Ministerie van Veiligheid en Justitie

Toekomst voor de forensische geneeskunde

Advies van de Commissie Forensisch Medisch Onderzoek en Medische Arrestantenzorg

Toekomst voor de forensische geneeskunde

Advies van de Commissie Forensisch Medisch Onderzoek en Medische Arrestantenzorg

Ministerie van Veiligheid en Justitie

> Retouradres Postbus 20301 2500 EH Den Haag

Directoraat-Generaal Politie

Turfmarkt 147
2511 DP Den Haag
Postbus 20301
2500 EH Den Haag
www.rijksoverheid.nl/venj

Aan de Minister van Veiligheid en Justitie

Ons kenmerk
xxxx

Bij beantwoording de datum en ons kenmerk vermelden. Wilt u slechts één zaak in uw brief behandelen.

Datum 28 september 2017
Onderwerp Advies 'Toekomst voor de forensische geneeskunde'

Excellentie,

Eind juni 2016 vroeg uw voorganger een advies over hoe de politie kan beschikken over kwalitatief goede en financieel beheersbare dienstverlening van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg. Dat advies bied ik u hierbij aan.

In het advies beschrijft de commissie hoe forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg naar aard en doel van activiteiten ten principale moeten worden beschouwd als twee verschillende functies in het Nederlandse strafrechtelijke stelsel. Voor forensisch medisch onderzoek geldt – evenals voor forensische lijkschouw en forensisch-technisch onderzoek – een *overheidsprerogatief*. De bevindingen uit forensisch medisch onderzoek zijn gericht op de *waarheidsvinding* in het strafrechtelijke onderzoek. De medische arrestantenzorg dient het belang – de *gezondheid* – van de arrestant in de politiecel.

De commissie adviseert de dienstverlening van forensisch medisch onderzoek anders dan voorheen, los van medische arrestantenzorg en robuuster te organiseren. Gezien de raakvlakken met lijkschouw wordt geadviseerd forensisch medisch onderzoek meer in gezamenlijkheid met lijkschouw te organiseren (zonder te tornen aan de lokale taken en bevoegdheden binnen het domein van lijkschouw). Waar mogelijk wordt samengevoegd zodat een krachtige beroepsgroep en dienstverlening ontstaat. De positie van medische arrestantenzorg dient binnen het terrein van de gezondheidszorg nader geduid te worden. Hiervoor is een breed erkend kader van verplichte kennis en competenties voor dit type dienstverlening nodig. Tevens adviseert de commissie – ter bescherming van de arts/patiënt relatie – te voorkomen dat een arrestant door dezelfde arts medisch behandeld wordt én forensisch medisch onderzoek ten behoeve van het strafrecht ondergaat.

Langs deze wegen ontstaat er ruimte en richting voor structurele kwaliteitsverbetering, waaronder meer gelegenheid tot een full-time dienstverband. Het behelst wijzigingen in de organisatiestructuur, maar dit hoeft de manier van werken voor forensisch artsen niet te veranderen.

Directoraat-Generaal Politie

Datum
28 september 2017

Ons kenmerk
xxxx

Zowel forensisch medisch onderzoek als medische arrestantenzorg kan onder voorwaarden nog steeds door forensisch artsen uitgevoerd worden, met dien verstande dat er in plaats van één, twee organisatie-verbanden kunnen zijn. Dat is geen ongebruikelijke situatie voor de huidige populatie forensisch artsen en het ondersteunt de werkwijze dat een arrestant niet door dezelfde arts behandeld wordt voor medische zorg én forensisch medisch onderzoek.

Aangezien voor forensisch medisch onderzoek een overheidsprerogatief bestaat wordt de dienstverlening op andere wijze verkregen dan langs de weg van de openbare aanbesteding. Europees aanbesteden is voor Medische arrestantenzorg niet nodig. Dit is een private taak met een publieke verantwoordelijkheid, waarvoor een lichtere procedure geldt zoals bijvoorbeeld marktconsultatie (artikel 2:38 aanbestedingswet voor sociale of maatschappelijke diensten).

Voor de totstandkoming van dit advies heeft de commissie 22 partijen gehoord variërend van direct betrokkenen tot organisaties die met vergelijkbare vraagstukken kampen. Voorts is onder auspiciën van het WODC een haalbaarheidstoets van ons advies en een inventarisatie opgeleverd van de aard en omvang van de discipline. Een respons van 85% op de uitgezette enquêtes en zeer goed bezochte bijeenkomsten getuigen van een grote betrokkenheid van de beroepsbeoefenaren. Hiermee en met het literatuuronderzoek (waaronder een vergelijking met soortgelijke landen) voelt de commissie zich gesteund in haar bevindingen.

Door de bijzondere positionering van forensische geneeskunde tussen strafrecht en geneeskunst heeft deze discipline immer haar plek moeten bevechten. Niet altijd met optimaal resultaat, ondanks dat forensisch medisch onderzoek en lijkschouw cruciale instrumenten zijn voor de opsporing en berechting van misdrijven. Naast positionering kent het vakgebied diverse andere uitdagingen waaronder een vergrijzende beroepsgroep. Binnen vier jaar stroomt 20% van de forensisch artsen uit, oplopend tot 50% binnen tien jaar. Reeds in het in 2013 uitgebrachte rapport van de Gezondheidsraad wordt gepleit voor verbetering van de organisatorische inbedding en kwaliteitsverbetering. Met dit advies liggen hiervoor concrete handvatten, die naar ik hoop spoedig uitgewerkt kunnen worden.

Hoogachtend,
Voorzitter commissie,

Dhr. O. Hoes

Inhoud

1 Inleiding 9

2 Principieel onderscheid forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg 11

3 Versterking kwaliteit forensisch medisch onderzoek en lijkschouw 13
3.1 Opleiding, innovatie, toezicht 13
3.2 Werkervaringsuren 13
3.3 Hoe krijgt de politie de beschikking over de dienstverlening 14

4 Organisatieontwerp forensisch medisch onderzoek 15
4.1 Concentratie forensisch-medische dienstverlening 15
4.2 Verdeelsysteem forensisch medisch onderzoek 15

5 Versterking kwaliteit van de medische arrestantenzorg 17
5.1 Wat is medische arrestantenzorg 17
5.3 Samenhang 17

6 Transitieperiode 19

Bijlage 1 21

Bijlage 2 23

Bijlage 3 25

Bijlage 4 27

Bijlage 5 29

Bijlage 6 31

Bijlage 7 135

Bijlage 8 187

1 Inleiding

De Minister van Veiligheid en Justitie heeft in overleg met de politie de Onderzoekscommissie Forensisch Medisch Onderzoek en Medische Arrestantenzorg (hierna de Commissie) ingesteld en om advies gevraagd met betrekking tot de vraag op welke wijze de politie kan beschikken over kwalitatief goede en financieel beheersbare dienstverlening op het gebied van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg. Aanleiding voor deze adviesaanvraag was gelegen in het feit dat een eerdere aanbesteding van de politie moest worden gestaakt en – in relatie daarmee – de toenemende bezorgdheid over de (toekomstige) kwaliteit van de dienstverlening.

Zorgen over de kwaliteit van de forensische geneeskunde zijn er al langer. In 2013 constateerde de Gezondheidsraad in zijn rapport "De forensische geneeskunde ontleed: naar een volwaardige plaats voor een bijzondere discipline" dat de kwaliteit in de beroepsgroep lang niet altijd is gegarandeerd[1]. De Gezondheidsraad wijst op de noodzaak om de opleidingen op het gebied van de forensische geneeskunde te verbeteren, om de status en aantrekkelijkheid van het vak te verbeteren en te zorgen voor voldoende instroom. Sindsdien zijn er stappen gezet om de kwaliteit van de forensische geneeskunde te versterken. Zo beschikt de forensische geneeskunde inmiddels over twee leerstoelen zodat de gewenste academische inbedding een feit is[2]. Het belang van een meer zichtbare positionering van de forensische geneeskunde, ook in het basiscurriculum geneeskunde wordt onderkend. De Minister van Veiligheid en Justitie heeft in augustus 2015 aandacht gevraagd bij de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU) voor een herkenbare positie van de forensische geneeskunde in de basis- en vervolgopleiding[3].

Uit haar recente rondgang langs de beroepsgroep, partijen in de strafrechtsketen en andere stakeholders constateert de Commissie dat er meer nodig is om dit unieke vak goed in het zadel te houden. Er zijn zorgen over de versnippering van deze toch al kleine beroepsgroep en bijgevolg kwaliteitsverschillen in de beroepsuitoefening. Ook constateerde het Capaciteitsorgaan, dat adviseert aan het Ministerie van VWS, onlangs dat de instroom in de forensische geneeskunde tekort schiet om tegemoet te kunnen komen aan de toekomstige vraag naar forensisch artsen[4]. Daarnaast onderzoekt de Taskforce 'Lijkschouw en gerechtelijke sectie' op dit moment de keten van lijkschouw tot gerechtelijke sectie. De Taskforce zal waar nodig aanbevelingen doen ter verbetering van de werking van deze keten, onder meer ten aanzien van mogelijkheden ter verbetering van de kwaliteit van de lijkschouw[5].

De werkzaamheden van artsen die forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg uitvoeren, zijn van groot belang voor de werking van ons strafrechtssysteem. *Forensisch artsen* voeren bij een melding van mogelijk niet-natuurlijk overlijden een lijkschouw uit en ze doen sporenonderzoek bij bijvoorbeeld seksueel geweld of mishandeling en rapporteren vervolgens aan politie en OM. Daarbij worden zowel verdachten als (mogelijke) slachtoffers gezien. Artsen die *medische arrestantenzorg* uitvoeren, verlenen medische zorg aan arrestanten die op een politiebureau zijn ingesloten en beoordelen onder meer of arrestanten medisch gezien verantwoord vastgezet en verhoord kunnen worden.

Onderzoeksbureau NIVEL heeft in opdracht van de Commissie onderzoek gedaan naar de aard en omvang van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg[6]. Dit onderzoek bevestigt dat het hier gaat om een kleine en vrij kwetsbare beroepsgroep van ongeveer 242 forensisch artsen, waarvan – bij ongewijzigd beleid - binnen 4 jaar ongeveer een kwart uitstroomt en binnen 10 jaar zelfs ongeveer de helft. Deze 242 forensisch artsen zijn werkzaam bij 26 organisaties, voor gemiddeld 0,35 FTE per persoon, oftewel 85 FTE in totaal.

De Commissie heeft een ambtelijke *landenvergelijking* laten uitvoeren om zicht te krijgen op de positionering van en vraagstukken rond de forensische geneeskunde in een aantal andere Europese landen[7]. De forensische geneeskunde in *Nederland* kent drie disciplines: lijkschouw, forensisch medisch onderzoek en medische arrestan-

[1] Gezondheidsraad (2013) Forensische Geneeskunde Ontleed, naar een volwaardige plaats voor een bijzondere discipline, Den Haag

[2] Prof. dr. U.J.L. Reijnders, sinds september 2016 bijzonder hoogleraar eerstelijns Forensische Geneeskunde, verbonden aan de Faculteit der Geneeskunde, Universiteit Amsterdam. Mr. Dr. W. L.J.M. Duijst, sinds september 2017, bijzonder hoogleraar Forensische Geneeskunde, een schakel tussen de geneeskunde en het strafrecht, verbonden aan de faculteit rechten, Universiteit Maastricht.

[3] Kamerbrief over forensische zorg, d.d. 28 augustus 2015, kenmerk 33628.

[4] Capaciteitsplan 2016, Capaciteitsorgaan.

[5] Kamerbrief over aanbieding rapport De lijkschouw en Gerechtelijke sectie beschouwd, d.d. 29 november 2016, Kenmerk 35 440 VI nr. 29

[6] Nivel, Batenburg, R.S., Hansen, J. (2017) *Inventarisatie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland. Het aanbod van organisaties en professionals in kaart gebracht*, Utrecht.

[7] Ambtelijke verkenning ministerie van VenJ naar *Forensisch medisch onderzoek, Medische Arrestantenzorg en Lijkschouw in het buitenland. Een vergelijking ten behoeve van de onderzoekscommissie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg, Den Haag.*

tenzorg. Uit de landenvergelijking blijkt dat alleen in Nederland het takenpakket van medische arrestantenzorg wordt uitgevoerd door een forensisch arts. In met Nederland vergelijkbare landen als het *V-K, Duitsland, België en Denemarken* wordt medische arrestantenzorg apart georganiseerd, los van de forensische geneeskunde. In deze landen is (forensische) pathologie – anders dan in NL – juist wèl onderdeel van het domein van de forensische geneeskunde. Kijkend naar aard en doel van de activiteiten is de Commissie van mening dat er in Nederland een dienovereenkomstige indeling kan worden gehanteerd. Het samenbrengen van lijkschouw, forensisch medisch onderzoek en (forensische) pathologie binnen het domein forensische geneeskunde zal een impuls geven aan de kwaliteit van de forensische geneeskunde.

De Commissie veronderstelt dat in Nederland de medische arrestantenzorg uit bedrijfseconomische overwegingen onderdeel uit is gaan maken van de forensische geneeskunde. Het aantal dienstverrichtingen op het terrein van lijkschouw en zeker op het terrein van forensisch medisch onderzoek (FMO) is namelijk relatief gering. Het aantal dienstverrichtingen op het terrein van medische arrestantenzorg (MAZ) ligt beduidend hoger. NIVEL schat in zijn onderzoek op basis van cijfers die aanbieders leverden dat in het eerste half jaar van 2016 ruim 31.000 zaken werden gedaan op het gebied van MAZ, 7.000 FMO-zaken en 3.200 lijkschouwen, waarbij onderzoekers aangeven dat dit laatste cijfer waarschijnlijk flink hoger ingeschat moet worden omdat niet alle aanbieders de cijfers registreren ten behoeve van de politie.

De constatering dat in de genoemde Europese landen de medische arrestantenzorg niet binnen de forensische geneeskunde valt, staaft het standpunt van de Commissie dat forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg naar aard en doel van activiteiten ten principale moeten worden beschouwd als twee verschillende functies in het Nederlandse strafrechtelijke stelsel. Voor forensisch medisch onderzoek geldt – evenals voor forensische lijkschouw en forensisch-technisch onderzoek – een *overheidsprerogatief*. De bevindingen uit forensisch medisch onderzoek zijn gericht op de *waarheidsvinding* in het strafrechtelijke onderzoek. De medische arrestantenzorg daarentegen dient het belang – de *gezondheid* – van de arrestant in de politiecel. Bijzonder in deze situatie is dat de arrestant afhankelijk is van de politie voor zijn toegang tot de gezondheidszorg. De politie is er immers formeel voor verantwoordelijk dat de medische arrestantenzorg kan worden verleend. Voor MAZ wordt gesteld - in tegenstelling tot voor FMO - dat er sprake is van een *private taak vanuit een publieke verantwoordelijkheid*.

Vorenstaande is uitgewerkt in het onderhavige advies om de dienstverlening van forensisch medisch onderzoek robuuster te organiseren en de positie van medische arrestantenzorg binnen het terrein van de gezondheidszorg nader te duiden. Langs deze wegen ontstaat er ruimte en richting voor structurele kwaliteitsverbetering.

De Commissie benadrukt dat lijkschouw conform de Wet op de Lijkbezorging een gemeentelijke taak is. De Commissie betrekt lijkschouw in haar advies – al maakt dit geen onderdeel uit van haar taakopdracht – vanwege de inhoudelijke verbinding tussen lijkschouw en forensisch medisch onderzoek. De kwaliteit van de beroepsuitoefening is erbij gebaat dat de forensisch arts onderzoek doet aan levende mensen (forensisch medisch onderzoek) en aan overledenen (lijkschouw). Door deze twee expertises samen te brengen, wordt versnippering voorkomen. Een forensisch arts die forensisch medisch onderzoek en lijkschouw verricht, kan voldoende werkervaringsuren maken.

De Commissie geeft in overweging om de publiekrechtelijke aard van de dienstverlening op het terrein van *forensisch medisch onderzoek* te verhelderen en te verankeren in regelgeving. De politie kan vervolgens langs de weg van inbesteden, beschikken over deze dienstverlening. Daarnaast adviseert de Commissie om de dienstverlening op het terrein van forensisch medisch onderzoek (geografisch) te concentreren opdat er meer ruimte ontstaat voor professionele interactie tussen de beroepsbeoefenaren. Een (politie)eenheidsoverstijgende aanpak zou het bovendien mogelijk maken om landelijk de afstemming van vraag en aanbod in de dienstverlening te kunnen aansturen en monitoren. Om de noodzakelijke kwaliteitsverbetering een verdere impuls te geven, geeft de Commissie de Minister in overweging om structureel financieel bij te dragen aan initiatieven om de kwaliteit te bevorderen door versterking van de opleiding en vergroting van het innovatieve vermogen van de beroepsgroep.

Daartegenover staat dat *medische arrestantenzorg* naar zijn aard zorg is die door een arts als bijzondere dienstverlening geleverd kan worden. Hiervoor dient de arts specifiek bevoegd en bekwaam te zijn. Deze dienstverlening kan door de politie worden aanbesteed op grond van de procedure voor sociale en maatschappelijke diensten.

2 Principieel onderscheid forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg

De Commissie stelt dat naar aard en doel forensische medisch onderzoek en medische arrestantenzorg verschillende disciplines zijn. Op dit moment vallen beide disciplines binnen het domein van de forensische geneeskunde en kan de dienstverlening op het terrein van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg uitgevoerd worden door één en dezelfde arts, óók ten aanzien van dezelfde arrestant. De forensisch arts treedt dan op als adviseur-onderzoeker van de politie (FMO) èn als behandelend arts van de arrestant (MAZ). Dit leidt in voorkomende gevallen tot rolvermenging en onduidelijkheid bij de arts over de eigen rol en bij de arrestant over de rol van de arts met gevolgen voor de zorgverlening als zodanig, maar ook voor de naleving van de regels met betrekking tot het medisch beroepsgeheim. In de tuchtrechtspraak zijn gevallen bekend dat de arts de politie (onbewust) te veel informatie verschafte zonder bewuste instemming van de arrestant en daarmee dus het medisch beroepsgeheim schond.

Forensisch medisch onderzoek wordt door de Commissie aangemerkt als dienstverlening waarvoor een overheidsprerogatief geldt. Forensisch medisch onderzoek staat ten dienste van de in ons rechtssysteem aan de overheid voorbehouden strafrechtelijke opsporing en vervolging van overtredingen en misdrijven. De Commissie constateert dat de functie een zwaarwegend publiek belang dient en daarmee is voorbehouden aan de overheid. Forensisch medisch onderzoek (en lijkschouw) is een klein en (dus) kwetsbaar vakgebied waarin de facto niet of nauwelijks sprake kan zijn van marktwerking. Kwaliteitsincentives die als gevolg van marktwerking bijdragen aan versterking van een vakgebied zullen hier weinig effect hebben. Het vertrouwelijke karakter, de gewenste veiligheid, kwaliteit, snelheid en continuïteit van de dienstverlening maken dat de dienstverlening onder bijzondere waarborgen moet worden uitgevoerd. Een goed rechtsstatelijk functioneren van de strafrechtsketen is immers mede afhankelijk van de kwaliteit van deze dienstverlening. Het standpunt van de Commissie komt overeen met het standpunt dat door de Commissie Winsemius is geformuleerd ten aanzien van (technisch-wetenschappelijk) forensisch onderzoek[8]. Het overheidsprerogatief voor de lijkschouw is wettelijk verankerd in de Wet op de Lijkbezorging.

