

'MEESTE ARTSEN KUNNEN GEEN BLAUWE PLEK VAN EEN LIJKVLEK ONDERSCHIEDEN'

# Forensische geneeskunde is verwaarloosd vak

Forensische geneeskunde is van groot maatschappelijk belang, maar in bar slechte staat, weten bijzonder hoogleraren Bela Kubat en Udo Reijnders. En de verantwoordelijke ministeries? Die wijzen allemaal naar elkaar.

**H**et Nederlands Forensisch Instituut (NFI) bevindt zich in een futuristisch gebouw. Omringd door indrukwekkende waterpartijen, waar de lage ramen op de begane grond uitzicht op bieden. De gangen zijn wit en hel verlicht. In kamertjes afgeschermd door glas werken toxicologen, ICT-experts, DNA-analisten en ga zo maar door. Wie hier loopt, zou zomaar het idee kunnen krijgen dat het wel goed zit met de staat van de forensische geneeskunde en aanpalende vakken in Nederland. Maar dat idee zou helaas niet kloppen.

## Somber beeld

In 2013 schetste de Gezondheidsraad (GR) in een lijvig rapport – 'Forensische geneeskunde ontleed' – een somber beeld van het vak. Een vak dat ondertussen wél een cruciale rol speelt in de maatschappij: forensisch artsen verrichten sporenonderzoek, voeren de lijkschouw uit bij een vermoeden van niet-natuurlijk overlijden, en ze leveren arrestantenzorg. Dat takenpakket vraagt om expertise, waar het in de praktijk nogal eens aan schort. Niet verwonderlijk, want op allerlei fronten laat 'de kennisinfrastructuur van forensi-

sche geneeskunde' te wensen over, zo stelde de GR. Het zit niet goed in het basiscurriculum, de opleiding forensische geneeskunde voldoet niet, er is geen wetenschappelijke traditie, de organisatie zou anders moeten, en er moet meer aandacht voor kwaliteit komen. Sinds het verschijnen van het rapport zijn twee bijzonder hoogleraren benoemd: Bela Kubat (forensische pathologie, Maastricht UMC+ en NFI) en Udo Reijnders (forensische geneeskunde, UvA/AMC en GGD Amsterdam). We spreken elkaar in het NFI.

## Wat is er verder veranderd, sinds het verschijnen van dat GR-rapport?

Reijnders: 'Niets. Er is nog steeds geen geld om de opleiding van forensisch artsen, voor een flink deel GGD-artsen die het in deeltijd erbij doen, te faciliteren. Nu bestaat die uit 38 dagen theorie, betaald door de arts zelf of de werkgever. De overheid zou geld vrij moeten maken om er een fatsoenlijke opleiding van te maken, vergelijkbaar met die van de huisartsen: twee jaar in een meestergezelschap, en nog een jaar stages links en rechts. Waar je ervaring opdoet, maar ook leert hoe je een deskundigenrapport

opstelt en wetenschappelijk onderzoek doet. Het is van groot belang om goede mensen aan het begin van de juridische keten te hebben staan: zij moeten die diverse sporen herkennen.'

## Waarom is het zo moeilijk om daar financiering voor af te dwingen?

Reijnders: 'Omdat alle ministeries naar elkaar wijzen: VWS vindt dat we onder Veiligheid en Justitie vallen. Voor forensisch medisch onderzoek zou dat logisch zijn. Maar 70 procent van ons werk is arrestantenzorg, en dat valt volgens mij onder de publieke gezondheidszorg, waarvoor we weer bij VWS zouden moeten zijn. De gemeentelijke lijkschouw? Binnenlandse zaken. Onderzoek en wetenschap? OC&W.'

## Hoe staat het met de opleiding tot forensisch patholoog?

Kubat: 'Wij volgen eerst de vijfjarige opleiding tot klinisch patholoog binnen de academie. Daarna volgt een tweejarige opleiding tot forensisch patholoog bij het NFI. Want dat is het vreemde in Nederland: forensische geneeskunde en pathologie worden al lang uitgeoefend, maar er is van oudsher vanuit de academie geen belangstelling voor. Er zijn nooit hoogleraren op forensisch medisch gebied geweest.'

## Begrijpt u dat?

Reijnders: 'Totaal niet. Bela benoemde in haar oratie al dat Thorbecke in 1865 zijn vier geneeskundige wetten opstelde.'



