

Obductie op verzoek van de huisarts

De taak der wetenschap is feiten voor schijn en bewijzen voor indrukken in de plaats te stellen. (Ruskin)

J. NOOTER*

Het aanvragen van obductie door artsen wordt in Nederland bemoeilijkt door twee factoren. In de eerste plaats moet daarvoor toestemming worden verkregen van de nabestaanden en in de tweede plaats heeft een obductieaanvraag financiële consequenties. Merkwaardigerwijze hebben de huisartsen deze dubbele belemmering tot dusver gelaten voor wat ze is.

Inleiding

In 1982 wordt ergens in de Randstad thuis een baby geboren onder leiding van de verloskundige. Er doen zich geen complicaties voor. Op de avond van die dag, ruim twaalf uur later, krijgt het kind acute ademhalingsmoeilijkheden. In paniek brengt de vader het kind naar het meest dichtbij gelegen ziekenhuis. De eerstehulpdienst en de direct ontboden kinderarts kunnen slechts de dood constateren; het kind is onderweg al gestorven.

De vader vraagt nader onderzoek voor het vaststellen van de doodsoorzaak. Voor de kinderarts is deze vraag een formeel probleem, omdat het kind niet in het ziekenhuis gestorven is. Hij informeert en komt tot de slotsom dat obductie alleen kan plaatsvinden als de vader de kosten betaalt. Na verder overleg besluit de vader het lijkje dan maar „af te staan aan de wetenschap”, in de hoop op die manier toch nog iets over de doodsoorzaak te weten te komen.

Het aanvragen van obducties door artsen wordt in Nederland bemoeilijkt door twee factoren. In de eerste plaats moet daarvoor toestemming worden verkregen van de nabestaanden. Dit houdt in dat op een emotioneel zwaarbeladen moment de vraag om nader onderzoek aan de orde moet komen. Niet zelden berust een weigering – ten onrechte – op de vrees, dat de overledene door de obductie ernstige verminkingen zal gaan vertonen. Helaas wordt de mening van de Nederlandse bevolking

niet beïnvloed door gerichte voorlichting ten gunste van het verrichten van obducties.

In de tweede plaats heeft een obductieaanvraag financiële consequenties. De kosten van obducties kunnen tot nog toe, als overhead-kosten, door de ziekenhuizen worden gedeclareerd. Er bestaan echter geen regelingen voor de kosten van obducties die door huisartsen, verpleeginrichtingen en ziekenhuizen voor zwakzinnigenzorg worden aangevraagd. Dit betekent voor een huisarts, dat hij bij zijn verzoek om toestemming de nabestaanden moet voorbereiden op een rekening voor de obductie en de bijbehorende vervoerskosten.

Merkwaardigerwijs heeft de huisartsenwereld deze dubbele belemmering tot dusver gelaten voor wat ze is.

Opvattingen in de literatuur

Literatuurgegevens over deze problematiek maken duidelijk waar het om gaat.

Eulderink houdt in zijn inaugurele rede een pleidooi voor de huisarts. Hij stelt dat de bekostiging van obductie zeer verschillend is: „Soms berust ze in wesen op koppelverkoop met het wel betaalde onderzoek van operatiemateriaal. Soms betaalt het ziekenhuis, een enkele keer een verzekeringsmaatschappij, die een expertise wil; dan weer het Rijk, zoals bij universitaire instituten. De ziekenfondsen betalen echter niet, zelfs niet als van de lijkopening een direct nut te verwachten is voor de verzekerde familieleden. Men gaat er namelijk vanuit, dat de overledene geen lid meer is van het ziekenfonds en de

lijkopening derhalve niet voor ziekenfondsrekening kan komen.”

Eulderink bericht voorts dat zijn laboratorium wel af en toe bereid is, als vriendendienst, de lijkopening kosteloos te verrichten, gezien de moeilijke positie van de huisarts. In dat geval komen de kosten van het vervoer echter niet voor rekening van het laboratorium. Hiervoor moet dus de huisarts zelf een oplossing vinden.¹

In een recente notitie over een zeer leerzaam praktijkgeval lijkt de sectieaanvraag door de huisarts, na contact met de internist, geen probleem op te leveren.² Er zijn kennelijk plaatselijke afspraken voor de enkele gevallen waarin huisartsen een obductie aanvragen en waarbij gespeculeerd wordt op de goodwill van specialisten en ziekenhuizen.