Een overheidsprerogatief kan op verschillende manieren worden geborgd. De taken kunnen als overheidstaken worden aangemerkt (met al dan niet een eigen overheidsorganisatie voor de uitvoering), de kwaliteitsnormering wordt in regelgeving vastgelegd en er kan een vorm van overheidstoezicht op de taakuitvoering door particulieren worden georganiseerd. De Commissie beveelt aan het overheidsprerogatief voor het forensisch medisch onderzoek uit te werken en het resultaat in regelgeving te verankeren.

Bij medische arrestantenzorg staat het belang van de gezondheid van de arrestant voorop. De arts die medische arrestantenzorg verleent, verleent medische zorg. Soms adviseert deze arts de politie, bijvoorbeeld of vervoer of verhoor gelet op de medische conditie van de arrestant mogelijk is. Bij deze adviezen is eveneens de gezondheid van de arrestant van doorslaggevend belang. Medische arrestantenzorg kan net als andere gezondheidszorgtaken in Nederland worden aanbesteed. Een bijzonder kenmerk van medische arrestantenzorg is dat de zorgvrager (de arrestant) niet uit eigen beweging toegang heeft tot de zorgverlener, aangezien de arrestant ingesloten is in een politiecel. De politie heeft hier een verantwoordelijkheid en dient ervoor te zorgen dat de arrestant de medische zorg krijgt die hij behoeft. Medische arrestantenzorg is aldus te definiëren als een private taak vanuit een publieke verantwoordelijkheid.

[8] Winsemius P., Onderzoekscommissie (2013) *Advies toekomstige inrichting Forensische Onderzoek*, Den Haag.

3 Versterking kwaliteit forensisch medisch onderzoek en lijkschouw

3.1 Opleiding, innovatie, toezicht

Onvoldoende onderzoek naar de oorzaak van het overlijden of naar de aard en de oorzaak van letsel kan leiden tot onjuiste conclusies in het kader van de waarheidsvinding. Een gebrek aan forensisch medische expertise of een inadequate verslaglegging van de bevindingen heeft direct gevolgen voor strafzaken waarin letsel of het overlijden van een slachtoffer aan de orde is. De Commissie benadrukt geen aanleiding te zien om te veronderstellen dat de kwaliteit van forensisch medisch onderzoek op dit moment een groot afbreukrisico vormt voor het strafrechtelijke stelsel in Nederland, maar maakt zich - gelet op de ontwikkelingen - wel zorgen over de toekomst van deze discipline. Uit het onderzoek van NIVEL blijkt dat de vergrijzing van de beroepsgroep en de uitstroom zorgt voor een hoge ervaren werkbelasting en moeite met het vervullen van avond-, nacht- en weekenddiensten[9]. Een kwaliteitsimpuls van de forensische geneeskunde - in termen van opleiding, erkenning van zijn uniciteit binnen de medische wereld, voldoende instroom, wetenschappelijke ontwikkeling, borging van en toezicht op de kwaliteit – is naar de mening van de Commissie noodzakelijk. De Commissie beveelt aan om structureel te investeren in de kwaliteit van de beroepsgroep. De beroepsgroep is klein in omvang en beschikt over onvoldoende financiële veerkracht om zelf het nodige te kunnen bekostigen. Forensisch artsen geven aan dat het lastig is om te investeren in een vakgebied dat gekenmerkt wordt door tekorten, waar veel in parttime functies wordt gewerkt en waar onzekerheid is over de toekomst. De vraag wat er nodig is om de keten van lijkschouw tot gerechtelijke sectie te verbeteren, wordt opgepakt door de Taskforce Lijkschouw en gerechtelijke sectie[10]. De kwaliteit van de lijkschouw is een van de aandachtspunten. Deze Taskforce komt eind 2017 met zijn advies.

Voor toezicht en kwaliteitsborging is een onafhankelijk register voor forensisch artsen dat periodiek wordt gecontroleerd een goed instrument. De Commissie beveelt aan om in overleg met de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie Veiligheid en Justitie te onderzoeken wat een passende manier is om de structurele onafhankelijke controle op de beroepsuitoefening van forensisch artsen te organiseren.

Er zijn door de beroepsgroep zelf inmiddels stappen gezet om te komen tot een eenduidige registratie en tot een opleidingsplan. In september 2018 zal de Netherlands School of Public and Occupational Health (NSPOH) een nieuw opleidingsprogramma aanbieden dat in overleg met de opleidingscommissie van het Forensisch medisch genootschap wordt vormgegeven. Na afronding van de opleiding worden de artsen geregistreerd in het nieuwe register forensische geneeskunde van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten.

3.2 Werkervaringsuren

Uit het NIVEL rapport blijkt dat de dienstverlening van een forensisch arts zich op dit moment kenmerkt door het parttime karakter ervan[11]. Als forensisch artsen slechts beperkt hun beroep uitoefenen en dus weinig werkervaringsuren maken, kan dit ertoe leiden dat zij hun kennis en kunde op forensisch en medisch terrein onvoldoende onderhouden met alle gevolgen voor de kwaliteit van de dienstverlening van dien. Het parttime karakter van de dienstverlening lijkt ook een statusverlagend effect te hebben, zeker als dat wordt gecombineerd met tekorten in investeringen en een gebrekkige basis voor wetenschappelijk onderzoek en innovatie. Ook het onderzoek van NIVEL laat zien dat in de forensische geneeskunde een relatie is tussen de omvang van de werktijd en de bijdrage aan wetenschappelijk onderzoek en innovatie[12]. Artsen die meer uren maken op het forensisch medische terrein dragen ook meer bij aan wetenschappelijk onderzoek en innovatie. Dit is in het belang van de beroepsgroep in zijn geheel.

Gelet hierop acht de Commissie het noodzakelijk dat de forensisch arts voldoende werkervaringsuren maakt om kwaliteit te kunnen garanderen. In de businesscase van NIVEL worden 16 uur en 24 uur als (minimale/gemiddelde) omvang voor de wekelijkse werktijd meegegeven. De commissie beveelt aan om als minimale/gemiddelde tijd voor de beroepsuitoefening uit te gaan van 24 uur. De Commissie is van mening dat een forensisch arts minimaal 24 uur per week zou moeten besteden aan forensisch medisch

[9] NIVEL, Batenburg, R.S., Hansen, J. (2017) *Inventarisatie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland. Het aanbod van organisaties en professionals in kaart gebracht, Utrecht.*

[10] NFI, Duijst-Heesters, W.J.L.M., Woudenberg-van den Broek, C.M., Soerdjbalie-Maikoe, V. (2016) *De lijkschouw en sectie beschouwd. Een vergelijkend onderzoek naar systemen van lijkschouw en gerechtelijke sectie*, Den Haag.

[11] Nivel, Batenburg, R.S., Hansen, J. (2017) *Inventarisatie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland. Het aanbod van organisaties en professionals in kaart gebracht,* Utrecht.

[12] Nivel, Batenburg, R.S., Hansen, J. (2017) I*nventarisatie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland. Het aanbod van organisaties en professionals in kaart gebracht,* Utrecht

onderzoek en lijkschouw (inclusief het maken van de forensische rapportage en reistijd en exclusief andere inspanningen die professionals doen om hun kennis en kunde op peil te houden c.q. te verbeteren, zoals bijscholing, intervisie en onderzoek). In andere medische beroepen ziet men ook dat (bijna) fulltime de norm is. Deze 24 uur per week is overigens niet bedoeld als norm voor de meerjarige herregistratie omdat in dat kader ook andere relevante activiteiten kunnen meetellen. Voor de meeste medische beroepen geldt een herregistratievereiste van gemiddeld 8 tot 12 uur werkervaringsuren per week.

3.3 Hoe krijgt de politie de beschikking over de dienstverlening

In geval de dienstverlening – overeenkomstig het advies van de Commissie – wordt aangemerkt als een overheidsprerogatief en een "publiekrechtelijke status" krijgt, ligt een openbare aanbesteding niet in de rede. De wijze waarop de politie de beschikking krijgt over dienstverlening op het terrein van FMO is afhankelijk van de wijze waarop het overheidsprerogatief wordt vormgegeven.

4 Organisatieontwerp forensisch medisch onderzoek

4.1 Concentratie forensisch-medische dienstverlening

De Commissie is van mening dat de kwaliteit structureel wordt versterkt als de dienstverlening door forensisch artsen wordt geconcentreerd op een aantal locaties in Nederland. Op dit moment vindt de dienstverlening plaats vanuit 26 locaties. Dit leidt tot versnippering en landelijke kwaliteitsverschillen. Het onderzoek van NIVELlaat zien dat er geen wijdverbreide of structurele samenwerking plaatsvindt tussen de organisaties[13]. Wel is er een zekere mate van – informele - landelijke afstemming, via diverse netwerken en universiteiten. Het idee om te concentreren is niet nieuw. De Gezondheidsraad gaf in 2013 al aan dat er organisatorisch winst behaald kan worden door de forensisch medische diensten in grotere regio's te laten werken[14]. Aldus wordt organisatorische versnippering in dienstverlening tegengegaan. Door op een aantal plekken in Nederland forensisch artsen samen te brengen, ontstaat er een dynamiek voor professionele ontwikkeling met intercollegiaal contact, intervisie, mogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek en bijscholing. Dit draagt bij aan de professionalisering in de uitoefening van het beroep met landelijke normen, waardoor landelijke eenduidigheid in kwaliteit wordt bevorderd. Criteria voor concentratie van forensisch medische dienstverlening op een aantal locaties in Nederland zijn met name: 24/7 beschikbaarheid en een maximale reistijd van 1 uur naar de plaats delict. De Commissie adviseert om de mogelijkheid van concentratie van de dienstverlening in Nederland nader uit te werken. De businesscase van NIVEL laat zien dat concentratie van de forensische dienstverlening mogelijk is. NIVEL heeft daartoe een aantal scenario's (met variaties op de criteria) op hoofdlijnen uitgewerkt[15].

4.2 Verdeelsysteem forensisch medisch onderzoek

Een bovenregionaal of landelijk verdeelsysteem voor vraag en aanbod van forensisch medisch onderzoek zal naar de mening van de Commissie een belangrijke bijdrage leveren aan een effectieve en efficiënte inzet van forensisch artsen 24 uur per dag en 7 dagen in de week. Met een dergelijk verdeelsysteem kan de landelijke inzet ook bij calamiteiten en pieken in de vraag goed begeleid en gemonitord worden. Daarnaast kan worden overwogen om via een dergelijk verdeelsysteem de inzet te monitoren, zoals de omvang van de inzet, aanrijtijden etc. Daarnaast heeft de politie in dit concept slechts contact met één partij om de beschikking te krijgen over de expertise van forensisch artsen. Het is tevens mogelijk om de inzet van forensisch artsen meer dynamisch in te regelen waardoor er een hoger service-level gegarandeerd kan worden (bijv. in 80 procent van de gevallen is een back-up forensisch arts beschikbaar). De Commissie beveelt aan om te onderzoeken op welke wijze een dergelijk systeem zijn beslag zou kunnen krijgen. Daarbij zou eerst moeten worden bekeken of een bestaande organisatie deze taken kan uitvoeren.

[13] Nivel, Batenburg, R.S., Hansen, J. (2017) *Inventarisatie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland. Het aanbod van organisaties en professionals in kaart gebracht*, Utrecht

[14] Gezondheidsraad (2013) *Forensische Geneeskunde Ontleed, naar een volwaardige plaats voor een bijzondere discipline*, Den Haag

[15] Nivel, Batenburg, R.S. , Versteeg, S., Hansen, J. , Spijker, V. (2017) *Doorrekening van het centralisatie-scenario voor forensisch medisch onderzoek en lijkschouw*, Utrecht.

5 Versterking kwaliteit van de medische arrestantenzorg

5.1 Wat is medische arrestantenzorg

Een arrestant heeft recht op gezondheidszorg evenals iedere andere Nederlander. De Gezondheidsraad geeft in 2013 al aan dat voor de medische arrestantenzorg regelmatig huisartsen worden ingezet, terwijl de arrestanten om specifieke kennis vragen of de setting (politiecel) om een andere behandelhouding[16]. In het rapport van de Gezondheidsraad wordt aangegeven dat gebrek aan de juiste kennis en vaardigheden bij artsen kan leiden tot vermijdbare sterfgevallen. Arrestanten zijn een bijzondere doelgroep in een bijzondere context met zorgvragen waar bijvoorbeeld de huisarts in zijn praktijk lang niet altijd mee te maken krijgt. Daarnaast beschikt de arts die medische arrestantenzorg verleent niet over een patiëntendossier en (dus) zelden over voorkennis van de (medische) gesteldheid van een arrestant.

Medische arrestantenzorg bestaat uit zorg die door een arts als bijzonder aanbod geleverd kan worden. Om medische arrestantenzorg te kunnen uitvoeren zijn bijzondere bekwaamheden nodig, gelet op de politiële context en de kenmerken van de doelgroep. In theorie kan deze zorg bijvoorbeeld worden verleend door huisartsen of forensisch artsen, mits zij beschikken over de juiste bekwaamheid door extra opleiding en bepaalde ervaring. Daarbij tekent de Commissie wel aan dat beide taken niet mogen worden uitgevoerd door één en dezelfde (forensisch) arts ten aanzien van één arrestant. Dit om de schijn van belangenverstrengeling te voorkomen.

Een analogie naar aard van de zorg ziet de Commissie tot op zekere hoogte in de zorg aan gedetineerden in een justitiële instelling. Deze zorg wordt verleend door een huisarts – overeenkomstig het door DJI gehanteerde equivalentiebeginsel - met een 'justitiële aantekening' als bijzondere bekwaamheid. Hoewel de juridische status van arrestant en gedetineerde en de medische zorg die nodig is niet helemaal gelijk zijn, zijn er toch overeenkomsten zoals de context ("het ingesloten zijn") en populatie. Gesteld kan worden dat een belangrijk deel van de arrestanten en gedetineerden in feite dezelfde groep is. Ongeveer 25% van het aantal criminelen pleegt opnieuw een strafbaar feit binnen twee jaar na een straf waardoor deze personen soms arrestant en soms gedetineerde zijn. Bovendien zijn het soms dezelfde artsen die beide vormen van geneeskunde (in politiecel en in gevangenis) beoefenen.

De wijze waarop de aard van de medische arrestantenzorg wordt gedefinieerd, zal gevolgen hebben voor de opleiding van artsen. De Commissie vraagt de beroepsgroep om de eisen die moeten worden gesteld aan artsen die medische arrestantenzorg verlenen, nader uit te werken. Op basis daarvan kan worden bepaald welke artsen de zorg kunnen verlenen en wat er aan opleiding nodig is om de artsen goed toe te rusten op deze taak.

5.2 Aanbesteden

Medische arrestantenzorg wordt door de Commissie gedefinieerd als een private taak vanuit een publieke verantwoordelijkheid. Er zijn voldoende aanbieders om van een markt te kunnen spreken. Evenals taken op het terrein van de gezondheidszorg dient ook medische arrestantenzorg te worden aanbesteed. De procedure voor sociale en andere specifieke dienstverlening lijkt daarvoor de grondslag[17].

De Commissie merkt op dat de politie en DJI een beroep lijken te doen op (welhaast) dezelfde dienstverlening. Vanuit dat perspectief zouden partijen kunnen onderzoeken of zij op dit terrein kunnen samenwerken. Door samen te werken kan kennis worden gedeeld en de markt gecoördineerd worden benaderd. Eventueel kunnen er afspraken worden gemaakt om taken te verdelen. De Commissie beveelt aan om een opdrachtgeversberaad politie/DJI/DFORZO in het leven te roepen om te verkennen op welke wijze de samenwerking gestalte kan krijgen. Een opdrachtgeversberaad kan een geschikte (al dan niet tijdelijke) constructie zijn om die samenwerking verder te helpen. De vraag hoe een aanbesteding zich verhoudt tot de Zorgverzekeringswet kan bij dit traject worden betrokken.

5.3 Samenhang

Het aanbrengen van meer samenhang tussen medische arrestantenzorg en gedetineerdenzorg zal tot een efficiëntere en effectievere beroepsuitoefening kunnen leiden. Niet alleen (medisch) inhoudelijk, maar juist ook als het gaat om het (consequenter) registreren en delen van informatie over de arrestant/gedetineerde. De arrestant die wordt veroordeeld en in de gevangenis belandt, profiteert dan van de nodige continue zorg in beide fases.

[16] Gezondheidsraad (2013) *Forensische Geneeskunde Ontleed, naar een volwaardige plaats voor een bijzondere discipline*, Den Haag

[17] i.e. artikel 2: 38 Aanbestedingswet, sociale en maatschappelijke diensten

6 Transitieperiode

De politie heeft na het staken van de aanbesteding in de zomer van 2016 de contracten met de huidige dienstverleners voor onbepaalde tijd verlengd. De dienstverlening kan derhalve in een overgangsperiode worden gecontinueerd. Dit laat onverlet dat de huidige dienstverleners behoefte hebben aan duidelijkheid over de toekomst van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg. De Commissie beveelt daarom aan om zo spoedig mogelijk – in elk geval voor 1 januari 2018 – duidelijkheid te geven over de richting die het Kabinet wenst in te slaan. Daarbij is ook het rapport van de Taskforce Lijkschouw en gerechtelijke sectie van belang. Dat rapport wordt eind dit jaar verwacht. Voorts beveelt de Commissie aan om voor een eventuele transitie een periode van 5 jaar uit te trekken. De Commissie adviseert om de beroepsgroep en eventuele andere belanghebbenden te betrekken bij de uitwerking van de kabinetsreactie op het onderhavige advies.

Bijlage 1

Bronvermelding:

De Commissie heeft gebruik gemaakt van twee door het WODC uitgebrachte onderzoeken, 2 focusgroep bijeenkomsten onder artsen die fmo en maz uitoefenen, een ambtelijke verkenning van bestaande literatuur in binnen- en buitenland en interviews.

1) Nivel, Batenburg, R.S., Hansen, J. (2017) *Inventarisatie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland. Het aanbod van organisaties en professionals in kaart gebracht*, Utrecht
2) Nivel, Batenburg, R.S. , Versteeg, S., Hansen, J. , Spijker, V. (2017) *Doorrekening van het centralisatie-scenario voor forensisch medisch onderzoek en lijkschouw*, Utrecht.
3) Ambtelijke verkenning ministerie van VenJ naar *Forensisch medisch onderzoek, Medische Arrestantenzorg en Lijkschouw in het buitenland. Een vergelijking ten behoeve van de onderzoekscommissie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg*, Den Haag

De onderdelen 1, 2 en 3 zijn beschikbaar in de bijlage.