**Bela Kubat, hoogleraar forensische pathologie:**

‘In Nederland moet men wat nieuwsgieriger zijn naar waarom iemand is overleden’

DAVID VAN DAM

Daarin stond dat je niet de bevoegdheid tot arts kon verkrijgen als je geen examen had gedaan in geneeskunde, verloskunde, heelkunde én gerechtelijke geneeskunde. Maar vervolgens gebeurde daar niets mee. In de opleiding blijft het vaak bij een uurtje college, soms iets meer. Terwijl alle artsen er in de praktijk mee te maken krijgen. Iedereen moet overlijdensgevallen beoordelen en mishandeling herkennen.'

***Daar is veel aandacht voor, kijk naar de richtlijnen over kindermishandeling.***

Reijnders: 'Toch heeft driekwart van de artsen geen idee heeft hoe je mishandeling moet herkennen. Er zijn simpele vragenlijsten, waarmee je een groot deel kunt opsporen, maar artsen durven er niet naar te vragen, bang dat ze het mis hebben. Ze durven een vrouw wel naar stinkende afscheiding te vragen, of naar hoe het er in de slaapkamer aan toe gaat, maar als je moet vragen of ze thuis in elkaar gepuist wordt, dan geven ze niet thuis. Terwijl het werkt: alleen al het bespreekbaar maken, kan mishandeling stoppen. Ongeveer de helft van de mensen die mishandeld worden, komt bij de huisarts. Zet mishandeling eens in je differentiaaldiagnose, en bespreek het. Maar dat moet je wel leren.'

Kubat: 'Als patholoog zie ik met name de gevallen waarbij het te laat is, maar ik zie dezelfde patronen van letsels als bij leven. Artsen moeten het onderscheid leren te maken tussen accidenteel en intentioneel letsel. Door basisartsen goed forensisch onderwijs te bieden, kunnen ze later voorkómen dat patiënten bij mij terechtkomen. Mensen opleiden kost geld, maar wat kost niet herkennen van mishandeling? De lichamelijke en psychische gevolgen zijn enorm. Die afweging wordt niet gemaakt.'

***Elke arts kan toch een lijkschouw uitvoeren?***

Reijnders: 'Huisartsen doen meestal een drempelschouw: ze komen niet verder dan de ingang. Dan kun je wel vitale dingen over het hoofd zien. Er is geen huisarts die met een vuist op een schedel slaat

**Udo Reijnders hoogleraar forensische geneeskunde:**

**'Zet mishandeling eens in je differentiaaldiagnose, en bespreek het'**



DAVID VAN DAM

om te horen of die intact is, of in de lip kijkt of daar puntbloedinkjes zitten.'

Kubat: 'En waarom niet? Omdat hij daar niet in is opgeleid.'

Reijnders: 'Driekwart vindt zichzelf praktisch niet onderlegd: ze kunnen bijvoorbeeld een blauwe plek niet van een lijkvlek onderscheiden.'

***Bij de forensisch geneeskundigen gaat dat ook niet altijd goed.***

Reijnders: 'Dat is waar. En dat is jammer, want ik ben juist blij als artsen ons weten te vinden voor intercollegiaal overleg. Maar dan moet er ook goed gehandeld worden, en moet mijn collega niet zeggen: "Nou ja, zo te horen zit er een knik in de levenslijn, geef maar af als natuurlijke dood." Dan denkt zo'n arts de volgende keer ook: daar hoef ik niet voor te bellen.'

## UDO REIJNDERS

nov 2015-heden	bijzonder hoogleraar eerstelijns forensische geneeskunde UvA/AMC
1999-heden	onderwijstaken bij VUmc en AMC en als gastdocent elders in het land
1993	opleiding forensische geneeskunde, opleidingsinstituut NSPOH, Utrecht
1990-heden	forensisch arts GGD Amsterdam
1979-1987	geneeskunde VU Amsterdam

## BELA KUBAT

jan 2015-heden	bijzonder hoogleraar forensische pathologie, Universiteit Maastricht
2003-heden	forensisch (neuro)patholoog NFI
1987-2002	opleiding klinische pathologie, Universiteit Maastricht
1983-1994	studie neuropathologie, Institut für Neuropathologie, Universität Essen Duitsland
1983-1986	studie neurologie, Universiteit Maastricht
1976-1983	studie geneeskunde, Radboud Universiteit Nijmegen