Eerder verscheen een artikel waarin werd bericht over obducties in het verpleeghuis: als obductie plaats heeft in een verpleeghuis, betekent dit dat de patholoog-anatoom dit pro deo doet, of dat via „verschrijvingen” de uitgave voor de obductie in de financiële administratie wordt versluierd.³

Meermalen is in de literatuur geschreven over het nut van obducties als controle op diagnose en kwaliteit van de behandeling en als onvervangbaar leermiddel.⁴ Gill brengt enkele nieuwe bevindingen onder de aandacht omtrent de wiegedood. Hiermee zou de huisarts bij dit dramatische gebeuren niet „met lege handen” hoeven te staan. Hij pleit in dit verband voor uitbreiding van het ziekenfondspakket met obducties op verzoek van de huisarts.⁵

Cijfers

In een studie over 751 verslagen van obducties, verricht in vier ziekenhuizen, bleek dat bij 246 van de 751 patiënten kanker was aangetoond. Bij 147 van deze 246 patiënten was de obductie-diagnose conform de klinische diagnose; bij 99 patiënten (40 procent) was er sprake van een discrepantie.⁶

In een rapport van het Centraal Bureau voor de Statistiek en de Stichting Medische Registratie wordt gesteld, dat bij minder dan 1 procent der patiënten die overlijden aan kanker, de primaire tumor niet bekend of niet vermeld is, terwijl „metastase” als hoofd diagnose voorkomt bij ongeveer 4 procent van de aan kanker overleden patiënten.

Hiertegenover staat dat in een doorlopende reeks obducties, verricht in een ziekenhuis, bij 25 van de 64 patiënten met kanker (39 procent) de diagnose kanker premortaal niet was gesteld of

* Huisarts te Woubrugge.

de primaire tumorlokalisatie niet bekend was.⁴

Zeldenrust is van mening dat de waarde van de overlijdensverklaringen, afgegeven op grond van uitwendige lijk-schouw, door de Nederlandse wetgever wordt overschat. Volgens deze overlijdensverklaringen zou meer dan 90 procent van de sterfgevallen van natuurlijke aard zijn. Dit percentage lijkt onwaarschijnlijk hoog. In de Angelsaksische landen staat de wet toe, dat door de overheid sectie wordt gelast indien de doodsoorzaak niet vaststaat. Hierbij is niet vereist dat er een justitieel vermoeden van een misdrijf bestaat. Het aantal gerechtelijke secties is daardoor in die landen veel hoger. „Aldus kunnen betere statistieken van doodsoorzaken gemaakt worden.”⁸

Aan de hand van deze gegevens kan de validiteit van de doodsoorzakenstatistiek in Nederland ernstig in twijfel worden getrokken. Het invullen van de overlijdensverklaringen op de gele B-formulieren kan de arts in grote moeilijkheden brengen. Juist in de eerste lijn rijzen in toenemende mate vragen met betrekking tot onduidelijke doodsoorzaken. Een recente studie over de doodsoorzaken bij patiënten in de huisartspraktijk verdient in dit verband de aandacht. Daaruit blijkt dat de huisarts bij een acute dood gemakkelijk geneigd is de CBS-codering groep 7 te kiezen (hartinfarct, ziekten van de bloedsomlooporganen), in plaats van zijn twijfels tot uitdrukking te brengen en groep 16 aan te geven (symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden).

Over de sectie-frequentie in Nederland bestaan geen recente gegevens. Men schat deze momenteel op nog geen 15 procent.

In 1963 zou dat 11 procent zijn geweest. Op 15.650 van de 95.739 formulieren van de in dat jaar voorgekomen sterfgevallen in Nederland was echter niet eens vermeld of sectie wel of niet verricht was.¹⁰ Een veelzeggend gegeven. Onderscheiden naar leeftijdsgroepen – 0-44, 45-64 en 65 jaar en ouder – was de sectie-frequentie respectievelijk 26,8, 16,6 en 7,1 procent. Er werd dus bij respectievelijk 1 op de 4, 1 op de 6 en 1 op de 14 sterfgevallen sectie verricht. Voor zuigelingen was dit 1 op de 3.

Criteria

De arts die obductie aanvraagt, neemt een extra taak op zich. De betekenis van de obductie en de mogelijkheden en beperkingen moeten met de nabestaanden besproken worden. Obductie levert

gegevens over de bestaande afwijkingen op, maar niet altijd de doodsoorzaak. Pas tegen de achtergrond van de ziekte-geschiedenis zal een samenspel van afwijkingen opheldering kunnen geven. Terwille van voldoende uitwisseling van informatie is het daarom van belang, dat de behandelend arts bij de obductie aanwezig is.