Bijlage 2

Literatuurlijst:

Ambtelijke verkenning ministerie van VenJ naar *Forensisch medisch onderzoek, Medische Arrestantenzorg en Lijkschouw in het buitenland. Een vergelijking ten behoeve van de onderzoekscommissie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg*, Den Haag

Brief minister VenJ over *forensische zorg* d.d. 28 augustus 2015 (TK 2014 – 2015, 33628, nr 10)

Brief minister VenJ over *forensisch medische (arrestanten) zorg* d.d. 25 januari 2016 (TK 2015 – 2026, 33628, nr 14)

Brief minister VenJ aanbieding rapport *De lijkschouw en Gerechtelijke sectie beschouwd*, d.d. 29 november 2016 (TK 2016 – 2017, 35 440 VI nr. 29)

Capaciteitsorgaan (2016), *Capaciteitsplan 2016 voor de medische, klinisch technologische, geestelijke gezondheid, FZO en aanverwante (vervolg) opleidingen*, Utrecht

Cohen, B.A.J., Holtslag, H., Smitshuijzen, R., Tenhaeff, A. De Waal, L. (2004) *Forensische Geneeskunde, raakvlakken tussen geneeskunst, gezondheidszorg en recht*, Koninklijke Van Gorcum: Assen

DSP-groep, Buysse W., Roorda W. (2016) *Quickscan aanbod en vraag forensisch-medische expertise kindermishandeling*, Amsterdam

Gezondheidsraad (2013) *Forensische Geneeskunde Ontleed, naar een volwaardige plaats voor een bijzondere discipline*, Den Haag

Madea, B., Meiβner, C., Kernbach-Wighton, G., Oehmichen, M., Saturnus, K-S. (2008) *Forensic Medicine in Europe*, Schmidt- Römhild: Lübeck

NFI, Duijst-Heesters, W.J.L.M., Woudenberg-van den Broek, C.M., Soerdjbalie-Maikoe, V. (2016) *De lijkschouw en sectie beschouwd. Een vergelijkend onderzoek naar systemen van lijkschouw en gerechtelijke sectie*, Den Haag

Nivel, Batenburg, R.S. , Kalf R.R.J. (2011) *De arbeidsmarkt voor forensisch artsen in 2010, met een capaciteitsraming voor 2022/2028*, Utrecht

Nivel, Batenburg, R.S. , Versteeg, S., Hansen, J. , Spijker, V. (2017) *Doorrekening van het centralisatie-scenario voor forensisch medisch onderzoek en lijkschouw*, Utrecht.

Nivel, Batenburg, R.S., Hansen, J. (2017) *Inventarisatie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland. Het aanbod van organisaties en professionals in kaart gebracht*, Utrecht

Winsemius P., Onderzoekscommissie (2013) *Advies toekomstige inrichting Forensische Onderzoek*, Den Haag

Bijlage 3

Instellingsbesluit

Besluit van de Minister van Veiligheid en Justitie van 01-07-2016, nr. DGPOL/778422, houdende instelling van de Commissie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg politie

De Minister van Veiligheid en Justitie;

Besluit:

Artikel 1. Begripsbepalingen
In dit besluit wordt verstaan onder:
a. minister: Minister van Veiligheid en Justitie;
b. commissie: commissie, bedoeld in artikel 2.

Artikel 2. Instelling en taak
1. Er is een Commissie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg
2. De commissie heeft tot taak:
   a. het adviseren van de minister en de korpsleiding van de politie over het ter beschikking krijgen van kwalitatief goede en financieel beheersbare dienstverlening op het gebied van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg;
   b. het verzamelen en inventariseren van mogelijkheden om deze dienstverlening te verwerven;
   c. het onderzoeken van de juridische en praktische voor- en nadelen van de opties;
   d. het adviseren van de minister en de korpsleiding van de politie over eventueel tenemen maatregelen.

Artikel 3. Samenstelling, benoeming en ontslag
1. De commissie bestaat uit een voorzitter en ten minste 6 en ten hoogste 9 andere leden.
2. De voorzitter en de andere leden worden door de minister benoemd.
3. De benoeming geschiedt voor de duur van de commissie.
4. De commissie wordt ingesteld met ingang van 1 juni 2016.
5. Bij tussentijds vertrek van een lid kan de minister een ander lid benoemen.
6. De voorzitter en overige leden kunnen worden geschorst en ontslagen door de minister.
7. Na het uitbrengen van het rapport is de commissie opgeheven.

Artikel 4. Leden
Tot lid van de commissie worden benoemd:
a. de heer o. Hoes, te Maastricht, tevens voorzitter;
b. mevrouw W.L.J.M. Duijst-Heesters, te Wezep;
c. de heer B.S. Eilander, te Zoetermeer;
d. de heer L.C.M. Frings, te Arcen;
e. de heer M.C.J. Groothuizen, te Zeist;
f. de heer F. Paauw, te Rijswijk;
g. de heer H.D. van Romburgh, te Den Haag;
h. mevrouw E.C. Romijn, te Den Haag;
i. de heer J.W. Schaper, te Amersfoort;
j. de heer B.W.]. Steensma, te Utrecht;

Artikel 5. Secretariaat
1. De commissie wordt ondersteund door een secretariaat.
2. Het secretariaat is voor de inhoudelijke uitvoering van zijn taak uitsluitend verantwoording schuldig aan de voorzitter van de commissie.
3. In het secretariaat wordt voorzien door de minister.
4. De minister draagt, na overleg met de commissie, zorg voor de nodige voorzieningen ten behoeve van de werkzaamheden van de commissie.

Artikel 6. Werkwijze
1. De commissie stelt haar eigen werkwijze vast.
2. De commissie kan zich, na toestemming van de minister, door andere personen doen bijstaan voor zover dat voor de vervulling van haar taak nodig is.

Artikel 7. In winnen van inlichtingen
De leden van de commissie zijn bevoegd zich voor het inwinnen van inlichtingen te wenden tot personen en instellingen en hen te verzoeken die medewerking te verlenen die redelijkerwijs nodig is voor de uitvoering van het onderzoek.

Artikel 8. Informatieplicht
De commissie verstrekt aan de minister desgevraagd de door hem gewenste inlichtingen. De minister kan inzage vorderen van zakelijke gegevens en bescheiden, voor zover dat voor de vervulling van zijn taak redelijkerwijs nodig is.

Artikel 9. Eindrapport
De commissie brengt v66r 31 december 2016 haar eindrapport uit aan de minister.

Artikel 10. Vergoeding werkzaamheden

1. De voorzitter ontvangt een vaste vergoeding per maand. De toepasselijke salarisschaal voor de voorzitter is schaal 18, trede 10 van bijlage B van het Bezoldigingsbesluit Burgerlijke Rijksambtenaren 1984. De arbeidsduurfactor voor de voorzitter is 8/36.
2. De vergoeding per vergadering van de leden, voor zover zij niet vallen onder de uitzondering van artikel 2, derde lid, van de Wet vergoedingen adviescolleges en commissies en hiermee niet het in artikel 6, eerste lid, van het Besluit vergoedingen adviescolleges en commissies bedoelde maximumbedrag overschrijden bedraagt 3% van het maximum van salarisschaal 18 van bijlage B van het Bezoldigingsbesluit Burgerlijke Rijksambtenaren 1984.

Artikel 11. Kosten van de commissie

1. De kosten van de commissie komen, voor zover goedgekeurd, voor rekening van de minister. Onder kosten worden in ieder geval verstaan:
   a. de kosten voor de faciliteiten van vergaderingen en voor secretariële ondersteuning,
   b. de kosten voor het inschakelen van externe deskundigheid en het laten verrichten van onderzoek, en
   c. de kosten voor publicatie van rapportages.

Artikel 12. Openbaarmaking

Rapporten, notities, verslagen, adviezen en andere producten die door of namens de commissie worden vervaardigd of vergaard, worden niet door de commissie openbaar gemaakt, maar uitsluitend aan de minister uitgebracht of overgedragen.

Artikel 13. Archiefbescheiden

De commissie draagt zo spoedig mogelijk na beëindiging van haar werkzaamheden of, zo de omstandigheden daartoe aanleiding geven, zoveel eerder, de bescheiden betreffende die werkzaamheden over aan het archief van het Directoraat-Generaal Politie van het Ministerie van Veiligheid en Justitie.

Artikel 14. Inwerkingtreding

1. Dit besluit treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant, waarin het wordt geplaatst en werkt terug tot en met 1 juni 2016.
2. Dit besluit vervalt op 1 februari 2017.

Artikel 15. Citeert/tel

Dit besluit wordt aangehaald als: Instellingsbesluit Commissie forensische medisch onderzoek enmedische arrestantenzorg politie.
Dit besluit zal met de toelichting in de Staatscourant worden geplaatst en in afschrift worden gezonden aan betrokkenen.

Agendaleden:

- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, dg publieke gezondheid, dg curatieve zorg
- Ministerie van Veiligheid en Justitie, dg RR, dg SenB
- Ministerie van Binnenlandse zaken, dg bestuur en wonen, inrichting openbaar bestuur
- Nederlandse Zorg Autoriteit
- Zorginstituut Nederland

Bijlage 4

Lijst van geïnterviewde personen

Ten behoeve van de huidige situatie

1.	Politie	Dhr. H. Vissers. Mw. B. van der Woude, dhr. J. Hettema
2.	OM	Dhr. G. van der Burg, Mw. Schlingemann
3.	VWS Kwartiermaker Toekomst FPKM	Dhr. C. Bos
4.	Advocaat en Bestuurslid NVJSA	Dhr. E. Steller
5.	Advies Forensische GNSK Ontleed	Dhr. W. Stalman
6.	GGD-GHOR	Dhr. J. Doosje, Dhr. J. Bernsen, Dhr. J. Woldman
7.	Vakgroep For. GNSK FMG	Mw. Cecile Woudenberg – van den Broek, Mw. E. Hofstee
8.	KAMG	Dhr. R. Héman
9.	Bijzonder Hoogleraar For. GNSK	Dhr. U. Reijnders
10.	TAJ	Dhr. M. Hagen
11.	NFI	Dhr. W. Heijnen, Dhr. C. Postema
12.	NZA	Dhr. J. Rijneveld, Mw. Femke Voorn
13.	ZiN	Mw. F. Meer, Mw. J. Latta

Leren van andere (enigszins vergelijkbare organisaties)

14. COA	Dhr. S. Robroek, Dhr. R. Jansen
15. DJI/ DFORZO	Dhr. G. van Gemert, dhr. J. Idenburg
16. Advies toekomstige inrichting For. Onderzoek	Dhr. P. Winsemius en Dhr. P. Vogelzang
17. Top-600 aanpak A'dam	Dhr. M. Schippers
18. NRGD	Dhr. E. Bakker en dhr. M. Smit
19. NIFP	Dhr. M. Groothuizen

Schriftelijke inbreng van commerciële aanbieders

20. Arts en Zorg	Dhr. H. Sietsema
21. FARR	Dhr. P.P. Bender
22. FMMU	Dhr. W. van de Water

Bijlage 5

Definities

Forensisch medisch onderzoek is het verrichten van medisch onderzoek ten behoeve van opsporing en waarheidsvinding in het strafrechtproces[18] . Denk hierbij aan:

- Bloed/urine-onderzoek;
- DNA-afname;
- Slachtoffer- en verdachtenonderzoek van geweld en zedendelicten;
- Letselbeschrijving en –interpretatie
- Overige medische advisering aan de politie zoals advies over de medische toestand van slachtoffer en/of verdachte.

Indien de behandelend arts een niet natuurlijke dood constateert of vermoedt, wordt een *gemeentelijk lijkschouwer (i.e. een forensisch arts)* ingeschakeld om de doodsoorzaak te achterhalen. De gemeentelijk lijkschouwer kan (toch) een natuurlijke doodsoorzaak constateren of er kan aanleiding tot strafrechtelijk onderzoek zijn. In het laatste geval ligt de primaire verantwoordelijkheid van het onderzoek bij Justitie. In dit advies wordt gesproken over *lijkschouw*. Hiermee wordt bedoeld de lijkschouw uitgevoerd door een forensisch arts. De werkzaamheden bestaan grotendeels uit (biologisch)sporen onderzoek en letselinterpretatie. Volgens de Wet op de Lijkbezorging (WLB) is de lijkschouwer een forensisch arts, aangesteld door het College van Burgemeester en Wethouders als gemeentelijk lijkschouwer[19]. Ook de financiering verloopt via de gemeente.

Medische Arrestantenzorg is de zorg die aan ingeslotenen wordt verleend. In de Ambtsinstructie van de politie (artikel 26: 1d, 26:4 en art 32-35) staat dat de korpschef voorzieningen treft opdat de ingeslotene in ieder geval beschikt over de noodzakelijke medische zorg[20].

De korpschef treft daarvoor een regeling met artsen. Besluiten tot inverzekeringstelling worden genomen door de (hulp)officier van justitie; beslissingen om personen op het politiebureau onder te brengen zijn dus geen rechterlijke uitspraken/veroordelingen. Een arrestant kan 3 dagen/72 uur in een politiecel worden vastgehouden met een mogelijke verlenging tot maximaal 10 dagen. Het merendeel van de arrestanten is overigens binnen drie dagen weg. De zorgvraag betreft acute (eerstelijns) zorgvragen[21]. De duurzame behandeling van chronische ziekten is hier dus niet aan de orde. De medische zorg aan arrestanten bestaat uit huisartsenzorg (visite/(telefonisch) consult), intoxicaties en medicatieverstrekking in een context waarbij vaak veel emoties spelen en een medisch dossier ontbreekt. Ook advisering aan de politie of de arrestant al dan niet ingesloten, verhoord of vervoerd kan worden en het inschakelen van psychiatrische of psychische hulp zijn onderdeel van medische arrestantenzorg. Dit betreft dan advies in het belang van het welzijn/de gezondheid van de arrestant. Dat is anders dan advisering in het kader van waarheidsvinding en opsporing zoals bij forensisch medisch onderzoek.

Forensische Pathologie is het toepassingsgebied binnen de forensische geneeskunde dat zich bezighoudt met het ontstaan en verloop van ziekten als ook het vaststellen van de doodsoorzaak.

[18] Forensisch medisch onderzoek niet te verwarren met forensisch onderzoek. In spreektaal wordt met forensisch onderzoek vaak bedoeld 'technisch-wetenschappelijk onderzoek ten behoeve van de opsporing'. Dit staat in het teken van het verzamelen van sporen op het plaats delict en deze vervolgens analyseren. Forensisch onderzoek vindt (o.a.) plaats bij het NFI. Forensisch medisch onderzoek moet eveneens niet worden verward met forensische zorg. Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en verstandelijk gehandicaptenzorg dat onderdeel is van een (voorwaardelijke) straf of maatregel. Forensische zorg wordt meestal door de rechter opgelegd als onderdeel van een straf en/of maatregel aan iemand met een psychisch/psychiatrische stoornis of verstandelijke beperking die een strafbaar feit heeft gepleegd.

[19] De organisatie van forensische lijkschouw komt aan de orde in het adviesrapport 'Lijkschouw en sectie beschouwd', november 2016.

[20] Zie: http://wetten.overheid.nl/BWBR0006589/2013-01-01#Hoofdstuk5

[21] Het overgrote deel van acute zorg is basiszorg, het gaat om niet-levensbedreigende situaties en niet-planbare zorg. Volgens de Nederlandse Triage Standaard (NTS) gaat acute zorg vooral om urgentie 3 T/M 5. NTS 1. Levensbedreigend (1%) 2. Spoedeisend (10%) 3. Dringend (34%) 4. Niet Dringend (55%) (inclusief 5. Advies),

Bijlage 6

Inventarisatie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland

Rapport I voor de Commissie Hoes

Ronald Batenburg
Johan Hansen

December 2016

ISBN 978-94-6122-450-7
http://www.nivel.nl
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2017; Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum. Auteursrechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, digitale verwerking of anderszins, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het WODC. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld. WODC kent het NIVEL een niet-exclusief en niet-overdraagbaar recht toe de resultaten uit het onderzoeksrapport te gebruiken en openbaar te publiceren.'

De begeleidingscommissie van dit onderzoek bestond uit:
- Guus Schrijvers (UMC Utrecht), voorzitter
- Kees Das (GGD Amsterdam)
- Janelle Bade (Ministerie van Veiligheid & Justitie)
- Julia Diehle, later opgevolgd door Frans Beijaard (Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, WODC)

NIVEL
Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Otterstraat 118-124
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729
www.nivel.nl

Samenvatting

Doel

Wat is het aanbod en de beschikbaarheid van forensisch medisch onderzoek (FMO) en medische arrestantenzorg (MAZ) ten behoeve van de politie in Nederland? Dat is de hoofdvraag van dit onderzoek. In opdracht van het WODC is dit rapport opgesteld om de Commissie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg te ondersteunen. Deze zal een advies uitbrengen hoe beide deelterreinen ingericht dienen te worden, zodat de politie kan beschikken over kwalitatief goede en financieel beheersbare dienstverlening op dit gebied. Naast FMO en MAZ wordt ook de lijkschouw in dit onderzoek betrokken.

Methoden

In de periode juli-oktober 2016 zijn de volgende deelonderzoeken uitgevoerd:

- Een inventarisatie van productiecijfers onder alle huidige aanbieders van FMO, MAZ en lijkschouw, plus een aanvullende vragenlijst over hun capaciteit en beleid.
- Een online vragenlijst onder forensisch werkzame artsen, uitgezet via het Forensisch Medisch Genootschap (FMG), de Vakgroep Forensische Geneeskunde en via contactpersonen van alle ons bekende private aanbieders.
- Een tweetal focusgroepen met professionals en veldpartijen aanvullend op de verzamelde kwantitatieve gegevens.

Het aanbod in kaart gebracht

De eerste hoofdvraag van het onderzoek was: *Welke organisaties bieden forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland aan, welke diensten worden verricht en hoeveel werkzaamheden worden vanuit deze organisaties verricht?*

- In het najaar van 2016 zijn 26 organisaties actief op het terrein van het forensisch medisch onderzoek (FMO), medische arrestantenzorg (MAZ) en/of lijkschouw. 22 GGD-instellingen verspreid over heel Nederland en 4 private aanbieders, gevestigd in de Randstad.
- Naar schatting zijn 242 forensisch artsen werkzaam bij de 26 organisaties, voor gemiddeld 0,35 FTE per persoon, oftewel 85 FTE in totaal. Een groot deel van de tijd wordt besteed aan ANW-diensten. Verdeeld over de drie deelterreinen besteedt men tijdens kantooruren gemiddeld 16% van de tijd aan FMO, 47% aan MAZ en 37% aan lijkschouw, exclusief overige activiteiten. Daarnaast zijn niet-forensisch artsen actief, met name huisartsen werkend voor private aanbieders op het terrein van medische arrestantenzorg. Het exacte aantal en FTE van deze groep kan niet met zekerheid worden gegeven.
- Er is geen wijdverbreide of structurele samenwerking tussen de organisaties. Wel is er een zekere mate van afstemming op landelijk niveau, via diverse netwerken en universiteiten.
- Alle aanbieders worden gefinancierd via een raamovereenkomst met één of meerdere eenheden van de politie. GGD'en worden voor hun wettelijke taken door de gemeente gefinancierd. Vergoeding van medische arrestantenzorg van verzekerden door zorgverzekeraars lijkt niet standaard geregeld. Aanbestedingsdocumenten laten zien dat het financieringsmodel regionale variatie in prijsniveaus kan veroorzaken.

De tweede hoofdvraag van het onderzoek was: *Wat is de aard en de omvang van de*

dienstverlening op het terrein van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg?

- De meeste forensisch artsen vinden dat elk van domeinen FMO, MAZ en lijkschouw alleen of op zijn minst beter door een forensische arts uitgevoerd kan worden. Voor MAZ vindt de helft van de forensische artsen in kleine deeltijd functies dat dit zowel door hen als door andere professionals uitgevoerd kan worden. Bloedafname en medicatieverstrekking worden genoemd als taken die in potentie ook door andere artsen uitgevoerd kunnen worden.
- Op basis van cijfers die aanbieders leverden, is geschat dat in het eerste half jaar van 2016 ruim 31.000 zaken werden gedaan op het gebied van MAZ, 7.035 FMO-zaken en 3.223 lijkschouwen. Er is grote spreiding in productie onder de aanbieders. GGD'en doen gemiddeld minder zaken dan private aanbieders, maar dit hangt samen met regioverschillen. In het westen van het land, waar ook de vier private aanbieders actief zijn, worden beduidend meer zaken uitgevoerd dan in de andere regio's, waar alleen GGD'en werkzaam zijn.
- Bijna alle forensisch artsen geven aan regelmatig bijscholing te volgen. Dat geldt in iets mindere mate voor de niet-forensisch artsen. De financiering hiervan gebeurt in de meeste gevallen door de organisatie maar ook dragen de artsen vaak zelf bij. Aanbieders zelf geven vaak aan dat zij een opleidingsplan of andere opleidingsactiviteiten hebben.
- Het merendeel van de organisaties gebruiken protocollen en andere kwaliteitsinstrumenten. Deze worden door professionals als zeer bruikbaar beoordeeld. Kwaliteit wordt vaak ook geborgd door middel van externe audits door een onafhankelijke gecertificeerde auditor.
- Aan wetenschappelijk onderzoek en innovatie wordt vooral bijdragen door forensisch artsen die grotere deeltijd- of fulltime-aanstellingen hebben. Niet-forensisch artsen en forensisch artsen die minder dan 12 uur per week werken doen dat minder.
- Samenwerking en innovatie tussen organisaties en professionals vindt plaats via het Forensisch Medisch Genootschap (FMG) en universiteiten.