### *Maar als het toch je vak is, hoe is dat dan mogelijk?*

Reijnders: 'We voeren ons vak uit met een man of 350, van wie een groot deel parttimer is. Vaak jeugdartsen of infectieartsen, die een dienstje per week doen, en in hun handjes mogen klappen als er dan iets gebeurt: zo bouw je geen expertise op. Er zitten dokters bij die het verschrikkelijk vinden om een stinkend lijk in staat van ontbinding aan te treffen. Die gaan dat echt niet uitkleden of onderzoeken. We moeten toe naar zo'n 150 tot 200 fatsoenlijk opgeleide artsen die dat fulltime doen én worden gecontroleerd. Daarom zijn we met de vakvereniging bezig om kwaliteitsindicatoren op te stellen, om te controleren of iedereen, dus niet alleen de diehards, zich aan de richtlijnen houdt. Wie weet zou het ook via het registratiesysteem kunnen: dat we afdwingen dat alle items van een checklist ingevuld zijn. Maar het begint bij een goede opleiding, en die is er nu niet. Niet verwonderlijk dus dat er nu maar drie

mensen aangemeld zijn voor de opleiding, terwijl we er tien of twintig per jaar nodig hebben, om de uitloop van de komende jaren op te vangen.'

### *Zijn er wel voldoende forensisch pathologen?*

Kubat: 'We zijn met vier bij het NFI, en er is één vrijgevestigde. Bij ons is verder nog één patholoog aan het specialiseren. En nog één fte is niet ingevuld. Er moet dus niemand langdurig uitvallen.'

### *Dat zijn er zelfs minder dan een paar jaar geleden!*

Kubat: 'Ja, maar het Openbaar Ministerie vraagt ook minder forensische secties aan, terwijl er niet minder geweldsdelicten plaatsvinden.'

### *Dat is toch vreemd?*

Kubat: 'Uitermate vreemd. We proberen uit te zoeken hoe dat komt. Maar ik ben het eens met de vrijgevestigde patholoog Frank van de Goot dat misdrijven nu

soms niet opgemerkt worden. Hoe minder je onderzoekt, hoe meer je mist. We weten niet hoeveel dat er zijn. Overigens geldt dat ook voor de klinische obducties: die vinden bijna niet meer plaats. In Nederland moet men wat nieuwsgieriger zijn naar waarom iemand is overleden. Niet alleen om misdaden op het spoor te komen of uit te sluiten, maar ook om de kwaliteit van de zorg te controleren. Door obducties weten we dat een kwart van belangrijke bevindingen, die van invloed zouden zijn geweest op het behandelplan, bij leven niet ontdekt is. Men denkt dat we met MRI en CT alles te weten komen. Dat is dus niet zo. Dat de leek dat denkt, kan ik me voorstellen. Maar het is schrikbarend dat klinici dat ook denken. Maar daar kom je niet achter als je geen secties doet. Het zou logisch zijn als de zorgverzekeraars hier hun bijdrage aan zouden leveren, nu moeten de ziekenhuizen het zelf betalen. Obductie is immers de laatste kwaliteitscontrole: had de dokter het goed of fout?'

### *Vindt u gehoor binnen faculteiten of ziekenhuizen voor uw verhaal?*

Reijnders: 'Als ik een presentatie houd voor specialisten, bijvoorbeeld over de lijkschouw in het ziekenhuis, dan is er wel interesse, maar er gebeurt lang niet altijd wat mee.'

Kubat: 'In Maastricht is dat anders, daar heeft het bestuur wel veel interesse in postmortaal onderzoek. Het heeft budget vrijgemaakt voor onderzoek naar de waarde van postmortale CT's in vergelijking met obducties: kijken welke resultaten dat oplevert.'

### *Hoe komt het dat het bij u wel lukt?*

Kubat: 'Misschien omdat het vanuit meerdere vakgroepen is gekomen: van

'Hoe minder je onderzoekt, hoe meer je mist'

## 'Elke keer opnieuw een kleine krimi'

de forensisch radiologen, door mij en de klinische pathologie. Wij konden gezamenlijk de directie overtuigen. En als die je steunt, gaat het bij andere specialisten meer leven.'

### **Dan moet het toch ook lukken om het belang van dit vak in de opleiding duidelijk te maken?**

Kubat: 'Men streeft naar het inkorten van de opleiding. Als je dan aankomt met een vak dat nog niet eens gedoceerd wordt en zegt: ik wil daar les in geven, dan maak je geen kans. Iedere specialist vecht voor tijd voor zijn vak.'

### **Hebben jullie wel genoeg ingangen bij de politiek?**

Reijnders: 'Die zoeken we nu.'

### **U schetst beiden een verontrustend beeld.**

Reijnders: 'Dat is het toch ook?'

### **Wij hadden gedacht: er is van alles gebeurd na dat rapport.**

Reijnders: 'Er is een leerstoel ingevuld, en we doen volop onderzoek, maar zonder fondsen. En de inbedding in de academie is er nog niet. Dat lukt alleen als een ministerie de universiteiten adviseert meer aandacht te schenken aan forensische zorg. Zowel in de basis- als in de vervolgopleiding.'

