

Vaardigheid van huisartsen voor de 'lijkschouw' is zinloos

In het artikel van Reijnders *De lijkschouw bij plotselinge dood* (H&W 2006;49:68-71) ontbreekt een definitie van 'lijkschouw'. De Wet op de lijkbezorging (Wodl) is een wet ter regeling van de bezorging van een lijk en de behandelend arts heeft daarin slechts de verplichting tot geven van een verklaring of onverwijld melden van 'niet overtuigd van een natuurlijke doodsoorzaak'.

Artikel 7 van die wet: 'Hij die de schouwing heeft verricht, geeft een verklaring van overlijden af, indien hij overtuigd is, dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak.'

Artikel 12: 'Verlof tot begraving of tot verbranding wordt niet verleend, zolang niet is overgelegd een verklaring van overlijden, afgegeven door de behandelende arts of een gemeentelijke lijkschouwer, dan wel een verklaring waaruit blijkt van geen bezwaar van de officier van justitie tegen begraving of verbranding.'

In de toelichting: 'Wij gaan er van uit, dat de behandelend geneeskundige bij eventuele tekenen, die op een niet-natuurlijke doodsoorzaak zouden kunnen wijzen, zal weigeren een verklaring van overlijden af te geven. Wij hebben voldoende vertrouwen in de medici om het al of niet afgeven van een zodanige verklaring aan hen over te laten.'

De wet vraagt dus niet naar de feitelijke oorzaak. In de toelichting wordt 'de behandelend arts', 'de overtuiging van een natuurlijke doodsoorzaak' en 'de schouwing' inhoudelijk overgelaten aan de medici. Volgens jurisprudentie is de 'behandelend arts': 'de arts, die krachtens zijn optreden en behandeling in staat is zo goed mogelijk te beoordelen of de doodsoorzaak een natuurlijke is geweest, hetgeen met de behandelend arts het geval is, doch niet met de arts die zonder kennis van feiten waarover de eerstgenoemde beschikt, slechts een oppervlakkig oordeel vermag te geven'.

Een doelgerichte definitie van lijkschouwing voor de behandelend arts: vast-

stellen van de dood bij een op reeds bestaande kennis berustende overtuiging van een natuurlijke doodsoorzaak. Met een lijkschouw alléén is geen 'overtuiging van natuurlijke doodsoorzaak' te verkrijgen. Onvoldoende kennis betekent 'onverwijld melden aan een gemeentelijke lijkschouwer'.

Bij een plotselinge dood is het niet anders. Een lijkschouw past niet bij een behandelend arts en bij een mogelijk criminele oorzaak is recherche technisch zelfs ongewenst. Forensisch lijkschouwen is voorbehouden aan daartoe benoemde gemeentelijke lijkschouwers.

Conclusie: de Wet op de lijkbezorging vraagt bij behandelend artsen niet om lijkschouwen maar om reeds bestaande kennis als fundament van de 'lijkschouwing'. Onderzoek naar vaardigheid met betrekking tot lijkschouwen bij behandelend artsen is daarom zinloos.

H.T.P. Cremers, gemeentelijk lijkschouwer

Antwoord

De geschiedenis herhaalt zich! In 2001 verschenen in het NTVG twee artikelen van Das en Van der Wal over de WLB.^{1,2} De heer Cremers reageerde meteen met een ingezonden stuk, waarin hij zijn bekende stokpaardjes bereed, zoals 'wat van de behandelend arts bij zo'n lijkschouw wordt verwacht is niets meer dan het vaststellen van de dood' en 'bij een natuurlijk sterfgeval betekent lijkschouwing voor de behandelend arts daarom praktisch beschouwd alleen de administratieve afhandeling'. Deze dwaze standpunten werden door de auteurs schitterend en overtuigend weerlegd, onder meer met de opmerking: 'Kortom: volgens Cremers hoeft een behandelend arts een lijk nooit te onderzoeken'. Voor de weerlegging van de ideeën van de heer Cremers verwijzen wij voor degenen die de moeite willen nemen naar het NTVG van 2001, p. 1870-2.

Hoewel de heer Cremers niets nieuws naar voren brengt in zijn laatste reactie, toch nog een paar correcties opdat de lezers niet op het verkeerde been gezet worden.