Ervaren knelpunten in het aanbod

Over de toekomst van het aanbod en vakgebied bestaan verschillende zorgen en meningen die door de deelnemers aan dit onderzoek geuit zijn:

- De vergrijzing van de huidige beroepsgroep forensisch artsen en de verwachte uitstroom zorgt voor een hoge ervaren werkbelasting, relatief veel vacatures en moeite met het vervullen van avond-, nacht- en weekenddiensten.
- De beperkte instroom in het vakgebied versterkt de ervaren werkdruk, waarbij ervaren wordt dat niet aan voldoende randvoorwaarden wordt voldaan om de opleiding goed te organiseren en te vullen, onder andere in termen van financiering van opleidingsplaatsen.
- Het parttime karakter van het werk, met name in de niet-grootstedelijke gebieden in Nederland, kan versnippering veroorzaken en wellicht tot gevolg hebben dat de als minimale beschouwde tijdsbesteding aan FMO, MAZ en lijkschouw niet wordt gehaald.
- Er is discussie over de balans tussen het publieke belang en de zakelijke aansturing van de werkzaamheden. De gestaakte aanbesteding, nieuwe toetreders en onzekerheid in het veld worden ervaren als potentieel negatief voor de stabiliteit en samenwerking binnen het veld.
- Kwaliteitsborging, innovatie en wetenschappelijke verdieping kunnen volgens forensisch artsen zelf verbeterd worden. Men ervaart evenwel dat het lastiger investeren is in een terrein dat door tekorten wordt gekenmerkt, waar veel in kleinere parttime functies wordt gewerkt en waar onzekerheid bestaat over de toekomst van het vakgebied.

Aandachtspunten na dit onderzoek

Naast het antwoord op de hoofdvragen leverde het onderzoek tevens een aantal aandachtspunten op die ons inziens belangrijk zijn voor de toekomst van het vakgebied.

- Slechting van de ervaren barrières rond de opleidingsplaatsen voor forensisch artsen is noodzakelijk als via het verhogen van de instroom de toekomstige tekorten aan forensisch artsen voorkomen moeten worden. Het vergroten van de formatie per forensisch arts zal mogelijk niet voor alle artsen en regio's een oplossing bieden.
- Verkend kan worden of voor huisartsen met expertise op forensische geneeskunde een aparte kaderopleiding en/of registratie op te richten is.
- Meer inzicht in kosten per regio draagt bij aan het afwegen van verschillende organisatie- en capaciteitsmodellen voor de forensische zorg in Nederland. Daarbij is landelijk overleg tussen Politie, aanbieders en softwareleveranciers van belang om meer standaardisatie en vergelijkbaarheid van productie- en volumecijfers te bereiken.
- Inzicht in productie en kwaliteit van forensische zorg kan frequenter en beter gemonitord worden als ook gebruik wordt gemaakt van de elektronische cliëntdossier-systemen van forensische aanbieders. Daarbij zouden ook cliëntervaringen kunnen worden opgenomen bijvoorbeeld volgens de zgn. PREMS (Patient Reported Experience Measures) of PROMS methodiek.
- Gezien de kwetsbare arbeidsmarkt is het raadzaam het beschikbare arbeidspotentieel van forensisch artsen (inclusief degenen in opleiding), en dat van andere beroepsgroepen die FMO en/of MAZ verrichten, jaarlijks te monitoren. Hiervoor kan goed gebruik worden gemaakt van kanalen die ook voor dit onderzoek gebruikt zijn, het ledennetwerk van het FMG, de Vakgroep FG en Formedex.

Tot slot

De forensische geneeskunde heeft zowel in de beroepsuitoefening als de beleidsinbedding en unieke en complexe positie. Het vergelijken met andere deelsectoren van de gezondheidszorg is nuttig, maar het één op één kopiëren van oplossingen is niet wenselijk en mogelijk. Bovendien spelen regionale verschillen een dusdanige rol dat landelijk beleid hier steeds rekening mee moet houden. Het blijft een gezamenlijke uitdaging voor de betrokken ministeries, bestuursorganen, én alle organisaties en professionals, om tot een toekomstbestendige en optimale inrichting van het vakgebied te komen.

Lijst van begrippen en afkortingen

Afkorting	
ANW-dienst	Avond- , nacht en weekend-dienst
Arts M&G	Arts Maatschappij en Gezondheid
CHBB	College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden
FARR	Forensisch Artsen Rotterdam Rijnmond
FMEK	Forensisch medisch expertisecentrum bij kindermishandeling
FMG	Forensisch Medisch Genootschap
FMMU	Forensisch Medische Maatschappij Utrecht
FMO	Forensisch medisch onderzoek
FTE	Fulltime equivalent
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdiensten
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige hulpverlening in de regio
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
MAZ	Medische arrestantenzorg
NFI	Nederlands Forensisch Instituut
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NSPOH	Netherlands School of Public & Occupational Health
RGS	Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten
Vakgroep FG	Vakgroep Forensische Geneeskunde
WODC	Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC, zelfstandig onderdeel van het ministerie van Veiligheid en Justitie)

Inhoud

Samenvatting 3

Lijst van begrippen en afkortingen 6

1 Inleiding 9
1.1 Aanleiding voor dit onderzoek 9
1.2 Onderzoeksvragen 9
1.3 Achtergrond 11
1.3.1 Het vakgebied van de forensische geneeskunde 11
1.3.2 Het werkterrein en de arbeidsmarkt van de forensisch geneeskundigen 13
1.4 Leeswijzer voor de rest van dit rapport 14

2 Onderzoeksmethoden 15
2.1 Aanpak 15
2.2 Deelonderzoek onder organisaties/aanbieders van forensisch medische diensten 16
2.3 Deelonderzoek onder forensisch artsen als individuele professionals 17
2.4 Deelonderzoek door consultatie in focusgroepen 19
2.5 Conclusie 19

3 Forensisch-medische diensten in Nederland: de organisaties en het systeem 21
3.1 Inleiding 21
3.2 De aanbieders van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland 21
3.3 De capaciteit van de aanbieders van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland 24
3.3.1 De personele capaciteit zoals opgegeven door de aanbieders van FMO, MAZ en lijkschouw 24
3.3.2 De capaciteit zoals opgegeven door de geënquêteerde (forensisch) artsen voor FMO, MAZ en lijkschouw 27
3.4 Aanbieders in het systeem van de forensische dienstverlening in Nederland 30
3.5 Knelpunten binnen het systeem van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland 33
3.6 Programma van eisen van de Nationale Politie 36
3.7 Conclusie 37

4 Forensisch-medische dienstverlening in Nederland: het vakgebied en de uitvoering 39
4.1 Inleiding 39
4.2 De inhoud en expertise van het werk 39
4.3 De omvang van het werk 42
4.4 Scholing en innovatie 47
4.5 Kwaliteit en opleiding 49
4.6 Conclusie 54

5 Samenvatting en discussie **56**
5.1 Samenvatting 56
5.2 Discussie 62

Literatuur **65**

Bijlagen:
Bijlage A De volume-inventarisatie vragenlijst 67
Bijlage B De organisatie-vragenlijst 69
Bijlage C De web-enquête voor forensisch artsen 77
Bijlage D Prijsbladen door politie-eenheden bij aanbesteding in 2015, inclusief toelichting en overzicht van verschillen in weegfactoren 88
Bijlage E Aanvullende tabellen 94

1 Inleiding

1.1 Aanleiding voor dit onderzoek

Forensische geneeskunde is de tak van de geneeskunde die medische kennis toepast ten behoeve van rechtszaken en justitieel onderzoek. Omdat niet bij wet is vastgelegd dat de dienstverlening op het terrein van het forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg is voorbehouden aan een specifieke (publiekrechtelijke) organisatie moet deze door de politie worden ingekocht. Hierbij geldt dat met de invoering van de nieuwe Politiewet per 1 januari 2013 alle 25 regionale Politiekorpsen van rechtswege zijn overgegaan in één nationale rechtspersoon, Politie, ingedeeld in 10 regionale eenheden (naast 1 Landelijke Eenheid). De Politie is vervolgens in 2014 gestart met een landelijke openbare aanbestedingsprocedure voor de 10 regionale eenheden in verband met de naderende afloop van de toen geldende contracten met aanbieders van forensische zorg. In de zomer van 2015 heeft de Politie besloten deze aanbesteding te staken vanwege problemen bij de uitvoering ervan. De vraag hoe nu verder dient te worden beantwoord door een commissie die hiervoor in juni 2016 door de Minister van Veiligheid en Justitie is ingesteld. De taak van deze Commissie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg luidt als volgt:

- het adviseren van de minister en de korpsleiding van de politie over het ter beschikking krijgen van kwalitatief goede en financieel beheersbare dienstverlening op het gebied van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg;
- het verzamelen en inventariseren van mogelijkheden om deze dienstverlening te verwerven;
- het onderzoeken van de juridische en praktische voor- en nadelen van de opties;
- het adviseren van de minister en de korpsleiding van de politie over eventueel te nemen maatregelen.

De commissie streeft ernaar eind 2016 haar eindrapport uit aan de minister uit te brengen.

Om de Commissie te voorzien van de nodige (kwantitatieve) informatie is een onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, zelfstandig onderdeel van het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Dit rapport beschrijft de aanpak en resultaten van dit onderzoek. We bespreken in de volgende paragraaf de onderzoeksvragen, gevolgd door een paragraaf met daarin een korte achtergrond van het vakgebied, werkterrein en de arbeidsmarkt van de forensische geneeskunde in Nederland.

1.2 Onderzoeksvragen

Het doel van dit onderzoek is het inventariseren van het aanbod en de beschikbaarheid van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg ten behoeve van de politie in Nederland. Leidend en structurerend voor het onderzoek en dit rapport zijn twee hoofdvragen.

De eerste hoofdvraag van dit onderzoek, zoals geformuleerd in de onderzoeksopdracht luidt:

'Welke organisaties bieden forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland aan, welke diensten worden verricht en hoeveel werkzaamheden worden vanuit deze organisaties verricht?'

Deze hoofdvraag, op het niveau van organisaties, betreft een kwantitatieve en kwalitatieve analyse van het aanbodsysteem van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland. Onder deze hoofvraag zijn binnen de opdracht ook deelvragen onderscheiden. De eerste set gaat over het aantal organisaties en hun capaciteit. De tweede set gaat meer over de organisatie en het systeem waarin organisaties opereren.

a. Wie zijn in Nederland de aanbieders van forensisch medisch onderzoek medische arrestantenzorg / lijkschouw?
b. Hebben deze partijen een privaatrechtelijke of een publiekrechtelijke status?
c. Per instelling, hoeveel forensisch artsen werken op het gebied van 1) forensisch medisch onderzoek; en/of 2) medische arrestantenzorg; en/of 3) lijkschouw en hoeveel FTE's zijn beschikbaar.
d. Werken instellingen samen? Welke samenwerkingsvormen zijn er en hoe zijn die geregeld?
e. Hoe is de financiering van de taken binnen de verschillende gebieden geregeld?
f. Hoe komen de tariefstellingen tot stand en in welke mate vergoeden zorgverzekeraars de medische arrestantenzorg?
g. Hoe is de financiering van de organisaties geregeld? Is er sprake van subsidiering?
h. Wat zijn de knelpunten m.b.t. de organisatie van de forensische geneeskunde?
i. Wat betreft de politie als inkopende partij:

- Wat zijn de eisen die de nationale politie in hun programma van eisen hebben opgesteld, waaraan partijen moeten voldoen om in aanmerking te komen als leverancier?
- Aan welk van deze eisen voldoen de organisaties wel/niet?

De tweede hoofdvraag van het onderzoek zoals geformuleerd in de onderzoeksopdracht luidde:

'Wat is de aard en de omvang van de dienstverlening op het terrein van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg?'

Deze hoofdvraag bevindt zich voornamelijk op het niveau van de beroepsgroep en betreft een kwantitatieve en kwalitatieve analyse van het domein van forensisch artsen in Nederland. Ook onder deze hoofvraag werden in de opdracht deelvragen onderscheiden. De eerste vier deelvragen hebben betrekking op het expertisegebied van de forensisch arts. Vier aanvullende deelvragen hebben betrekking op ontwikkeling en kwaliteit van het vak:

a. Welke onderwerpen beschouwen de forensisch medische artsen als hun expertise (bijv. type delict; spooronderzoek bij slachtoffers/daders; spooronderzoek bij kinderen/volwassenen; behandeling van arrestanten met specifieke problematiek; etc.)?
b. Hoeveel zaken worden er op de verschillende onderwerpen per jaar uitgevoerd?
c. Hoeveel zaken pakken forensisch artsen op die binnen en buiten hun expertisegebied liggen?
d. Volgen de forensisch artsen (regelmatig) bijscholing? Wordt dat geregistreerd? Om welk soort bijscholing gaat het?
e. Zijn forensisch artsen betrokken bij innovaties (bijv. bij het ontwikkelen of testen van nieuwe methodes/technieken of volgen zij cursussen hierover)?
f. Wat doet het vakgebied op het gebied van ontwikkelingen en innovaties? Welke rol spelen universiteiten hierin? Hoe wordt nieuwe kennis verspreid?
g. Wie is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de diensten binnen de forensisch medische geneeskunde? Hoe wordt de kwaliteit gewaarborgd?
h. Wat zijn de knelpunten m.b.t. bijscholing, ontwikkeling en kwaliteit?

1.3 Achtergrond

1.3.1 Het vakgebied van de forensische geneeskunde

Het vakgebied van de forensische geneeskunde is in een advies van de Gezondheidsraad in 2013 omschreven als een unieke medische discipline, met een complexe maar cruciale rol. De forensisch arts werkt ten behoeve van politie en justitie en verleent onder meer medische zorg aan arrestanten en medische advisering aan de politie over deze arrestanten, verricht forensisch (sporen)onderzoek, bijvoorbeeld bij slachtoffers van seksueel geweld of mishandeling en voert bij een (vermoeden van) niet-natuurlijk overlijden een postmortaal lichamelijk onderzoek uit, de forensische lijkschouw. Voor elk onderdeel van dit complexe takenpakket zijn specifieke vaardigheden en kennis nodig:

1. Voor de medische zorg van arrestanten is vooral kennis nodig van specifieke doelgroepen, zoals mannen tussen de 20 en 40 jaar met psychische problemen, verslaving en/of infectieziekten.
2. Voor medische advisering dient een arts te kunnen beoordelen of een arrestant medisch gezien gezond genoeg is om verhoord te worden en moet de arts bedacht zijn op simulatie.
3. Voor sporenonderzoek stelt een arts letselverklaringen op, verzamelt materiaal voor DNA-onderzoek of verricht bloedonderzoek, inclusief bij verkeersdeelnemers die door de politie zijn aangehouden op verdenking van bijvoorbeeld alcoholgebruik, dit laatste in het kader van de Wegenverkeerswet.
4. Voor de lijkschouw dient een arts aan de hand van uitwendig onderzoek te kunnen beoordelen wat de aard van het overlijden was en dient hij/zij de datum van het overlijden vast te stellen. De precieze rol van forensisch artsen is vastgelegd in de Wet op de Lijkbezorging (zie box 1.1).

Box 1.1 De rol van de forensisch arts binnen de lijkschouw volgens de Wet op de Lijkbezorging

Lijkschouw is in Nederland wettelijk geregeld binnen de zogenaamde Wet op de Lijkbezorging. In artikel 3 van de wet staat dat lijkschouwing (zo spoedig mogelijk) na het overlijden geschiedt door de behandelende arts of door een gemeentelijke lijkschouwer. Voor wat betreft deze laatste, uitsluitend artsen die als forensisch arts zijn ingeschreven in een daartoe gehouden register, worden (door burgemeester en wethouders) benoemd als gemeentelijke lijkschouwer (artikel 5). Beide bovengenoemde opleidingsroutes en bijbehorende registratievormen voldoen aan deze wettelijke vereiste voor lijkschouwers.

Wanneer een wettelijk lijkschouwer ingeschakeld moet worden, is geregeld in artikel 7 van de wet. Daarin staat omschreven dat bij verdenking van niet-natuurlijke doodsoorzaken de gemeentelijk lijkschouwer ingeschakeld moet worden, tenzij degene die de schouwing heeft verricht ervan overtuigd is dat de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak. Voor overige gevallen, te weten verdenkingen op niet-natuurlijke dood inclusief levensbeëindiging en hulp bij zelfdoding kan de behandelend arts geen verklaring afgeven en wordt het overgedragen naar gemeentelijk lijkschouwers.

Van belang voor dit onderzoek is dat een rapportage over de lijkschouw in internationaal perspectief constateerde dat er mogelijke zorgen zijn over de uitvoering van de lijkschouw in Nederland.[1] De inschatting van de behandelend arts is hierbij immers cruciaal en is volgens die studie vaak gebaseerd op externe schouw van het lichaam en dus niet op basis van bv. toxicologisch onderzoek. Ook zijn er geen eenduidige landelijke inzetcriteria voor de forensisch arts en de politie, zodat er regionale verschillen in de uitvoering ontstaan. Of hierdoor dodingsdelicten worden gemist, kon niet worden vastgesteld. Wel waren de conclusies van het onderzoek zorgelijk genoeg voor de minister om een 'Taskforce Lijkschouw en Gerechtelijke Sectie' in te stellen (Aanbiedingsbrief Tweede Kamer rapport De lijkschouw en gerechtelijke sectie beschouwd, Kenmerk 2020730).'

De uitoefening van het vakgebied vindt met name plaats door forensisch artsen, die hiervoor verschillende opleidingsroutes kunnen hebben gevolgd. Er zijn twee opleidingsroutes om formeel de beroepstitel van forensisch arts te kunnen voeren.

1. De profielopleiding Forensische Geneeskunde. Deze valt binnen de opleiding tot arts Maatschappij en Gezondheid (arts M&G). De opleiding heeft een omvang van 80 dagen, een duur van 2 jaar en leidt tot registratie als 'forensisch arts KNMG' in de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS), ook wel profielarts genoemd.[2] Daarnaast kan men de volledige opleiding tot arts M&G volgen die nog eens 2 jaar duurt, waarna men zich in het RGS kan registeren als 'Arts M&G profiel forensische geneeskunde'.
2. De basisopleiding Forensische Geneeskunde, bestaande uit 8 modules die deel uitmaken van de profielopleiding Forensische Geneeskunde (FMG). Deze opleidingsroute duurt een jaar en

[1] Nederlands Forensisch Instituut (2016) De lijkschouw en sectie beschouwd. Een vergelijkend onderzoek naar systemen van lijkschouw en gerechtelijke sectie'.

[2] De eerste inschrijving is vijf jaar geldig, daarna is steeds voor een periode van maximaal vijf jaar herregistratie nodig. Dit geldt voor nagenoeg alle wettelijk erkende specialistische vervolgopleidingen. Vergelijkbaar met andere specialisaties zijn de belangrijkste herregistratie-eisen deelname aan geaccrediteerde deskundigheidsbevordering, en het verrichten van voor het specialisme relevante werkzaamheden van gemiddeld 16 uur per week.

leidt tot registratie in het register van het Forensisch Medisch Genootschap en daarmee ook tot de beroepstitel van forensisch arts.

