanzien van het 1e punt kan ik het geheel met u eens zijn en ben ik u dankbaar voor uw aanvulling volgens het nieuwe serologiemodel.<sup>1</sup> In de door mij geraadpleegde literatuur werd de IgM-serologie volgens het oude model genoemd.<sup>2</sup>

Punt 2 is nieuw voor mij. Dit heb ik pas in uw recent verschenen artikel, dat enige weken na het onze verscheen, gelezen.<sup>1</sup> Is dit werkelijk waar en statistisch voldoende onderbouwd uitgezocht?

Het 3e punt over het vóórkomen van congenitale syfilis is mij bekend; ik heb de collega die dit nader uitzoekt zelfs informatie verstrekt over diverse patiënten. In het artikel heb ik mij doelbewust gehouden aan de gegevens die verstrekt werden door de Hoofdinspectie van de Volksgezondheid. De primeur wilde ik aan een ander laten.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Eijk RVW van, Menke HE, Notowicz A, Stolz E. De serologische diagnostiek van syfilis; de huidige stand van zaken. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 1173-7.
- <sup>2</sup> Holmes KK, Mardh PA, Sparling PF, Wiesner PJ, eds. *Sexually transmitted diseases*. 1st ed. New York: Mc Graw-Hill, 1984.

A. P. ORANJE

Rotterdam, september 1986

### *De doodsbriefjes*

In het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1986; 1411-2, 1430-1, 1576-8) speelt zich een discussie af tussen Enschedé en Leenen over de vraag of bij euthanasie een verklaring van natuurlijk overlijden mag worden afgegeven. Leenen, en met hem het Hoofdbestuur van de KNMG, de Staatscommissie Euthanasie, de regering, de Tweede Kamer en de Raad van State, is van mening dat er bij euthanasie geen sprake is van een natuurlijke dood en er derhalve geen verklaring van natuurlijk overlijden kan worden afgegeven. Enschedé, en met hem Langemeijer, Mulder en Van Veen, is van mening dat er bij euthanasie sprake is van een natuurlijke dood en dat de behandelende arts derhalve een verklaring van natuurlijk overlijden kan afgeven. Het is de vraag of het zinvol is een dergelijke toch zeer specialistisch-juridische discussie in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde te voeren. Dit zo zijnde, kan aan één aspect niet voorbijgegaan worden.

Mijn bezwaren tegen de artikelen van Enschedé richten zich hier niet in de eerste plaats tegen de door hem verdedigde interpretatie – welke zeker interessante aspecten bevat die nadere bestudering waard zijn –, maar tegen het – gezien de autoriteit van Enschedé als jurist – bepaald niet denkbeeldige risico dat artsen (mede ten gevolge van de wijze van rubricering van zijn eerste artikel door de redactie) er vanuit menen te mogen gaan dat Enschedés mening de algemeen geldende is. Zolang de huidige jurisprudentie zich niet wijzigt, kan men artsen niet adviseren een verklaring van natuurlijk overlijden in

te vullen zonder risico van vervolging en bestraffing wegens valsheid in geschrifte. Het afgeven van een valse verklaring van overlijden kan bestraft worden met maximaal drie jaar gevangenisstraf.

Geheel afgezien van het feit dat de regelgeving rond euthanasie een maatschappelijke en niet alleen (maar wel mede) een juridische of medische discussie is, kleeft er aan de opvatting van Enschedé ten minste één probleem. Ook hij is van mening dat de rechter euthanasie moet kunnen toetsen. Als de arts een verklaring van natuurlijk overlijden afgeeft, is deze toetsing achteraf niet gewaarborgd. Over de vraag hoe dat wel moet, is Enschedé niet duidelijk.

Gezien het standpunt van het Openbaar Ministerie en de relevante jurisprudentie kan een arts die bij euthanasie een verklaring van natuurlijk overlijden afgeeft er op dit moment op rekenen alleen daarom al bij ontdekking strafrechtelijk en eventueel ook tuchtrechtelijk vervolgd te zullen worden. Behalve de door Leenen genoemde rechtbank te Rotterdam (Medisch Contact 1986; 864 e.v.) hebben ook de rechtbank te Den Haag (Medisch Contact 1986; 925) en het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam (Medisch Contact 1986; 951 e.v.) uitgesproken dat het afgeven van een verklaring van natuurlijk overlijden bij euthanasie onjuist is.

MR. W. R. VROOM-KASTELEIN,  
secretaris KNMG

Utrecht, september 1986

Volgens de wet moet de arts in de verklaring van overlijden verklaren 'ervan overtuigd te zijn, dat de dood ten gevolge van een natuurlijke oorzaak is ingetreden'. Dat kan en mag hij uiteraard alleen, als hij ook inderdaad in gemoede, subjectief, naar weten en geweten van een natuurlijke doodsoorzaak overtuigd is. Géén vrijbriefje dus.

Volgens Mr. Vroom is er bij euthanasie geen sprake van een natuurlijke dood. Maar daarom gaat het niet. De vraag is of een arts die zijn patiënt op diens verzoek, met diens instemming, in diens belang heeft doen of laten sterven (men zegt dan: die op zijn patiënt euthanasie heeft toegepast), desondanks naar weten en geweten kan verklaren van een natuurlijke doodsoorzaak overtuigd te zijn. Zulke gevallen zijn er, daarover is iedereen het eens. Zo geven artsen – en dat wordt algemeen als vanzelfsprekend aanvaard – overlijdensverklaringen af, ook al hebben zij het leven van de patiënt desbewust verkort door een medisch geïndiceerde behandeling met pijnstillers. Dit is het onomstreden grensgeval van tal van andere gevallen waarin sinds jaar en dag de arts, al dan niet na overleg met de patiënt, met naaststaanden, desbewust zijn patiënt doet of laat sterven omdat hij dat in overeenstemming met een heersende dan wel als respectabel opgeld doende opvatting van de medisch-professionele standaard medisch geïndiceerd oordeelt.