Kubat: 'Van ons wordt verwacht dat we up-to-date, adequaat, correct onderzoek doen. Dat zul je wel moeten financieren, ook het wetenschappelijk onderzoek. Zonder validatie kun je met moderne technieken niets in de rechtbank. Maar voor dat onderzoek is geen geld. Medische fondsen vinden het te forensisch. Forensische fondsen vinden het te medisch.'

### **Moet u niet wat harder op de trom slaan?**

Reijnders: 'Ik schrijf de vaste Kamercommissie aan, ik heb een brandbrief geschreven, het staat op de agenda. Ik wil ook de hoofdcommissarissen van politie aanschrijven, zij hebben er ook belang bij dat het aan het begin van de keten, bij ons dus, goed op orde is. Zodat zij dat bij V&J kunnen insteken. En niet zeggen dat het allemaal wel meevalt, zoals de minister nu soms zegt in antwoord op Kamervragen over gemiste zaken. Er wordt nooit doorgepakt.'

### **Is uw vak nog leuk?**

(gelijktijdig): 'Absoluut!'

Kubat: 'Elke zaak is anders, elke keer opnieuw een kleine krimi. Ik houd van de juridische aspecten, en het is leuk om op te treden als getuige-deskundige. Je leert goed formuleren en afwegen. Mijn vak komt steeds dichterbij de klinische pathologie, we gebruiken steeds modernere technieken. Dat is ook goed voor onze reputatie, ook bij onze klinische collega's: we zijn niet alleen maar gantentelers.'

Reijnders: 'Het is een vak vol spanning, afwisseling, en gekkigheid. Juist dat geheel van zowel het curatieve – bij de arrestantenzorg – als de lijkschouw als forensisch-medisch onderzoek. Dat hoort echt bij elkaar. Die curatieve kant moet je op peil houden, ook om een goede lijkschouw te kunnen verrichten. Dat is meer dan een blik op een lijk werpen en zeggen: nou, die is dood. Met alle kennis die je hebt kijk je naar het lichaam, maar ook naar de omgeving, welke medicijnen er op tafel staan bijvoorbeeld. Met alles wat je daar aantreft probeer je de oorzaak van het overlijden te achterhalen. De belangstelling voor een overledene hoort niet te stoppen bij de laatste hartslag, maar pas als je hem of haar met een gerust hart onder de vloer kunt stoppen.' ■

### **web**

Het rapport van de Gezondheidsraad en eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).

### ONDRAAGLIJKE PIJN

Het staat keurig op een rijtje, de ontslagmedicatie van een van mijn patiënten: 50 tabletten kortwerkende morfine (4-6 dd 5 mg), 14 tabletten langwerkende morfine (2 dd 10 mg), 25 tabletten diclofenac (3 dd 50 mg), paracetamol tot 8 stuks per dag en een antiobstipatiedrankje. 'Aan welke aandoening denk je dat deze patiënt lijdt?', vraag ik mijn collega.

'Prostaatkanker met botmetastasen? Longkanker met toenemende benauwdheid? Hoe oud?', wil ze weten. 'Een meisje van 16, die gisteren een geplande tonsillectomie ondergaan heeft', antwoord ik. 'Vast een foutje of een recept van een onervaren arts in opleiding', reageert ze. De kno-arts gebeld. 'Nee, dat klopt. Geheel volgens het pijnprotocol na tonsillectomie', legt ze me uit. 'Het pijnteam heeft de regels opgesteld. We moeten tenslotte van de zorgverzekeraar onze postoperatieve VAS (pijnregistratie)-score onder een bepaald percentage houden. Wie betaalt bepaalt.' 'Meen je dat echt? Ik kreeg paracetamol en ijslolly's toen ik mijn amandelen inleverde op mijn veertiende.' 'Ik kreeg ook alleen paracetamol', hoor ik aan de andere kant van de lijn, 'maar je mag jezelf niet als voorbeeld stellen voor je patiënten. Bovendien kan zo'n tonsillectomie best pijnlijk zijn', klinkt ze vriendelijk.

Moeten pijn en lijden echt uitgebannen worden? Hoort het niet een beetje bij het leven? vraag ik me af. En wat te denken van alle bijwerkingen van morfine? Wat gebeurt er trouwens met de medicatie die – terecht – niet geslikt wordt? Wordt die op de zwarte markt verkocht? Op [drugsforum.info](http://drugsforum.info) weten ze er wel raad mee. Volgens een bezoeker van de website moet je – als je 'de creatieve high' zoekt, de retardpillen eerst 'crushen' om het verlengde afgifte-effect te vermijden. En gewoon slikken, want snuiven biedt weinig voordelen.

Jos van Bommel