Wat betreft de organisaties die forensische werkzaamheden aanbieden geldt dat werkzaamheden onder meer worden uitgevoerd door artsen in dienst van Gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD'en). Verspreid over 25 GGD-regio's hebben zij een wettelijke en publieke taak op een aantal terreinen van de volksgezondheid, zoals jeugdgezondheidszorg en geneeskundige hulpverlening in de regio (GHOR). Daarnaast is een aantal private organisaties actief in een aantal regio's. Ook worden forensische werkzaamheden verricht door enkele gespecialiseerde tweedelijns centra zoals het NFI, het FMEK (forensisch medisch expertisecentrum bij kindermishandeling) maar ook geestelijke gezondheidszorg in bijvoorbeeld tbs-klinieken. Dit maakt het van belang om het exacte werkveld goed af te bakenen. De nadruk in deze studie ligt vooral op eerstelijns werkzaamheden door forensisch artsen. Zorg verleend door justitieel geneeskundigen in penitentiaire instellingen laten we hierbij buiten beschouwing.

1.3.2 Het werkterrein en de arbeidsmarkt van de forensisch geneeskundigen

Het beroep van forensisch arts was in de afgelopen jaren op een aantal fronten in beweging. Het beeld van deze specifieke arbeidsmarkt werd vooral bepaald door schaarste. Zo constateerde het FMG reeds in 2010 dat er sprake was van vergrijzing van de bestaande beroepsgroep en een lage instroom in de profielopleiding forensisch arts. Hierdoor zou 'op termijn' een tekort aan forensisch artsen in Nederland kunnen ontstaan, er vanuit gaande dat er op dat moment voldoende forensisch artsen zouden zijn en de vraag naar forensisch artsen niet zou dalen. Eenzelfde beeld kwam rond die tijd naar voren uit een studie van het NIVEL in opdracht van het Capaciteitsorgaan[3]. Ook in het rapport van de Gezondheidsraad "Forensische Geneeskunde Ontleed" van 2013 werd geconcludeerd dat de forensische geneeskunde een kwetsbaar veld is met een mogelijk tekort aan personeel (in de komende 10 jaar), kennis en ervaring.

In het recent gepubliceerde Capaciteitsplan 2016[4] wordt wederom geconstateerd dat er sprake is van een relatief hoge 'onvervulde vraag' op de arbeidsmarkt van forensisch artsen. Dat wil zeggen dat acuut een verhoging van het aantal forensisch geneeskundigen nodig is om landelijk aan de hoeveelheid werk te kunnen blijven uitvoeren. Een belangrijke oorzaak van deze onvervulde vraag is dat er sprake is van een sterk achterblijvende instroom en tegelijkertijd een grote verwachtte uitstroom uit het beroep. Het probleem dat forensisch artsen formeel niet aan de eisen voldoen om de taken te verrichten, hetgeen 5 jaar geleden nog een belangrijk knelpunt was, is door overgangsregelingen en (her)registratie wel opgelost. Een probleem blijft evenwel dat weinig basisartsen de opleiding tot forensisch arts kiezen en ook onder geneeskundestudenten is het vak tamelijk onbekend. Dit blijkt onder andere uit een tweetal peilingen van het NIVEL onder geneeskundestudenten naar hun specialisatievoorkeur[5] en het herhaalde onderzoek dat het

[3] De arbeidsmarkt voor forensisch artsen in 2010. Met een capaciteitsraming voor 2022/2028. R.S. Batenburg en R.R.J. Kalf. Utrecht: NIVEL, 2011.

[4] Capaciteitsorgaan (2016). Capaciteitsplan 2016. Deelrapport 4; Sociaal geneeskundigen. Utrecht: Capaciteitsorgaan.

[5] De Keuzemonitor Geneeskunde: een nationaal en longitudinaal meetinstrument voor het volgen van specialisatievoorkeuren en

Capaciteitsorgaan door KIWA Carity periodiek laat uitvoeren onder basisartsen[6].

Wat betreft het huidige werkveld is één van de discussies dat forensisch artsen hun vak op parttime basis vervullen. De vraag is of zij daarmee voldoende 'vlieguren' maken om hun taken naar behoren te kunnen blijven vervullen. De werkzaamheid van forensisch artsen was volgens de eerder genoemde NIVEL-studie in 2010 gemiddeld 0,46 FTE. Het Capaciteitsorgaan liet berekenen dat in 2016 artsen M&G en forensisch artsen KNMG 0,83 FTE werken, maar gegevens van de RGS laten zien dat deze groep vaak dubbele en driedubbele registraties heeft en in meerdere profielen werkzaamheden verricht. In een recente peiling van de leden van het FMG in 2016 gaf de helft aan gemiddeld 24 uur of minder per week als forensisch arts te werken.

Deze ontwikkelingen in het werkterrein en de arbeidsmarkt van de forensisch geneeskundigen vormen een belangrijke context voor de opdracht van dit onderzoek. Het in kaart brengen van de stand van zaken levert niet alleen informatie op voor de genoemde Commissie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg, maar ook voor alle partijen die betrokken zijn bij de forensische geneeskunde in Nederland.

1.4 Leeswijzer voor de rest van dit rapport

In de volgende hoofdstukken van het rapport zullen we eerst de methoden van onderzoek bespreken waarmee we de onderzoeksvragen zullen beantwoorden, vergezeld van een beschrijving van de respons op het onderzoek (hoofdstuk 2). Daarna bespreken we in hoofdstuk 3 de resultaten op het niveau van de aanbiedende organisaties. Hoofdstuk 4 gaat juist in op de antwoorden zoals gegeven door individuele professionals, opgedeeld in degenen die zelf als forensisch arts werkzaam zijn en degenen met een andere opleidingsachtergrond. In hoofdstuk 5 volgt een samenvatting van de belangrijkste bevindingen en een discussie over de implicaties hiervan voor de toekomst.

het ondersteunen van specialisatiekeuzen van geneeskundestudenten in Nederland. Vergouw, D., Heiligers, P.J., Batenburg, R.S. Utrecht: NIVEL, 2015.

[6] Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen. Meting 2012/2013. F. van der Velde M. Abbink-Cornelissen, I. Bloemendaal, A. van der Kwartel. Utrecht: Kiwa Carity, 2013.

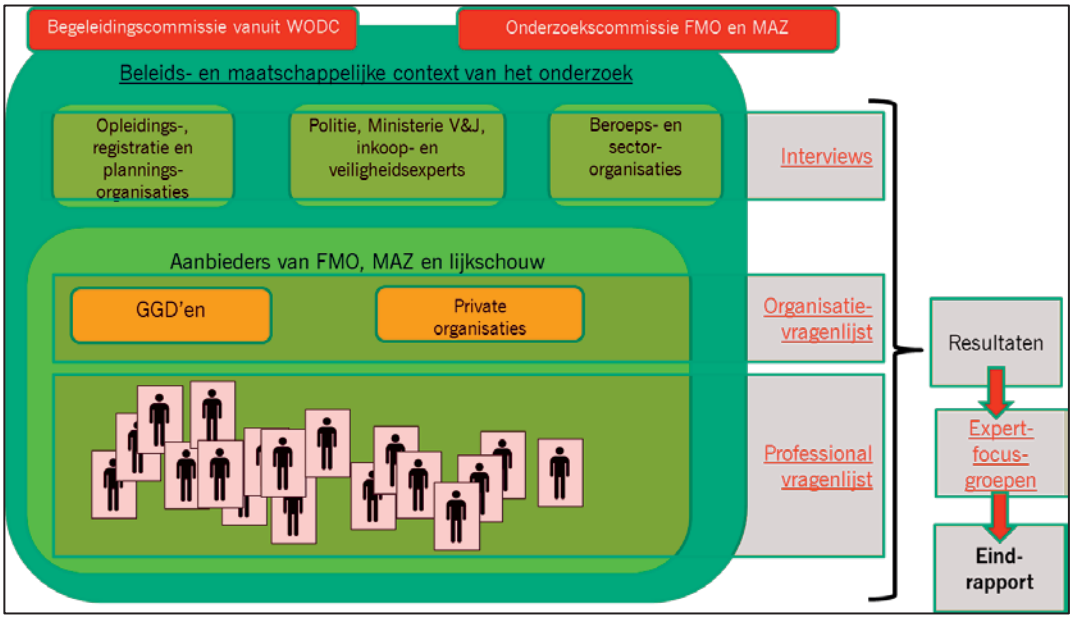
2 Onderzoeksmethoden

2.1 Aanpak

De aanpak van dit onderzoek bouwt voort op twee niveaus waarop de twee hoofdvragen zijn geformuleerd: (1) de organisaties die diensten binnen het forensisch medische werkterrein aanbieden en (2) de individuele forensisch artsen die deze diensten in de praktijk leveren. Gezien de korte looptijd van het project, en het belang om zo tijdig en volledig mogelijk de onderzoekscommissie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg te informeren, zijn verschillende dataverzamelingen parallel ingezet. De volgende figuur geeft de onderdelen en samenhang tussen de onderzoekstappen grafisch weer.

Het onderzoek is begonnen met een aantal interviews met organisaties op beleidsniveau. Zo zijn contacten gelegd met de Politie, GGD/GHOR, het FMG en de NSPOH om met hen de opdracht te spreken, inclusief de mogelijkheden hen bij het onderzoek te betrekken. Kort daarna is een vragenlijst ontwikkeld die is uitgezet onder de aanbieders van FMO en MAZ in Nederland, om de onderzoeksvragen op organisatieniveau te beantwoorden. Parallel daaraan is ook een enquête ontwikkeld voor de forensisch artsen in Nederland, om de tweede hoofdvraag en haar subvragen te beantwoorden. Beide hebben input geleverd voor een tweetal focusgroepen die zijn gehouden om de verzamelde kwantitatieve gegevens nader te kunnen duiden binnen de bredere beleidscontext. De laatste stap van het onderzoek is de rapportage, die tussentijds met de begeleidingscommissie van het onderzoek besproken is. Voortgang van het onderzoek is tevens ter kennisgeving tussentijds aan de Onderzoekscommissie forensisch medisch onderzoek en medisch arrestantenzorg gepresenteerd.

Figuur 2.1 Schematische weergave van de stappen en producten van dit onderzoek



Hieronder beschrijven we nader de opzet en opbrengsten van de verschillende onderzoekonderdelen en -stappen.

2.2 Deelonderzoek onder organisaties/aanbieders van forensisch medische diensten

Data over productievolumes van aanbieders van FMO en MAZ in 2016

Om een actuele inventarisatie te maken van de productiegegevens van de aanbiedende organisaties, is in samenwerking met de Politie een mailing verstuurd naar de huidige contractanten. Hen is gevraagd om productiecijfers voor de eerste twee kwartalen van 2016 aan te leveren. Daarbij is gebruik gemaakt van de diensten- en productiecategorieën voor forensisch medisch onderzoek (verder: FMO) en medische arrestantenzorg (verder: MAZ), gebaseerd op de indeling die tijdens de originele aanbesteding is toegepast. Wel is op onderdelen extra toelichting toegevoegd om deze te verhelderen. Categorieën waren als volgt:

Medische arrestantenzorg, met hierbinnen de subcategorieën:

- Visite/consult totaal (tijdens kantooruren, ANW diensten en in totaal)
- Telefonisch consult totaal (tijdens kantooruren, ANW diensten en in totaal)

Forensisch Medisch Onderzoek, met hierbinnen de volgende subcategorieën:

- Bloed/urine onderzoek totaal (tijdens kantooruren, ANW diensten en in totaal)
- DNA afname totaal (tijdens kantooruren, ANW diensten en in totaal)
- Postmortaal onderzoek (tijdens kantooruren, ANW diensten en in totaal)
- Slachtoffer- en verdachtenonderzoek geweldsdelicten (tijdens kantooruren, ANW diensten en in totaal)
- Slachtoffer- en verdachtenonderzoek zeden (tijdens kantooruren, ANW diensten en in totaal)
- Slachtoffer- en verdachtenonderzoek algemeen (tijdens kantooruren, ANW diensten en in totaal)
- Letselbeschrijving en -interpretatie, incl. fotografie (tijdens kantooruren, ANW diensten en in totaal)
- Forensisch medische onderzoek en advies (tijdens kantooruren, ANW diensten en in totaal)
- Psychiatrie (tijdens kantooruren, ANW diensten en in totaal)

Lijkschouw:

- Lijkschouw (tijdens kantooruren, ANW diensten en in totaal)

Een blanco formulier voor het invullen van deze productiecijfers is opgenomen in bijlage A. Het formulier is verstuurd vanuit de Politie en ingevuld terug ontvangen van 22 organisaties (19 GGD'en en 3 private organisaties). Daarmee is een respons van 85% behaald; van 1 private organisatie en 3 GGD'en is geen respons ontvangen. Voor de GGD'en zijn deze cijfers vervolgens geschat, onder de aanname dat zij meer vergelijkbaar zijn met hun collega-GGD'en dan de ene private aanbieder. Veel respondenten hebben gebruik gemaakt van de gelegenheid om de cijfers in het formulier toe te lichten. Voor een deel betrof dit opmerkingen over de exacte wijze van registreren binnen hun organisatie, bijvoorbeeld dat bepaalde velden niet apart werden bijgehouden en/of meegeteld met andere categorieën. Mede om die reden tonen we in hoofdstuk 3 van dit rapport alleen de opgetelde hoofdgroepen Medische arrestantenzorg, Forensisch medisch onderzoek en Lijkschouw. Resultaten op detailniveau per subcategorie zijn opgenomen in bijlage E.

Data over de organisatie en capaciteit van aanbieders van FMO, MAZ en lijkschouw

Naast de mailing via de Politie is een extra vragenlijst aan dezelfde organisaties gestuurd met daarin een aantal aanvullende vragen. Hierin werden verschillende onderwerpen aan de orde gesteld die aansluiten bij de verschillende deelvragen van dit onderzoek over:

- De achtergrond, financiering en het ontstaan van de organisatie;
- De huidige uitvoering van FMO, MAZ en lijkschouw voor de 10 politie-eenheden, al dan niet in hoofd- of onderaanneming met andere organisaties;
- Personele capaciteit van de organisatie voor FMO, MAZ en lijkschouw in personen, FTE en vacatures;
- Interne controles, protocollen en personeelsinstrumenten;
- Ervaren knelpunten van de organisatie in de uitvoering van FMO, MAZ en lijkschouw;
- Plannen en ambities ten aanzien van FMO, MAZ en lijkschouw, inclusief wat de gevolgen van een aantal scenario's hiervoor zouden zijn.

Een kopie van deze 'organisatie-vragenlijst' is opgenomen in Bijlage B.

De mail met de vragenlijst is verstuurd vanuit de GGD/GHOR aan de GGD'en, en vanuit de Onderzoekscommissie Forensisch Medisch Onderzoek en Medisch Arrestantenzorg aan alle overige private organisaties. Van 22 organisaties is deze ingevuld terug ontvangen, 18 GGD'en en 4 private organisaties. Van 4 GGD'en is geen vragenlijst terug ontvangen. Daarmee is ook voor dit onderdeel een respons van 85% behaald. Veel respondenten hebben gebruik gemaakt van de gelegenheid om hun antwoorden toe te lichten, wat extra informatie heeft opgeleverd over hun werkwijze en beleid op de verschillende terreinen en in de verschillende regio's.

2.3 Deelonderzoek onder forensisch artsen als individuele professionals

Eerder onderzoek onder forensisch artsen op individueel niveau is verricht in 2010 door het NIVEL[7]. In deze enquête, verstuurd onder de leden van het Forensisch Medisch Genootschap (FMG), zijn vooral persoonskenmerken in kaart gebracht zoals geslacht, vooropleiding en leeftijd, en daarnaast hoeveel uren en FTE men actief is als forensisch arts en wanneer men denkt het vak te verlaten. Daarnaast heeft het FMG begin 2016 een ledenraadpleging uitgezet waar een aantal van deze persoonskenmerken ook zijn uitgevraagd. Beide deelstudies, samen met de onderzoeksvragen, fungeerden als een basis voor het ontwikkelen van een web-enquête die is opgesteld om op individueel/zorgverlener niveau te bepalen:

- Welke registraties men thans heeft en welke opleidingen men heeft afgerond;
- Wat de tijdsverdeling is tussen FMO, MAZ en lijkschouw;
- Hoeveel dagen men beschikbaar is en uren per week op kantoortijden en ANW werkzaam is in de domeinen van FMO, MAZ en lijkschouw;
- Binnen welke politiepercelen men werkzaam is en binnen welke men zou willen werken;
- Voor welke organisaties men werkzaam is en voor welke men zou willen werken;
- Hoeveel zaken FMO, MAZ en lijkschouw men in een recente maand deed;
- Welke bijscholingen men heeft gevolgd;
- Wat men vindt van de bruikbaarheid van protocollen;

[7] De arbeidsmarkt voor forensisch artsen in 2010. Met een capaciteitsraming voor 2022/2028. R.S. Batenburg en R.R.J. Kalf. Utrecht: NIVEL, 2011.

- Wanneer men overweegt te stoppen met FMO, MAZ en lijkschouw, en hoe dit beïnvloed wordt door een aantal scenario's;
- Welke taken FMO, MAZ en lijkschouw ook gedaan zouden kunnen worden door niet-forensisch artsen, en wat de minimale tijdsbesteding aan FMO, MAZ en lijkschouw zou moeten zijn.

De web-enquête is getest onder forensisch artsen en aanvullend beoordeeld door bestuursleden van het FMG. Ze is daarna per e-mail verspreid via mailingen onder de artsen-leden van het FMG, de leden van Vakgroep Forensische Geneeskunde, en contactpersonen van de bij ons bekende private aanbieders FMMU, FARR, Medicor, Arts&zorg en Zorg voor Gezondheid. Hierdoor is het onbekend hoeveel personen zijn benaderd, maar het bereik van het FMG en de Vakgroep FG onder de forensisch artsen is groot. Daarnaast zijn via deze kanalen ook niet-forensisch artsen bereikt die wel (volgens eigen opgave) forensische werkzaamheden uitvoeren. Gecontroleerd is of personen de web-enquête meerdere malen hebben ingevuld hetgeen niet het geval was. De inhoud van de volledige web-enquête is opgenomen in Bijlage C.

In totaal hebben 168 personen het begin van de vragenlijst ingevuld, waarna degenen die aangaven momenteel noch FMO, MAZ of lijkschouw uitvoerden naar het einde van de web-enquête zijn geleid. In totaal 142 respondenten bleven over. Op basis van de vraag naar registraties en opleiding zijn:

- 98 personen geclassificeerd als 'forensisch arts'. Deze zijn volgens hun eigen opgave forensisch opgeleid en/of geregistreerd als Arts M&G met profiel forensische geneeskunde, Forensisch arts KNMG (profielarts), of als Forensisch arts FMG;
- 44 personen geclassificeerd als 'niet-forensisch arts'. Deze zijn volgens hun eigen opgave niet forensisch opgeleid en/of geregistreerd. Het merendeel van hen (30) gaf aan opgeleid te zijn als huisarts.

Ook in deze web-enquête is veel gebruik gemaakt van de mogelijkheid om open vragen in te vullen en zaken/opvattingen nader toe te lichten. Hieruit zal in de volgende hoofdstukken worden geput.