Ik meen dus niet – gelijk Mr. Vroom beweert – 'dat er bij euthanasie sprake is van een natuurlijke dood'; ik zeg slechts (net als Langemeijer, Mulder, Van Veen en vele bonafide artsen) dat de arts ook in geval van euthanasie van een natuurlijke doodsoorzaak overtuigd kan zijn. Want voor de arts is medisch handelen dat desbewust de dood heeft verhaast bij het afwegen of hij de verklaring naar weten en geweten mag afgeven, geen relevante doodsoorzaak.

Mr. Vroom betoogt dat artsen strafrechtelijk risico lopen, als ze na euthanasie de overlijdensverklaring afgeven. Zij beroept zich daarbij op 'de huidige jurisprudentie'. Maar die jurisprudentie is er niet. Leenen wist slechts één rechtbankvonnis te noemen (1986; bl. 1577, rechter kolom, 3e alinea). Maar die zaak is nog niet uitgeprocedeerd; dat is geen jurisprudentie. Mr. Vroom noemt twee andere zaken, maar – daargelaten dat er één nog in beroep loopt – daarin zijn schuldigverklaringen

wegens moord uitgesproken! Het verbaast me dat zij die erbij haalt; want vanzelfsprekend faalt in die zaken het beroep op de subjectieve overtuiging, omdat die strijdt met de openbare orde of de goede zeden. Er is immers in zo'n geval geen sprake van *medisch handelen*.

Mr. Vroom vraagt hoe de rechterlijke toetsing-achteraf van de thanasiehandelingen der medici kan worden gewaarborgd. Een probleem ten aanzien van de overlijdensverklaring is hier niet. Die verklaring strekt daartoe niet; zij is daartoe niet ontworpen noch bedoeld. Politie en justitie krijgen regelmatig zaken voor strafrechtelijk beraad aangereikt door verontrust verplegend en ander personeel, naaststaanden en anderen. Het strafrecht functioneert hier dus net als op andere gebieden van het rechtsleven: naar aanleiding van aangiften. Er is geen reden speciaal hier daar iets aan toe te voegen.

Ten slotte: Mr. Vroom betreurt het dat deze 'toch zeer specialistisch-juridische discussie' gevoerd wordt in dit geneeskundig tijdschrift. Ik betreur dat met haar. Op m'n uitvoerige artikel over de overlijdensverklaring in het Nederlands Juristen Blad van 22 juni 1985 bleef tegen m'n hoop en verwachting iedere reactie in dat blad uit. Slechts reageerden twee gezondheidsdeskundigen in de krant met een ongemotiveerd 'nietes'; de een constateerde in de Volkskrant van 18 januari 1986 dat het buiten kijf staat dat je actieve euthanasie niet onder de noemer natuurlijke dood kunt brengen, en de ander zei in een andere krant dat dat zonneklaar is. Iets anders hebben wij ook nooit beweerd; wij betogen slechts dat *medische* euthanasie rechtens als doodsoorzaak niet relevant is. Daarop hebben Langemeijer, Mulder, Van Veen en ik de rechtspositie van de overlijdensverklaring nog eens korter in NRC/Handelsblad van 22 april 1986 onder de aandacht gebracht. Niemand reageerde.

Du choc des opinions jaillit la vérité: na dit doodzwijgen was ik wel gedwongen gastvrijheid te vragen aan dit tijdschrift. Ik ben daarom ook Mr. Vroom dankbaar voor haar reactie. Ten overvloede: ik besprak en bespreek slechts het geldende recht. Dat moet men kennen om te weten of het veranderd moet worden. Aan die kennis ontbreekt bij juristen en medici veel.

CH. J. ENSCHEDÉ

's-Gravenhage, september 1986

### *De behandeling van kystische fibrose*

In hun artikel (1986; 297-301) hebben De Jongste et al. op een heldere en overzichtelijke wijze hun beleid bij de behandeling van luchtweginfecties bij kystische fibrose (KF) naar voren gebracht. De respiratoire insufficiëntie als gevolg van deze luchtweginfecties is in hoge mate bepalend voor de levensduur van patiënten met KF; de meer doeltreffende antibiotische behandeling van de luchtweginfecties heeft de prognose dan ook aanzienlijk verbeterd. In de latere stadia van KF overheersen luchtweginfecties met *Pseudomonas aeruginosa*; optimale behandeling daarvan is van eminent belang om de achteruitgang in respiratoire functie zoveel mogelijk te vertragen. In de gebruikelijke combinatie van een antipseudomonasbetalactamantibioticum (bijv. ticarcilline of azlocilline) en een aminoglycoside, is het aminoglycoside van eerste keuze gewoonlijk tobramycine, alhoewel deze keuze, ook in dit artikel, vaak niet wordt gemotiveerd. De keuze van tobramycine lijkt vooral gebaseerd op de goede intrinsieke activiteit ten opzichte van *P. aeruginosa*, welke groter is dan die van gentamicine,<sup>1</sup> vooral ook ten opzichte van *Pseudomonas*-stammen van patiënten met KF.<sup>2</sup> Een groot probleem bij intensief gebruik van aminoglycosiden is echter, zoals bij vele antibiotica, resistentie-ontwikkeling, welke voornamelijk berust op aminoglycoside-inactiverende enzymen.<sup>3,4</sup>