De huisarts zal obductie kunnen overwegen bij bepaalde moeilijke diagnoses, zoals bloedingen van de tractus digestivus, ontstekingen van de alvleesklier, longembolie en leverabces, en bij elke geheel onbegrepen acute dood, zeker op jonge leeftijd.

Voor de nabestaanden kan obductie van vitaal belang zijn bij miskende infectieziekten (zoals actieve tuberculose), bij aangeboren afwijkingen (in verband met genetische adviezen), bij perinatale sterfte (in verband met prenatale zorg) en bij chronische ziekten (in verband met de preventie en het leereffect).

Beleid

Ook het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur – daarin gesteund door de Ziekenfondsraad – ziet het belang van obducties in de eerstelijns gezondheidszorg en in de verpleeg- en inrichtingen. Na jarenlange overwegingen (sinds 1976) werd eind 1981 een werkgroep geformeerd die zich moet gaan buigen over de criteria en indicatiestellingen bij deze obducties. De duidelijke struikelblokken zijn de financiële consequenties en de wetgeving. Financiering van obducties en het bijbehorend vervoer binnen de wettelijke ziektekostenverzekering is uiteraard een juridisch gecompliceerde zaak. Het is evenwel de vraag of dit een wezenlijke wijziging van de Ziekenfondswet c.q. de AWBZ zou moeten inhouden. Men gaat er tot nog toe van uit, dat de verzekering eindigt bij het overlijden van de verzekerde. Indien de zinsnede „de verzekering eindigt bij het overlijden van de verzekerde” wordt aangevuld met „en indien nodig na het obduceren van de verzekerde”, is daarmee obductie opgenomen in het verstrekkingenpakket, mét de financiële consequenties van dien (ook voor de verzekerde). Obductie als verstrekking in een aanvullende verzekering behoort eveneens tot de mogelijkheden. Ook particuliere ziektekostenverzekeraars kunnen op dit terrein initiatieven ontplooiën.

De grote financiële offers die de samenleving zich getroost voor de gezondheidszorg, dienen een zo hoog mogelijk rendement te hebben. Daarbij komt

nog dat, in tegenstelling tot het meeste klinisch-chemisch onderzoek, het radiologisch onderzoek, de verwijzing naar specialisten en paramedici en het taxien ambulancevervoer, een obductie eenmalig is.

Samenvatting. Aan de hand van een praktijkgeval en een aantal gegevens uit de literatuur wordt gewezen op het belang van obducties. Obductie is een onvervangbaar leermiddel als controle op de diagnose en de kwaliteit van de behandeling; bovendien kan obductie bij het vaststellen van de doodsoorzaak soms niet gemist worden.

Twee factoren staan het aanvragen van obductie in de weg: de nabestaanden moeten toestemming verlenen en de kosten van obductie (en vervoer) moeten betaald kunnen worden. Ziekenhuisartsen kunnen deze kosten laten declareren als overhead-kosten, maar huisartsen en verpleeghuisartsen kunnen dit – nog steeds – niet. Een en ander heeft ook consequenties voor de betrouwbaarheid van de Nederlandse doodsoorzakenstatistiek.

Het artikel wordt besloten met een aantal criteria voor obductie-aanvragen en enige suggesties aan het adres van de ziektekostenverzekeraars.

¹ Eulerink F. Met eigen ogen zien [Inaugurale rede]. Leiden: Universitaire Pers, 1974.

² Sietsma E. Sectie of niet? Een persoonlijke notitie. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 70-1.

³ Eulerink F, Oostvogel FJG. Obductie in het verpleeghuis: een belemmerde noodzakelijkheid. Med Contact 1977; 32: 419.

⁴ Steffelaar JW. Analyse van een doorlopende reeks obducties: een bijdrage aan de kwaliteitsverbetering van het medisch handelen? Ned Tijdschr Geneesk 1979; 123: 1898-905.

⁵ Gill K. Wiegedood en de huisarts met lege handen [Ingezonden]. Huisarts en Wetenschap 1978; 21: 69.

⁶ Steffelaar JW. Wat is kankerregistratie waard? Med Contact 1981; 36: 156-9.

⁷ Centraal Bureau voor de Statistiek, Stichting Medische Registratie. Kanker, morbiditeit en mortaliteit, 1975-1976. 's-Gravenhage: Staatsdrukkerij, 1979.

⁸ Zeldenrust J. Gerechtelijke geneeskunde. Leiden: Stafleu, 1966.

⁹ Schadé E. Het bestuderen van de doodsoorzaak bij patiënten in de huisartspraktijk. De opzet voor een toetsing. Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 1414-7.

¹⁰ Groot MJW de. Sectiefrequentie in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 1965; 109: 1295-8.

Summary on page 26.