Zoals we in het volgende hoofdstuk zullen laten zien, is de meest actuele schatting dat er thans 242 forensisch artsen in Nederland werkzaam zijn. Dat betekent dat er onder forensisch artsen een respons van 40% is behaald. De respons onder de groep niet-forensisch artsen is niet te bepalen aangezien het populatie-aantal van deze groep onbekend is. Zo is op basis van de NIVEL-huisartsenregistratie bepaald dat per 1/1/2016 er in Nederland 11.821 huisartsen werkzaam zijn[8], maar onbekend is hoeveel daarvan forensisch werk doen. Er is geen aparte registratie van forensisch werkzame huisartsen of huisartsen die een bijzondere bekwaamheid op dit terrein hebben[9].

[8] Capaciteitsorgaan (2016). Capaciteitsplan 2016. Deelrapport 2; Huisartsen. Utrecht: Capaciteitsorgaan, pagina 50.

[9] Het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB) kent wel registers voor zgn. Kaderhuisartsen met betrekking tot bijvoorbeeld de GGZ en ouderengeneeskunde, of voor oogheelkunde. In zekere mate verwant is het CHBB-register voor justitiële huisartsenzorg waarin momenteel 30 huisartsen ingeschreven staan.

2.4 Deelonderzoek door consultatie in focusgroepen

In aansluiting op de hierboven beschreven dataverzamelingen zijn op 2 en 3 november twee focusgroepen georganiseerd. Deelnemers zijn geworven via de individuele webenquête onder (forensisch) artsen en degenen die de web-gebaseerde organisatie-enquête invulden. Aanvankelijk toonden meer dan 40 personen interesse maar mede door drukke agenda's namen op beide data uiteindelijk 7 personen deel. Alle deelnemers zijn werkzaam of bestuurlijk actief op het terrein van de (eerstelijns) forensische geneeskunde; de helft van de deelnemers in beide sessies was ook geregistreerd als forensisch arts.

De workshops werden gestructureerd door een aantal stellingen die in stemronden door de deelnemers via hun laptop werden beoordeeld en toegelicht. Daarna vond mondelinge discussie plaats over de uitkomsten van de stemronde welke in verslagen zijn vastgelegd. De samenstelling van de focusgroepen is niet representatief voor 'het veld'. Uitkomsten van de discussies konden wel worden gebruikt om de verzamelde cijfers nader te duiden, en argumenten achter trends en scenario's te verdiepen.

2.5 Conclusie

Dit hoofdstuk gaf een beschrijving van de verschillende manieren van gegevensverzameling. De respons op alle onderzoeksonderdelen was relatief hoog. In andere studies onder bijvoorbeeld werkzame professionals of vertegenwoordigers van huisartsenpraktijken, ziekenhuizen of medisch specialisten worden op organisatie- en individueel niveau vaak geen responspercentages van 85% of 40% gehaald. Dit is te verklaren door het feit dat het veld hiermee uitgenodigd werd om hun mening te geven over het vakgebied en de toekomst, mede in het licht van de discussie over de gestaakte aanbesteding in 2015 en de opdracht van de Onderzoekscommissie Forensisch Medisch Onderzoek en Medisch Arrestantenzorg. Dit geldt voor individuele professionals, maar zeker ook voor aanbiedende organisaties aangezien de toekomstige inrichting van de forensische geneeskunde grote gevolgen kan hebben voor de bedrijfsvoering. Dit laatste is ook een factor om rekening mee te houden bij het bepalen van de betrouwbaarheid van de antwoorden. Normaal gesproken vergemakkelijkt een hoge respons het generaliseren van de resultaten naar de populatie vergemakkelijkt. Toch moet ook dan rekening gehouden worden met mogelijke vertekening, bijvoorbeeld doordat alleen zeer actieve professionals een vragenlijst invullen of zeer slecht presterende aanbieders niet responderen. Ook kan het zijn dat antwoorden 'gekleurd' zijn door achterliggende belangen, bijvoorbeeld om de eigen productie of formatie te overschatten of juist onderschatten. Om die reden worden cijfers over bijvoorbeeld beschikbare formatie zoveel mogelijk getrianguleerd met andere bronnen om zo controles in te bouwen of gegeven antwoorden inderdaad als betrouwbaar kunnen worden gezien. Dit wordt op relevante onderdelen in de volgende hoofdstukken benoemd.

3 Forensisch-medische diensten in Nederland: de organisaties en het systeem

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven we een antwoord op de eerste hoofdvraag van het onderzoek:

> **'Welke organisaties bieden forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland aan, welke diensten worden verricht en hoeveel werkzaamheden worden vanuit deze organisaties verricht?'**

Deze vraag wordt voornamelijk beantwoord aan hand van (1) de inventarisatie van productievolumes die onder de huidige contractanten van de Politie is uitgevoerd, en (2) de aanvullende organisatievragenlijst die onder dezelfde groep is uitgezet. Aanvullend zijn aanbod- en organisatiegegevens uit de web-enquête onder professionals gebruikt. Op relevante onderdelen worden ook uitkomsten uit de focusgroepen aangehaald.

3.2 De aanbieders van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland

In deze paragraaf worden eerst de volgende twee deelvragen beantwoord die eerder in hoofdstuk 1 zijn beschreven:

1a. Wie zijn in Nederland de aanbieders van forensisch medisch onderzoek medische arrestantenzorg/lijkschouw?
1b. Hebben deze partijen een privaatrechtelijke of een publiekrechtelijke status?

Zoals in het vorige hoofdstuk reeds beschreven, schreven 23 organisaties zich in voor de aanbesteding van de Politie, waarvan 18 publiekrechtelijke GGD-instellingen en 5 privaatrechtelijke organisaties. Zij deden hun aanbod in verschillende constellaties als aanbieders, waarbij sommige organisaties op meerdere percelen (politie-eenheden) inschreven.

Ten tijde van dit onderzoek, anno najaar 2016, zijn op één organisatie na alle organisaties die destijds inschreven op de aanbesteding nog steeds actief op het terrein van het forensisch medisch onderzoek (FMO), medische arrestantenzorg (MAZ) of lijkschouw. Dit blijkt met name uit de organisatievragenlijst die door 22 organisaties is ingevuld. Elk van hen gaf aan één of meerdere van deze diensten thans uit te voeren voor één of meerdere politie-eenheden (18 GGD'en en 4 private aanbieders). Van 4 GGD'en van wie deze vragenlijst niet is ontvangen, hebben we wel gegevens uit productievolume-inventarisatie. Hieruit blijkt dat zij FMO, MAZ en/of lijkschouw-werkzaamheden uitvoeren. De politie-eenheden waarin deze GGD'en werkzaamheden verrichten zijn achterhaald door het raadplegen van hun websites, gecombineerd met de politie-eenheden waarop zij in 2015 inschreven.

Op basis van alle beschikbare en verzamelde bronnen is tabel 3.1 samengesteld, alsmede figuur 3.1 waarin de verdeling van organisaties visueel is samengevat.

Tabel 3.1 Aantal organisaties anno 2016 die diensten/werkzaamheden leveren op het terrein van FMO, MZ en lijkschouw, naar politie-eenheid en type organisatie (organisaties kunnen meerdere diensten en deze in meerdere politie-eenheden uitvoeren)

	Forensisch Medisch Onderzoek		Medisch Arrestantenzorg		Lijkschouw	
Politie-eenheid	GGD'en	Private aanbieders	GGD'en	Private aanbieders	GGD'en	Private aanbieders
Amsterdam	1		1		1	
Den Haag	1	1	1	2	2	
Limburg	2		2		2	
Midden-Nederland	3	1	2	1	1	
Noord-Holland	3		3		3	
Noord-Nederland	3		3		2	
Oost-Brabant	2		2		2	
Oost-Nederland	5		4		5	
Rotterdam		1		1		1
Zeeland/West-Brabant	3		3		3	
Totaal	23	3	21	4	21	1

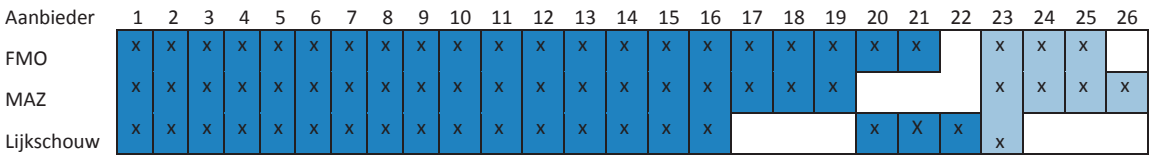
Bij deze tabel is het van belang rekening te houden met dubbeltellingen, aangezien organisaties meerdere diensten en deze in meerdere politie-eenheden kunnen uitvoeren. Hiervoor corrigerend concluderen we dat anno 2016 op landelijk niveau:

- 24 verschillende organisaties FMO uitvoeren, waarvan 21 GGD'en en 3 private aanbieders;
- 23 verschillende organisaties MAZ uitvoeren, waarvan 19 GGD'en en 4 private aanbieders;
- 20 verschillende organisaties lijkschouw uitvoeren, waarvan 19 GGD'en en 1 private aanbieder.

Kijkend naar combinaties van diensten die deze organisaties uitvoeren, dan concluderen we dat:

- 16 GGD'en en 1 private aanbieder zowel FMO als MAZ als lijkschouw uitvoeren;
- 3 GGD'en en 2 private aanbieders FMO en MAZ, maar geen lijkschouw uitvoeren;
- 2 GGD'en FMO en lijkschouw, maar geen MAZ uitvoeren;
- 1 GGD alleen lijkschouw uitvoert;
- 1 private aanbieder alleen MAZ uitvoert.

Figuur 3.1 Ordening en uitbeelding van de 26 organisaties in Nederland die anno 2016 diensten/werkzaamheden leveren ('x') op het terrein van FMO, MZ en lijkschouw (donkerblauw=GGD, lichtblauw=privaat)



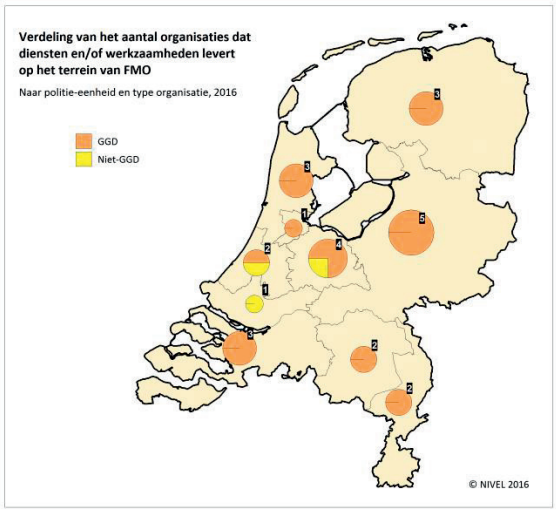
Kijkend naar regio's waar die deze organisaties de diensten uitvoeren, dan concluderen we dat:

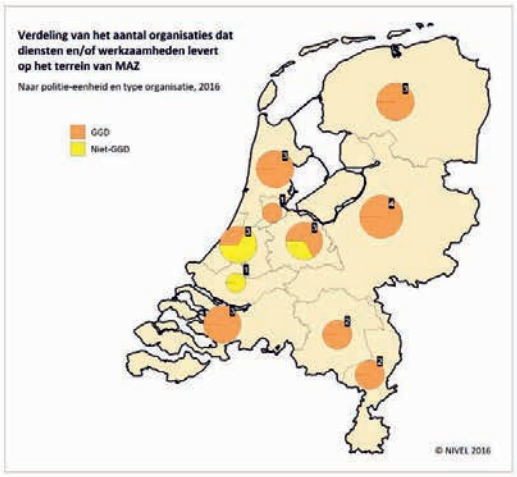
- 20 GGD'en en 4 private aanbieders hun werkzaamheden in één politieregio uitvoeren;
- 2 GGD'en zowel FMO, MAZ als lijkschouw in twee politieregio's uitvoeren.

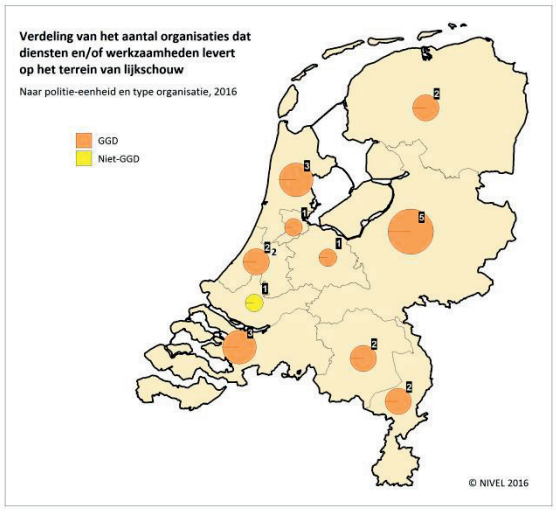
Enkele respondenten gaven in de organisatievragenlijst ook nog onder ‘andere’ activiteiten aan dat zij bloed- en urineproeven, zedenonderzoeken en zorg aan asielzoekers en daklozen in de politieregio’s leveren.

De regionale spreiding van aanbieders van FMO, MAZ en lijkschouw naar politieregio wordt hieronder in drie kaartjes gepresenteerd. Hierin is duidelijk te zien dat private aanbieders met name aanwezig zijn in de Randstad, deels in combinatie met GGD’en. In de overige regio’s zijn alleen GGD’en actief. Om herkenbaarheid van individuele aanbieders te vermijden, worden hun resultaten verder in dit rapport niet per perceel getoond, maar waar relevant alleen uitgesplitst naar type gebied, uitgaand van de regio-indeling West, Noord, Oost en Zuid.

Figuur 3.2 Geografische verdeling van organisaties in Nederland die anno 2016 diensten/werkzaamheden leveren op het terrein van FMO, MZ en lijkschouw (oranje=GGD, geel=privaat)







3.3 De capaciteit van de aanbieders van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland

In deze paragraaf wordt de volgende deelvraag beantwoord:

> 1c. Per instelling, hoeveel forensisch artsen werken op het gebied van 1) forensisch medisch onderzoek; en/of 2) medische arrestantenzorg; en/of 3) lijkschouw en hoeveel FTE's zijn beschikbaar.

Twee bronnen worden in combinatie met elkaar gebruikt, namelijk de personele capaciteit zoals door de aanbieders aangegeven in de organisatievragenlijst, en de tijdbesteding die de forensisch artsen aangaven in de uitgezette web-enquête.

3.3.1 De personele capaciteit zoals opgegeven door de aanbieders van FMO, MAZ en lijkschouw

In de organisatievragenlijst is aan organisaties gevraagd voor FMO, MAZ en lijkschouw aan te geven hoeveel personen op dit terrein voor hen werkzaam zijn, en hoeveel FTE deze personen gezamenlijk werken. Niet alleen is gevraagd naar de capaciteit aan forensisch artsen[10], maar ook naar andere professionals die deze werkzaamheden verrichten. Tabel 3.2 is gebaseerd op de antwoorden van de 18 GGD'en en 4 private organisaties die reageerden, waarbij we alleen de resultaten voor forensisch artsen tonen.

Tabel 3.2 Forensisch artsen die werkzaamheden verrichten op het terrein van FMO, MAZ en lijkschouw, zoals opgegeven door 18 GGD'en en 4 private aanbieders, in aantallen

	Aantal forensisch artsen				FTE*	
	Totaal (opgeteld over de organisaties)		Gemiddeld per organisatie		Gemiddeld aantal FTE per forensisch arts	
	GGD'en	Private aanbieders	GGD'en	Private aanbieders	GGD'en	Private aanbieders
Forensisch artsen, waarvan:	188	52	10,44	13,00	0,30	0,50
- in loondienst	148	19	8,22	4,75	0,31	0,67
- ingehuurd als zelfstandige	40	33	2,22	8,25	0,27	0,40

* FTE'en zijn niet door alle organisaties voor één of beide type forensisch artsen ingevuld. Voor forensisch artsen in loondienst ontbraken waarden van 5 organisaties, voor forensisch artsen ingehuurd als zelfstandige 10.

Het totaal aantal forensisch artsen dat de 22 respondenten gezamenlijk opgaven als zijnde werkzaam voor hun organisatie, bedraagt (188+52=)240. Hierbij moet opgemerkt worden dat er dubbeltellingen kunnen zijn van artsen die werkzaam zijn voor verschillende organisaties. Uit onze web-enquête onder forensisch artsen blijkt dat 14% voor twee organisaties FMO, MAZ of

[10] In de organisatie-enquête is geen nadere definitie gegeven van 'forensisch artsen', er vanuit gegaan dat de respondenten voor hun eigen organisatie weten wie, op basis van registratie en/of opleiding, voor hen werkzaam is als forensisch arts. We verwijzen hiervoor ook naar de definiëring van forensisch artsen door ons toegepast na de web-enquête (zie hiervoor paragraaf 2.2).

lijkschouw uitvoert[11]. Corrigeren we hiervoor, dan is het totaal aantal 'unieke' forensisch artsen dat voor deze organisaties werk uitvoeren (240*0,86=) 206. Op basis hiervan hebben we een schatting gemaakt van het totaal aantal forensisch artsen in Nederland, inclusief niet-responderende organisaties. Dit komt uit op 242, zijnde het aantal forensisch artsen die bij de huidige aanbieders van FMO, MAZ en lijkschouw uitvoeren (zie onderstaande box 3.1 voor de bepaling van deze schatting).

We zien in tabel 3.2 ook dat GGD'en en private aanbieders flink verschillen in de verhouding tussen forensisch artsen in loondienst en op inhuurbasis. GGD'en hebben gemiddeld 8 forensisch artsen in loondienst en bijna 5 op inhuurbasis. Bij private aanbieders is het andersom: gemiddeld 8 forensisch artsen op inhuurbasis en meer dan 2 in loondienst.

Het aantal FTE dat de forensisch artsen werken verschilt ook. In private organisaties is dat 0,50, tegen 0,30 in GGD'en. Dit komt vooral doordat de forensisch artsen in loondienst van private organisaties met 0,67 relatief veel werken. Gemiddeld over alle organisaties die dit opgaven is de capaciteit per forensisch arts 0,35 FTE. Dit gemiddelde ligt lager dan wat forensisch artsen aangaven in de NIVEL-enquête in 2010 (zie hoofdstuk 1) namelijk 0,46 fte.

Vermenigvuldigd met de schatting dat er in totaal 242 forensisch artsen in Nederland werkzaam zijn, kan dus hun totale capaciteit worden geschat op 242*0,35=84,7 FTE.

Box 3.1 Schatting van het aantal werkzame forensisch artsen in Nederland

Voor de berekening op basis van de organisatievragenlijst hebben we de ontbrekende waarden voor de 4 GGD'en die de organisatievragenlijst niet hebben ingevuld geschat. Hiervoor hebben we het gemiddeld aantal forensisch artsen gehanteerd van de 18 GGD'en die wel respondeerden. Dat is dan (188/18=) 10,44 forensisch arts per GGD. Om te corrigeren voor het feit dat circa 14% van de forensisch artsen in twee organisaties werken is het geschatte aantal per GGD (10,44*0,86=) 8,98 personen. Daarmee komen we op basis van de organisatie-enquête tot de schatting dat er landelijk 206+(4*8,98=) 242 forensisch artsen bij de huidige aanbieders van FMO, MAZ en lijkschouw werkzaam zijn.