In de brochure van de Geneeskundige

Hoofdinspectie over de WLB wordt de lijkschouw omschreven als: 'een persoonlijk onderzoek door een bevoegd arts waarbij deze door de uitwendige schouw vaststelt of de dood is ingetreden en zo ja, of er sprake is van een natuurlijke of een niet natuurlijke dood, dan wel of er twijfel omtrent de oorzaak mogelijk is'. Dát is duidelijke taal: niet louter vaststellen van de dood en een formuliertje invullen, maar onderzoek (vaardigheden dus), informatie verzamelen en daarna pas conclusies trekken.

U.J.L. Reijnders, forensisch geneeskundige

1 Das C, Van der Wal G. Overlijdensverklaringen in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1806-10.

2 Das C, Van der Wal G. Onduidelijke rol lijkschouwer. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1810-4.

Serotonine anders bekeken

Met veel plezier las ik het artikel *Serotonine anders bekeken* (H&W 2006;49:38-41). Vooral omdat het aansluit bij mijn observatie dat veel mensen die langere tijd SSRI's geslikt hebben en stoppen, na een tijdje terugkomen om te vertellen dat ze de pillen missen omdat ze sneller boos worden en prikkelbaar zijn.

Ze waren meer geïrriteerd naar partners, collega's en/of meerderen op het werk. Ik heb al langer het idee dat SSRI's op dit niveau werkzaam zijn: dat ze eerder mensen makkelijker in de omgang maken, dan dat ze een depressie verminderen bij gezonde mensen. Ik vraag me regelmatig af of het werkelijk zo gezond is om een middel te slikken dat je minder prikkelbaar maakt in situaties die eigenlijk vaak niet zo gunstig zijn: een partner die niet wil luisteren naar je, of een baas die onredelijke eisen stelt. Is het niet veel gezonder om strategieën aan te leren om de irritaties en de prikkelbaarheid om te zetten in gedrag waarbij je je situatie verbetert? Is het soms niet beter een relatie te beëindigen, dan het braaf te lang vol te houden?

Een andere interessante vraag is of depressie niet juist voortkomt uit het op

een ongezonde manier omgaan met prikkelbaarheid, of kwaadheid. Mensen die niet goed kunnen omgaan met boosheid en irritaties kunnen dit naar buiten uiten en dan (te) agressief worden, maar niet depressief. Een andere grote groep mensen internaliseert de onlustgevoelens en wordt daarmee depressief.

Het is boeiend om te zien hoe het gebruik van een middel tegen depressie, dat waarschijnlijk over een aantal jaar als obsoleet wordt afgedaan (in de meeste gevallen) wel licht werpt op mogelijk betere strategieën om een depressie te hanteren en als huisarts te behandelen.

Lili van Rhijn

Niet-aflatende kritiek op de farmaceutische industrie

Nummer 3 van H&W 2006 blonk wederom uit in een niet-aflatende kritiek op alles en iedereen die maar enige verwantschap met pillen en/of farmaceutische industrie heeft. Met name het journaalgedeelte (p.113-6) spant daarbij (recidiverend) de kroon en wordt geheel in stijl afgesloten met een artikel over artsenbezoekers. De schrijver van het stukje gaat daarbij zelfs zo ver dat hij stelt dat hij/zij niet rouwig zou zijn als alle artsenbezoekers van het toneel zouden verdwijnen, waarvan acte!! Een zonder meer smakeloze en walgelijke opmerking, het niveau van deze schrijver genadeloos blootlegend.

Ik ben zeker niet de enige huisarts die een artsenbezoek(st)er als een welkome onderbreking tijdens het spreekuur beschouwt en ik ben zeker ook niet de enige huisarts die de kwalitatief hoogwaardige, geaccrediteerde, door de farmaceutische industrie georganiseerde nascholing met enige regelmaat volgt. En ik ben zeker niet de enige huisarts die zich realiseert dat er zonder farmaceutische industrie geen nieuwe, hoogwaardige medicijnen op de markt zouden komen. Dus laat de artsenbezoekers gewoon hun werk doen en toon wat meer respect, niet alleen voor deze mensen, maar ook voor de vele collega's die wel graag artsenbe-

zoekers wensen te ontvangen.