We kunnen dit landelijk aantal van 242 forensisch artsen vergelijken met het aantal werkzame forensisch artsen in Nederland op basis van een combinatie van andere bronnen. Volgens het recente Capaciteitsplan 2016 van het Capaciteitsorgaan[12] over de sociaal geneeskundigen, waren er per 1/1/2016 in het Register Geneeskundig Specialisten (RGS) 138 forensisch artsen geregistreerd. Daarvan hadden er 79 een registratie als Arts M&G profiel forensische geneeskunde en 59 als profielarts (forensisch arts KNMG). Het overgrote deel (88%) hiervan was ook als forensisch arts werkzaam; dit is voor het Capaciteitsplan 2016 gecontroleerd op basis een koppeling van het RGS en het Sociaal Statistisch Bestand van het CBS. Het aantal forensisch artsen dat volgens het Capaciteitsplan op 1/1/2016 werkzaam én RGS-geregistreerd was, is 122.
Naast deze groep is er een waarschijnlijk even grote groep forensisch artsen werkzaam die geen RGS-registratie hebben, maar in het register van het FMG zijn ingeschreven. Uit de ledenraadpleging van het FMG[13] in 2016 bleek dat van de 115 respondenten die aangaven als forensisch arts geregistreerd te zijn, 49% aangaf een

box 3.1 - wordt vervolgd -

[11] Slechts enkele forensisch artsen gaf aan voor 3 of meer organisaties werkzaamheden uit te voeren.

[12] Capaciteitsorgaan (2016). Capaciteitsplan 2016. Deelrapport 4; Sociaal geneeskundigen. Utrecht: Capaciteitsorgaan (p. 49-50)

[13] Ongepubliceerd document.

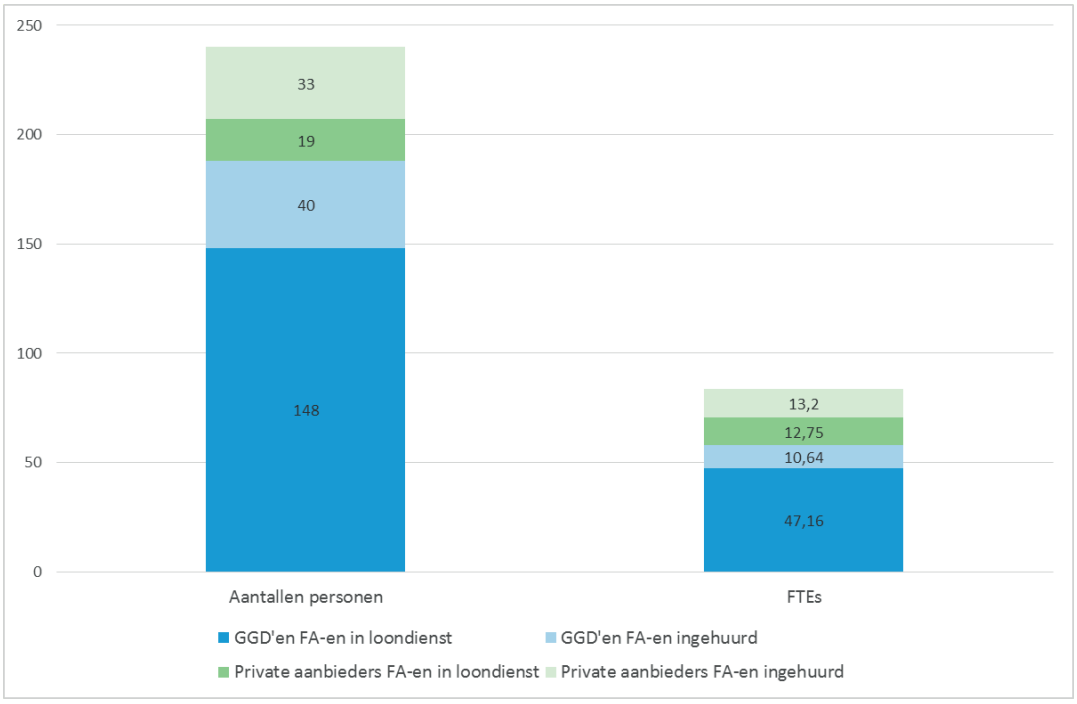
- vervolg box 3.1 -

registratie als arts M&G of als profielarts te hebben. De andere 51% gaf aan geregistreerd te zijn als 'Forensisch arts FMG'. Deze verhoudingen komen redelijk overeen met de web-enquête onder (forensisch) artsen die wij hielden. Van de 98 forensisch artsen die reageerden op onze web-enquête en werk op dit terrein verrichten, gaf 46% aan als Forensisch arts FMG geregistreerd te zijn én niet als arts M&G of profielarts.
Als we de verhouding 50%-50% nu toepassen op het landelijke gevalideerde aantal RGS-geregistreerde forensisch artsen van 122, dan zou het totaal aantal forensisch artsen dus 2*122=244 bedragen. Dit getal komt nagenoeg overeen met de 242 forensisch artsen die we op basis van de organisatie-enquête berekenden.

Verder kan uit tabel 3.2. worden afgeleid:

- dat 78% van de forensisch artsen opgegeven door de organisaties werkzaam is voor een GGD-organisatie (188 van de 240). Dit komt redelijk overeen met de 81,5% die blijkt uit de FMG-raadpleging in 2016, en is bijna gelijk aan de 77% die uit onze web-enquête onder forensisch artsen blijkt.
- dat 71% van de forensisch artsen volgens de organisaties in loondienst werkzaam is (148+19=167 van de 240). In de FMG-raadpleging was dat 75%, in onze web-enquête gaf 67% van de 98 forensisch artsen die respondeerden dat aan. Hierbij is er groot verschil tussen GGD'en (80% in loondienst) en private aanbieders (36% in loondienst).

Figuur 3.3 De capaciteit aan werkzame forensische artsen in Nederland naar type organisatie (GGD'en en private aanbieders) en contractering (loondienst versus ingehuurd), in aantallen personen en FTE zoals opgegeven door de 18 GGD'en en 4 private aanbieders die de organisatievragenlijst invulden



De samenstelling van de totale formatie aan forensisch artsen verdeeld over GGD-instellingen en private aanbieders is nog eens weergegeven in figuur 3.3.

Ook niet-forensisch artsen kunnen werkzaamheden op het gebied van FMO en MAZ verrichten. Respondenten konden in de organisatie-enquête aangeven hoeveel huisartsen, forensisch verpleegkundigen en andere medisch personeel men op contractuele of inhuurbasis in dienst heeft voor forensische werkzaamheden. Hierbij vormen huisartsen één van de grootste groepen die door de 4 private aanbieders worden ingezet. Gezamenlijk geven zij op 114 huisartsen in dienst te hebben (waarvan 102 op inhuurbasis). Alle GGD'en samen gaven aan 4 huisartsen in dienst te hebben. Hierbij valt op dat de aantallen huisartsen opgegeven door de private organisaties niet in verhouding staan tot het totaal FTE dat zij gezamenlijk zouden werken, namelijk 114 personen versus 3,0 FTE. Voor een deel komt dit doordat een flink aantal organisaties wel aantallen maar geen FTE's aan huisartsen invulden. Daarnaast zou het kunnen dat aantallen huisartsen die penitentiair werk verrichten hier ook meegerekend zijn, waarmee de private aanbieders 'forensisch werk' breder hebben geïnterpreteerd dan 'alleen' de taken FMO, MAZ en lijkschouw. Vanwege beide redenen is het niet mogelijk een goede schatting te geven voor het totaal van deze extra formatie in FTE.

Om regionale verschillen van het aanbod te laten zien presenteren we hieronder de cijfers uit tabel 3.2. naar vier regio's. Het onderscheid naar forensisch artsen in loondienst en inhuurbasis is hierbij weggelaten, zodat we de vier gebieden kunnen vergelijken naar (1) het gemiddeld aantal forensisch artsen dat de aanbieders in dienst hebben, en (2) het gemiddeld aantal FTE dat een forensisch arts voor de aanbieders in de regio werkzaam is.

Tabel 3.3 Gemiddeld aantal forensisch artsen per aanbieder, en het gemiddeld aantal FTE dat een forensisch arts is aangesteld, zoals opgegeven door 18 GGD'en en 4 private aanbieders, naar regio

	Noord	Oost	West	Zuid
Gemiddeld aantal forensisch artsen per organisatie	6,67	7,25	13,6	8,4
Gemiddeld aantal FTE dat een forensisch arts is aangesteld	0,24	0,39	0,38	0,27

* Regio West: aanbieders in de politieregio's Amsterdam, Rotterdam, Noord Holland Noord, Hollands Midden, Haaglanden, Kennemerland, Utrecht en Gooi & Vechtstreek, inclusief alle private aanbieders. Regio Noord: Flevoland, Friesland, Groningen, Drenthe en IJssellanden. Regio Oost: Gelderland, Gelderland Midden, Noord Oost Gelderland en Twente. Regio Zuid: Zeeland, West Brabant, Hart van Brabant, Brabant Zuid Oost, Noord Limburg en Zuid Limburg.

Duidelijk is dat in regio west de aanbieders actief zijn met gemiddeld de meeste forensisch artsen, die bovendien voor een meer dan gemiddeld aantal FTE zijn aangesteld. Regio noord wijkt naar de andere kant af; aanbieders in deze regio hebben de helft minder forensisch artsen in dienst, welke ook nog eens minder FTE werken. Daarmee zien we dat de capaciteit per regio aanzienlijk verschilt, hetgeen waarschijnlijk samenhangt met de bevolkingsomvang en –samenstelling en het aantal geweldsdelicten en criminaliteit die meer geconcentreerd zijn in de grote steden.

3.3.2 De capaciteit zoals opgegeven door de geënquêteerde (forensisch) artsen voor FMO, MAZ en lijkschouw

Om te bepalen wat de tijdbesteding is van de personen die beschikbaar en werkzaam zijn voor FMO, MAZ en lijkschouw wordt gebruik gemaakt van de uitkomsten uit de web-enquête. De onderstaande tabel laat eerst zien hoeveel dagen men beschikbaar is, hoeveel uren men tijdens kantoortijden werkt en daarna hoeveel diensten men doet. Het gaat hierbij om alle drie de taken samen. De uitkomsten worden voor zowel de forensisch als de niet-forensisch artsen weergegeven die aan de web-enquête deelnamen.

Tabel 3.4 Tijdsbesteding aan FMO, MAZ en lijkschouw, in dagen inzetbaarheid, uren per week en ANW-diensten, naar beroepsgroep

	Forensisch artsen*	Niet-forensisch artsen**
Dagen gemiddeld per week inzetbaar voor FMO, MAZ en lijkschouw tijdens kantooruren	1,8	1,1
Uren per week feitelijk besteed aan FMO, MAZ en lijkschouw (inclusief reistijd) tijdens kantooruren	12,1	14,0
Gemiddeld aantal ANW diensten per maand	5,8	5,4
Gemiddelde duur ANW diensten in uren	14,9	15,8

* Het aantal respondenten forensisch artsen verschilt voor de drie tijdbestedingsvragen (N varieert tussen de 81 en 85).
** Het aantal respondenten niet-forensisch artsen verschilt voor de drie tijdbestedingsvragen (N varieert tussen de 22 en 37).

Uit dit overzicht blijkt dat forensisch artsen 1,8 dagen per week inzetbaar zijn en niet-forensisch artsen 1,1 dag. Forensisch artsen geven aan tijdens kantoortijden gemiddeld 12 uur per week te werken aan de drie taken, niet-forensische artsen 14 uur. Voor de tijdsbesteding buiten kantooruren geven forensische artsen aan bijna zes diensten per maand te doen, de niet-forensisch artsen bijna vijf-en-een-half. Beide groepen geven aan dat een ANW-dienst gemiddeld rond de 15 uur duurt.

Vervolgens is gevraagd hoe deze werktijd procentueel verdeeld is naar FMO, MAZ en lijkschouw. Onderstaande tabel 3.5 toont de resultaten voor alleen de forensisch artsen[14]. In de enquêtevraag was tevens de tijdbestedingscategorie 'overige taken' opgenomen zijnde de 'secundaire' werkzaamheden die ondersteunend of afgeleid zijn van FMO, MAZ en lijkschouw.

Tabel 3.5 Tijdsbesteding aan FMO, MAZ, lijkschouw en overige taken als procentuele verdeling van de totale werktijd aan deze taken

	Forensisch artsen (n=98)
% werktijd aan uitvoering forensisch medisch onderzoek*	14,5%
% werktijd aan uitvoering medische arrestantenzorg**	42,5%
% werktijd aan uitvoering lijkschouw***	33,7%
% werktijd aan overige taken ten behoeve van forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw****	14,1%

* In de vragenlijst werd hierbij vermeld '(Letselbeschrijving op kantoor of op locatie, DNA/Bloed/urine afname, onderzoek zedendelict, e.d.)'
** In de vragenlijst werd hierbij vermeld '(medische advisering bv. over insluiting, en/of medische behandeling, incl. bezoek, telefonisch consult, insluitadviezen, bemoeizorg etc.)'
*** Lijkschouw is in deze vraag *niet* nader gedefinieerd. Hierdoor kan het zijn dat met name huisartsen alle tijdbesteding aan lijkschouw hebben meegeteld, en niet alleen de forensische lijkschouw in het geval van niet natuurlijke dood of sterfte onder verdachte omstandigheden.
**** In de vragenlijst werd hierbij vermeld '(bij- en nascholing, financiële administratie, wetenschappelijk onderzoek, e.d.)'

We zien dat forensisch artsen gemiddeld het meeste van hun werktijd besteden aan MAZ (42%) en lijkschouw (33%). FMO neemt bij hen het kleinste aandeel van de tijd in beslag (14%), bijna

[14] De antwoorden op deze enquêtevraag voor de *niet*-forensische artsen laten zien dat zij lijkschouw waarschijnlijk breder hebben opgevat dan 'forensische lijkschouw'. Gemiddeld geven de niet-forensische artsen aan 21% van hun werktijd te besteden aan lijkschouw. Dit kan geen forensische lijkschouw zijn omdat zij geen opleiding of registratie als forensisch artsen hebben. Het was achteraf beter geweest als lijkschouw, net als FMO en MAZ, nader in de enquêtevraag was toegelicht (zie bijschrift *** tabel 3.5).

evenveel als de categorie 'overige taken'. Laten we deze laatste categorie buiten beschouwing, dan is de tijdsverdeling van de forensisch artsen over de drie forensische hoofdtaken als volgt:

- 16% FMO;
- 47% MAZ;
- 37% lijkschouw.

Op basis van deze uitkomsten van de web-enquête kan ook een schatting worden gemaakt van de *totale* hoeveelheid tijd die forensisch artsen in Nederland gezamenlijk beschikbaar zijn, en besteden, aan FMO, MAZ en lijkschouw. Op jaarbasis schatten we dat forensisch artsen in 18.070 dagen beschikbaar zijn, en 122.984 uur hieraan besteden binnen kantooruren, en 219.593 uur buiten kantooruren (zie box 3.2). Zoals in de box beschreven kunnen beide getallen niet zomaar opgeteld worden, aangezien men voor ANW-diensten soms meerdere dagen achter elkaar beschikbaar is, maar mogelijk niet actief ingezet wordt. De exacte cijfers moeten dan ook met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Deze totalen zullen we later in dit hoofdstuk relateren aan het totaal aantal zaken en verrichtingen die aanbieders van forensische zorg in Nederland op jaarbasis leveren.

Box 3.2 Schatting van de totale tijdsbesteding door forensisch artsen in Nederland

Hierboven zagen we dat forensisch artsen gemiddeld 1,8 dagen per week inzetbaar zijn voor FMO, MAZ en lijkschouw. Uitgaande van 42 werkweken per jaar, dat vaker onder artsenberoepen wordt gehanteerd, betekent dit dat een forensisch arts gemiddeld (1,8*42=) 75,6 dagen per jaar inzetbaar is. Uitgaande van 242 werkzame forensisch artsen in Nederland betekent dit zij jaarlijks tezamen 242*75,6=18.295 dagen voor FMO, MAZ en lijkschouw inzetbaar zijn.
Uit de antwoorden op de tijdsbestedingsvragen blijkt dat deze inzetbaarheid vooral ook bestaat uit het doen van ANW-diensten, wat omgerekend meer tijd per week in beslag neemt dan de tijd die forensisch artsen aan FMO, MAZ en lijkschouw tijdens kantooruren besteden. Buiten kantooruren doet men gemiddeld 5,8 ANW-diensten per maand waarbij elke dienst gemiddeld 14,9 uur duurt. Dit zou neerkomen op 86,4 uur per maand, ofwel 21,6 uur per week. Dit is bijna twee keer zoveel als de het gemiddelde van 12,1 uur per week dat forensisch artsen aangeven tijdens kantooruren te werken. Hierbij moet echter rekening worden gehouden met het feit dat veel ANW-diensten uit wachttijd bestaan; hoeveel is niet gevraagd in de web-enquête.
Vanwege de verschillen tussen tijdsbesteding binnen en buiten kantooruren, schatten we de totale tijdsbesteding van forensisch artsen in Nederland op jaarbasis hieronder apart.

Weer uitgaande van 42 werkweken per jaar besteden forensisch artsen gemiddeld 42*12,1= 508 uur binnen kantoortijden aan FMO, MAZ en lijkschouw. Voor alle forensisch artsen tezamen is deze capaciteit 242*508= 122.984 uur per jaar. Als we de verdeling van de tijdsbesteding hanteren die we uit tabel 3.5 hebben afgeleid, wordt dan op jaarbasis in Nederland door forensisch artsen, tijdens kantoortijden:
16%*122.984= 19.678 uur besteed aan FMO,
47%*122.984= 57.803 uur besteed aan MAZ,
37%*122.984= 45.504 uur besteed aan lijkschouw.

box 3.2 - wordt vervolgd -

- vervolg box 3.2 -

Buiten kantoortijden schatten we dat de forensisch artsen 5,8*14,9= 87 uur per maand aan ANW-diensten

besteden oftewel 87/4=21,6 uur per week, en 42*21,6=907 uur op jaarbasis. Voor alle forensisch artsen tezamen is deze capaciteit 242*907= 219.593 uur per jaar. Als we ook hier de verdeling van de tijdsbesteding hanteren die we uit tabel 3.5 hebben afgeleid, wordt op jaarbasis in Nederland door forensisch artsen, buiten kantoortijden:
16%*219.593= 35.135 uur besteed aan FMO,
47%*219.593= 103.209 uur besteed aan MAZ,
37%*219.593= 81.249 uur besteed aan lijkschouw.

3.4 Aanbieders in het systeem van de forensische dienstverlening in Nederland

In deze paragraaf wordt de volgende set deelvragen beantwoord die eerder in hoofdstuk 1 zijn beschreven. De eerste deelvraag is:

1d. Werken instellingen samen? Welke samenwerkingsvormen zijn er en hoe zijn die geregeld?

Om een antwoord te geven op deze vraag is aan organisatievertegenwoordigers gevraagd met welke andere aanbieders van eerstelijns forensisch medisch onderzoek, arrestantenzorg en lijkschouw hun organisatie een formeel samenwerkingsverband heeft. Het kan gaan om onderaanneming of om andere vormen van samenwerking.

Drie GGD'en gaven aan een andere organisatie als onderaannemer te hebben voor FMO en MAZ. Daarnaast gaven drie GGD'en aan andere samenwerkingsvormen te hebben zoals:
- met apotheken,
- voor gedetineerden in het algemeen,
- voor de medisch zorg in de ANW voor gedetineerden en vreemdelingen in detentie.

De volgende drie deelvragen worden samen beantwoord:

1e. Hoe is de financiering van de taken binnen de verschillende gebieden geregeld?
1f. Hoe komen de tariefstellingen tot stand en in welke mate vergoeden zorgverzekeraars de medische arrestantenzorg?
1g. Hoe is de financiering van de organisaties geregeld? Is er sprake van subsidiering?