Het is overigens heel opvallend dat er in H&W frequent artikelen worden 'uitgekozen' met een teneur die haaks staat op het gebruik van pillen, of artikelen die de farmaceutische industrie niet bepaald omarmen. Deze ongenueanceerde opstelling en negatieve selectiemethodiek zijn een blad als het uwe geheel onwaardig. Het heeft er op zijn minst alle schijn van dat vele (alle?) redactieleden een bepaald milieu niet ontgroeid zijn.

J.T.J. Dams

Een klinisch reveil?

Verheij et al.^{1,2} en Crebolder en Van Weel³ pleiten voor een huisartsgeneeskunde die zich meer dan nu richt op de medische en klinische aspecten van het vak en op evidence-based practice. Waar deze roep om een klinisch reveil vandaan komt, wordt mij niet geheel duidelijk. Wij zouden ons niet moeten onderscheiden van medisch specialisten (Verheij et al.). Waarom eigenlijk niet? Het zou nodig zijn om de toename van chronische aandoeningen het hoofd te bieden en de samenwerking met medisch specialisten te verbeteren (Crebolder en Van Weel). Is een klinische oriëntatie daarvoor de oplossing? Ik ben het met Thiadens eens dat ze een van de pijlers van de huisartsgeneeskunde – continue, persoonlijke en integrale zorg – tekortdoen⁴. Met hem ben ik van mening dat deze pijler juist heel goed past bij klinisch denken, handelen en onderzoeken. Sterker nog, ik denk dat zonder aandacht voor deze aspecten goede klinische zorg niet mogelijk is. Medisch specialisten zouden daarin juist veel van de huisartsgeneeskunde kunnen leren. Het is nu het moment om ons daarin te profileren. Alle aankomende artsen dienen sinds kort opgeleid te worden tot dokters die niet alleen goede vakmensen zijn, maar ook aandacht hebben voor gespreksvoering, contextuele factoren, samenwerking, organiseren, wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en de maatschappelijke aspecten van ziekte en zorg, en dit alles met een goede professionele houding

(CanMed competenties). Een goede clinicus is iemand die, met al deze aspecten in zich verenigd, medische zorg biedt aan mensen met ziektes, klachten, problemen of vragen. Onze jarenlange ervaring met al deze aspecten, zowel in het basiscurriculum als in de huisartsenopleiding, maar ook in het wetenschappelijk onderzoek, al gebeurt het daar naar mijn mening nog veel te weinig, geeft ons een voorsprong op medisch specialisten. Helaas laten we daarin veel te weinig van ons horen. De medisch specialisten timmeren aan de weg met hun vernieuwingen in de opleiding (publicaties in *Medisch Contact*, presentaties op congressen van de NVMO, oraties van hoogleraren medisch onderwijs). Bij de huisartsgeneeskunde is het stil... Er is nog een reden waarom de brede benadering van huisartsgeneeskundige zorg juist nu zo belangrijk is. De zorg wordt er niet menselijker op met alle aandacht voor regels, marktwerking en kostenbesparing. Regelmatig verschijnen er publicaties over de teloorgang van de zorg. Er is zelfs een beweging 'Renaissance van de beroepseer' opgericht.⁵ Als huisartsen hun continue, persoonlijke en integrale zorg blijven uitoefenen, onderwijzen en onderzoeken, is dat een tegengeluid tegen deze ontwikkeling in de samenleving. Daar ligt onze kracht en daar kunnen andere dokters en onderzoekers wat van ons leren!

Anneke Kramer

- 1 Verheij T, Pieters R, Rutten G, Hoes A. Huisarts, blijf bij je klinische leest! *Huisarts Wet* 2006;49:72-4.
- 2 Verheij T, Pieters R, Rutten G, Hoes A. De huisarts is toch echt een clinicus. *Huisarts Wet* 2006;49:275.
- 3 Crebolder H, Van Weel C. Een klinische leest is geen panacee. *Huisarts Wet* 2006;49:274-5.
- 4 Thiadens H. Huisartsgeneeskunde is wel bijzonder. *Huisarts Wet* 2006;49:273-4.
- 5 Braams R. De zorgsector voegt leed toe. *de Volkskrant, het Beloog*; 1 april 2006:3.