De volgende tabel, ook gebaseerd op de organisatie-enquête, geeft een antwoord op deze vragen, waarbij combinaties van de volgende vier financieringswijzen worden gepresenteerd:
1. Financiering in een Raamovereenkomst met één of meerdere eenheden van de Politie
2. Financiering door lokale, provinciale of nationale overheid
3. Financiering door zorgverzekeraar
4. Andere vorm van financiering.

Tabel 3.6 Aantallen organisaties naar 4 financieringsgronden op het terrein van FMO, MAZ en lijkschouw, uitgesplitst voor GGD'en en niet GGD'en (n=22 organisaties, 18 GGD'en en 4 private aanbieders)

	GGD'en	Private aanbieders
Zowel 1, 2 als 3	1	
Zowel 1, 2 als 4	1	1
Zowel 2, 3 als 4		1
Zowel 1 als 2	15	
Zowel 1 als 3		1
Alleen 1		2
Alleen 2	1	

Duidelijk is dat de financiering van de GGD'en in het overgrote deel gebaseerd is op raamovereenkomsten met de Politie én financiering vanuit de overheid. Dit is het financieringsmodel zoals dat al langere tijd bestaat, en de facto ook nu de standaard is voor de werkzaamheden die de GGD'en voor de Politie en gemeenten verrichten.
De private organisaties die de organisatie-vragenlijst invulden laten een iets ander beeld zien. Zij hebben ook financiering van zorgverzekeraars, hetgeen niet door de GGD-respondenten is aangekruist. Daarnaast hebben 2 van de 4 private aanbieders alleen een raamovereenkomst.

Eén element uit de vraag, namelijk over tariefstellingen, is niet eenvoudig te beantwoorden aan de hand van vragenlijst-onderzoek. Uit eerdere onderzoeken is bekend dat dit type vragen vaak wordt opengelaten omdat het bedrijfsgevoelige / concurrerende informatie betreft. In combinatie met de complexiteit in vraagstelling is ervoor gekozen dit onderdeel niet uitgebreid voor te leggen in de organisatievragenlijsten. Wel is op basis van de originele aanbesteding door de Politie iets over tariefstellingen te zeggen, in combinatie met een aantal open antwoorden die respondenten op de verschillende vragenlijsten aangaven. Voor wat betreft de Politie-aanbesteding geeft Box 3.3 een beeld van de vereisten rond tarieven. Wel geldt hierbij dat de aanbesteding uiteindelijk is afgelast. Dit geeft dus enige impressie hoe tariefstellingen juridisch zijn geregeld, maar is onbekend wat de exacte tarieven zijn van de huidige partijen waarvan de contracten zijn verlengd.

Box 3.3 Informatie over tarieven uit aanbestedingsdocumenten Politie, 2015

Bij de aanbesteding gold dat aanbieders voor alle onderdelen van hun offerte een realistische prijs moesten geven. Zo was het niet toegestaan te schuiven met tarieven en was het aanbieden van nultarieven of tarieven onder de kostprijs niet toegestaan. Specifiek voor medische zorg voor arrestanten gold dat dit prestaties waren die vallen binnen de Huisartsenzorg zoals omschreven in de zorgverzekeringswet en de tarieven zoals vastgesteld in een Tariefbeschikking van de NZa. De tarieven voor dit onderdeel waren daardoor voorgeschreven en vast. Inschrijver dienden hier de wettelijk vastgestelde maximum NZa tarieven voor "reguliere consulten" per prestatie voor zowel DAG- als ANW-prestaties aan te bieden. Deze maximumtarieven golden voor de volgende activiteiten binnen kantoortijden (08.00-18.00 uur) en buiten kantoortijden / ANW-diensten:

	Max NZa-tarief kantoortijden	Max NZa-tarief ANW
1e visite arts	€ 40,88	€ 67,87
ieder opvolgende visite arts	€ 27,25	€ 45,24
1e visite verpleegkundige	€ 40,88	€ 67,87
elk opvolgende visite verpleegkundige	€ 27,25	€ 45,24
telefonisch consult	€ 13,63	€ 22,62

box 3.3 - wordt vervolgd -

- vervolg box 3.3 -

Naast medische arrestantenzorg kon men in de prijzenbladen ook de tarieven voor forensisch medisch onderzoek invullen, uitgaand van de volgende indeling:

- Bloed/urine onderzoek
- DNA-afname
- Slachtoffer- en verdachtenonderzoek geweldsdelicten
- Slachtoffer- en verdachtenonderzoek zedendelicten
- Letselbeschrijving en -interpretatie incl. fotografie
- Forensisch medische onderzoek en advies
- Psychiatrie
- Voorrijkosten

Bij elk van deze posten diende men een all-in tarief in te vullen, exclusief BTW.

Tot slot konden aanbieders ook "politiespecifieke dienstverlening" aanbieden. Hieronder werden diensten verstaan die inschrijvers mede konden aanbieden in het kader van het "ontzorgen" van de Politie. Voorbeelden waren onder andere:

- "initiëren en monitoren van vervolgstappen (bijv. het organiseren van een opname in een ziekenhuis, aanvragen ambulancevervoer, (medische) overdracht aan ambulance-/ziekenhuispersoneel, informeren van- en laten informeren door ziekenhuis, etc.);
- initiëren en monitoring van verslavingszorg (indicatie, inzetten en monitoren van de uitvoering van de werkzaamheden van deze zorg);
- organiseren en beoordelen van de populatie van ingeslotenen ten behoeve van het initiëren en monitoren van gevraagde en ongevraagde bemoeizorg;
- organiseren van thuiszorg (indicatie, inzetten en monitoren van de uitvoering van de werkzaamheden van deze zorg);
- invulling van de aangeboden dienstverlening - niet zijnde geleverde prestaties inzake huisartsenzorg zoals omschreven in de beschikking van de NZa."

Of en op welke manier de huidige aanbieders precies invulling geven aan deze onderdelen is niet bekend. Wel is aannemelijk dat ook voor de toekomst dit soort aspecten meegewogen kunnen worden bij het beoordelen hoe de dienstverlening in te richten.

Voor alle posten (met uitzondering van de via de NZa voorgeschreven categorieën binnen de medische arrestantenzorg) gold dat tarieven vervolgens werden omgerekend met een wegingsfactor, leidend tot een totaalscore. Deze wegingsfactoren hebben betrekking op de verschillen tussen dag- en ANW-tarief maar ook tussen de 10 percelen. Bijlage D geeft een voorbeeld van zo'n prijzenblad inclusief uitleg en definities, plus een overzicht van de gehanteerde weegfactoren. Daaruit blijkt bijvoorbeeld dat politiespecifieke dienstverlening in de Medische arrestantenzorg in de ene regio voor 45 procent meewoog, terwijl dit in de andere regio voor 80 procent meetelde. Omgekeerd gold dan voor FMO dat de weging hiervoor respectievelijk 55 en 20 procent bedroeg. Deze verhouding tussen percelen gold ook voor de diverse subcategorieën per hoofdthema. De precieze grondslag op basis waarvan deze regioverschillen zijn bepaald is niet bekend.

Daarnaast heeft een aantal respondenten opmerkingen gemaakt over de tarieven, te weten:

- In de organisatievragenlijst werd door drie respondenten aangegeven dat er sprake was van verschillende tarieven tussen percelen (Zie ook box 3.3 hierboven). Eén respondent ervaarde dat er binnen het eigen perceel weinig tot geen onderhandelingsruimte was waardoor het financieel onhaalbaar was om een achterwacht te hebben. Een ander gaf aan dat er hierdoor geen pensioenopbouw mogelijk was over werk buiten kantoortijden. Ook binnen één van de

focusgroepbijeenkomsten werd dit verschil in tarieven tussen drie naast elkaar gelegen percelen als groot ervaren, wat mogelijk verband zou houden met compensatie voor tijd die aan jeugdgezondheidszorg wordt besteed.

- Een andere respondent van de organisatievragenlijst gaf aan: De "*verhouding tussen beloning en werkzwaarte met onregelmatigheid (lange werkdagen en dagen zonder oproepen) en veel diensten maakt dat er een zekere mate van idealisme nodig is om dit vak blijvend uit te oefenen*".
- In de professionalsvragenlijst werd niet expliciet ingegaan op tarieven, maar werd wel in bredere zin gesproken over financiering van het vakgebied, met name in relatie tot de verantwoordelijke ministeries. Zo noemde één respondent: "*De specifieke taak van advisering aan de politie (over insluitbaarheid), in dat geval ook door VWS (als het ware als gunst) betaald en gefaciliteerd kunnen worden (zodat deze taak door dezelfde artsen gedaan kan worden, zonder ingewikkelde financiële rompslomp, waarbij een deel van de rekening alsnog naar de politie zou moeten).*"

3.5 Knelpunten binnen het systeem van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland

De volgende deelvraag van dit hoofdstuk is:

> 1h. Wat zijn de knelpunten m.b.t. de organisatie van de forensische geneeskunde?

Deze vraag is in alle de drie onderdelen van dit onderzoek aan de orde gesteld:

1. Ten eerste is in de organisatievragenlijst de open vraag voorgelegd: "*Welke knelpunten ervaart uw organisatie ten aanzien van het eerstelijns forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw?*", waarna men vier knelpunten in volgorde van belangrijkheid kon noemen.
2. Ten tweede is aan de forensisch artsen aan het einde de web-enquête gevraagd slotopmerkingen te geven die van belang zijn voor het vakgebied. Hierop zijn veel reacties gekomen die ook volgens de respondenten belangrijke knelpunten zijn in het veld.
3. En ten derde is in de twee focusgroepen expliciet gevraagd waar men vindt dat de organisatie van het FMO en de MAZ tekort schiet of juist goed is.

Omdat elk van de drie bronnen uitgaat van open vragen, is het niet eenvoudig de uitkomsten hiervan kwantitatief uit te drukken. Wel kan een aantal overkoepelende thema's geëxtraheerd worden die vanuit verschillende perspectieven als knelpunt werden ingebracht.

Thema 1: Er is een toenemende werkdruk en dreigend tekort aan forensisch artsen

Dit knelpunt werd door veel respondenten van de organisatievragenlijsten ingebracht. Hierbij werd onder andere gewezen op de vergrijzing van de huidige teams van forensisch artsen en het gebrek aan instroom van nieuwe forensisch artsen. Genoemde redenen hiervoor waren onder andere de zwaarte van het beroep en de financiering, zowel aan de kant van de opleiding als de beloning voor werkzame forensisch artsen. Vanuit verschillende kanten wordt het probleem ervaren dat het vak te weinig aantrekkingskracht heeft van geneeskundestudenten en jonge basisartsen. Anderen

merken echter ook op dat er bij het kiezen van co-schappen onder studenten wel degelijk interesse is in het vakgebied. Een probleem dat meerdere malen werd benoemd is het verkrijgen van financiering voor de medische vervolgopleiding tot arts M&G en profielarts.

Deze knelpunten noemden we ook in hoofdstuk 1, op basis van eerder onderzoek naar de arbeidsmarkt van forensisch artsen. In het volgende hoofdstuk komen we op dit thema terug. Niet representatief maar wel illustratief zijn de volgende quotes die uit de genoemde bronnen afkomstig zijn :

- *"De verhouding tussen beloning en werkzwaarte met onregelmatigheid (lange werkdagen) is slecht."*
- *"Forensisch artsen met opleiding zijn moeilijk te vinden en niet direct inzetbaar, vooral voor 24/7 roosters."*
- *"Desondanks is de huidige opdroging van de instroom binnen het vak al jaren zeer zorglijk (ook aldus het capaciteitsorgaan). Belangstelling voor specialisatie is er zeker wel, maar er ontbreken een goede opleiding en financiering hiervoor."*
- *Willen we brede forensische geneeskunde of niet; in beide gevallen moeten de daarbij passende organisatie en opleiding worden gekozen en moet er geld vrij gemaakt worden om te investeren.*
- *Het zou het vakgebied ten goede komen als er één solide opleiding zou komen met een duidelijk door de verantwoordelijke ministeries gefinancierde structuur.*

Thema 2: Veel van het werk wordt in parttime verband gedaan

Met de inclusie van forensisch artsen in het Register Geneeskundig Specialisten en de oprichting van het kwaliteitsregister van het FMG, zijn er eisen geformuleerd waaraan forensisch artsen moeten voldoen wat betreft hun opleiding, bijscholing en het aantal werkuren dat zij maken. Ook geldt de wettelijke verplichting dat forensische lijkschouw alleen door een geregistreerd forensisch arts mag worden uitgevoerd. Desalniettemin bestaan in het veld zorgen dat forensische artsen in sommige gevallen te weinig zaken of taken verrichten om (eerstelijns) FMO, MAZ en (forensische) lijkschouw goed te kunnen (blijven) uitvoeren. Hierbij speelt ook de discussie in hoeverre het wenselijk de drie taken als 'deelbaar' te zien. Het uitzonderlijk uitvoeren van FMO, MAZ en lijkschouw zou volgens sommigen ten koste gaan van de integraliteit en daarmee de uitvoerende kwaliteit van de forensisch geneeskunde. Daarnaast is het gecombineerd of 'onverdeeld' uitvoeren van de drie taken een noodzaak om voldoende tijd te kunnen besteden aan het vak. Daar staat tegenover dat het volgens anderen bij FMO, MAZ en lijkschouw gaat om verschillende doelgroepen, en deze taken ook niet geforceerd door alle artsen uitgevoerd hoeven te worden. Organisatorische en juridische verschillen tussen de drie domeinen staan soms integraliteit in de praktijk in de weg. En tenslotte is parttime werken ook een al dan niet bewuste keuze van individuele artsen waar de vraag is of men dit zou moeten willen beïnvloeden. Het forensisch vakgebied wordt immers ook als relatief belastend ervaren, waardoor een deel van de werkzame artsen juist het liefst er andere activiteiten naast zal willen blijven verrichten.

Ook op dit thema gaan in het volgende hoofdstuk nader in. Ter illustratie citeren we de volgende quotes van een aantal deelnemers aan de enquêtes en focusgroepen:

- *"Forensisch werk is geen dagvullende taak, daarom lastig te organiseren. De beroepsgroep is klein door relatief beperkte taakomvang".*

- *"Groot probleem is dat er buiten de grote steden te weinig werkaanbod is om het werk fulltime te doen, voor de meeste regio's zal het forensisch werk gecombineerd moeten blijven met ander GGD werk, zoals TBC bestrijding, Infectieziektebestrijding e.d.."*
- *"Gezien de toenemende vraag naar hoog opgeleide forensisch professionals is het logisch dat het totale aantal forensisch artsen moet afnemen, en dat ze meer volledig met dit vak bezig zullen moeten zijn (dus minder 'bijklussers'). Een dergelijke 'indikking' zou deels de huidige en toekomstige uitstroom binnen dit vak kunnen compenseren."*

Thema 3: De aanbieders van medisch-forensisch diensten worstelen met de spanning tussen publieke en zakelijke belangen

Een rode draad door de drie deelonderzoeken is de grote betrokkenheid van artsen en bestuurders met de forensische geneeskunde. Het 'systeem' waarin zij opereren ervaren zij deels als maakbaar maar deels ook als een contingentie, een context waar zij weinig grip op hebben en die daardoor frustreert. Dat kan zich uiten in praktische onbedoelde gevolgen, maar ook strategische opgaven waarin sommigen kansen zien en andere grote bedreigingen. Het is duidelijk dat de aanbesteding van de Politie, en de staking daarvan, de discussie heeft versterkt over de gewenste mate van marktwerking binnen de forensisch medische dienstverlening en medische arrestantenzorg in Nederland. Dit heeft betrekking op de verhoudingen tussen de publieke en private aanbieders, en vergroot de aandacht voor de verschillen tussen tarieven en beloning van forensisch artsen. Ook de discussie welke medisch-forensische taken door huisartsen of andere professionals gedaan kunnen (of: zouden moeten) worden is hieraan gerelateerd.

Er is over al deze vraagstukken geen consensus in het veld, maar we benoemen het hier als knelpunt omdat de spanning ook ervaren wordt als negatief voor de stabiliteit c.q. ontwikkeling van het vakgebied. Ook deze thema's belichten we nader in het volgende hoofdstuk, en illustreren deze door een selectief van quotes van deelnemers aan onze onderzoeken:

- *"De aanbesteding nationale politie, en de daarmee gepaard gaande onzekerheden, lange termijn investeringen worden onzeker'.*
- *"Het komt voor dat je uitrukt voor iets wat niet nodig is, dus ook de beheersing bij politie zou mooi zijn".*
- *"Kosten en inkomsten; er is sprake van lage tarieven en weinig tot geen onderhandelingsruimte".*
- *"Onduidelijke taken en afstemming eerste- en tweedelijns forensische geneeskunde".*
- *"Heel belangrijk is dat er nu eindelijk eens één ministerie verantwoordelijk wordt gesteld voor dit vak, en dat de forensische geneeskunde niet langer heen-en-weer geschoven wordt tussen justitie, volksgezondheid en binnenlandse zaken".*

Thema 4: Aanbieders en uitvoerders van medisch-forensisch diensten zijn kritisch op zichzelf

In het verlengde van het voorgaande thema, komt ook als knelpunt naar voren dat er te weinig gemoderniseerd wordt. De urgentie is er immers om aantrekkelijker te worden als werkgever en beter voorbereid te zijn op veranderingen. In de toelichtingen op enquêtevragen en tijdens de focusgroepen gaven de deelnemers verschillende keren een kritische reflectie op de eigen organisatie. Dit wat betreft de eigen borging van de kwaliteit, samenwerking en innovatie. Ook

deze thema's zijn niet hard te indiceren en het ontbreekt aan representatieve gegevens om deze te onderbouwen. Ze worden geïllustreerd door de onderstaande quotes en worden nog nader belicht in het volgende hoofdstuk:

- *"Een moderne organisatie zou een kwaliteitssysteem moeten hebben. Ik heb het idee dat dit nog matig ontwikkeld is".*
- *"Lokaal is het best op orde, zeker bij de ggden maar op nationaal nivo moeten we een slag maken, bv rond FMG standaarden. Op org nivo misschien wel te goed geregeld, maar op nivo van Nederland op andere manier denken over borgen van kwaliteti".*
- *"Voorbeeld van besmettingsincidenten: stel 2 arresten hebben elkaar mogelijk besmet dus daar zijn geen afspraken over".*
- *"Men zou best met omringende landen kunnen kijken naar meer samenwerking".*
- *Daar is veel te winnen en hierin loopt dit vak niet voorop. Iedereen in het vak is het daar over eens"*
- *"We zijn allemaal inmiddels grijs, maar de technieken ook, dus dat mag wel vernieuwd worden".*

3.6 Programma van eisen van de Nationale Politie

De laatste deelvraag van dit hoofdstuk is:

1i. Wat betreft de politie als inkopende partij:
- Wat zijn de eisen die de nationale politie in hun programma van eisen hebben opgesteld, waaraan partijen moeten voldoen om in aanmerking te komen als leverancier?
- Aan welk van deze eisen voldoen de organisaties wel/niet?

In het najaar van 2014 heeft de Politie een offerteaanvraag gepubliceerd, met als doel om per Regionale Eenheid een Raamovereenkomst te sluiten, bij voorkeur met één Inschrijver voor zowel de verzorging van de Medische Arrestantenzorg als het Forensisch Medisch Onderzoek. Naast uniformiteit, efficiëntie en effectiviteit dienden de Raamovereenkomsten bij te dragen aan het volledig ontzorgen van de Politie op het gebied van de Medische Arrestantenzorg en het Forensisch Medische Onderzoek. De looptijd van iedere Raamovereenkomst zou twee jaar bedragen met de mogelijkheid tot een optionele verlenging van de Raamovereenkomst met twee maal één jaar. De gevraagde diensten dienden 24 uur per dag 7 dagen per week beschikbaar, bereikbaar, en inzetbaar te zijn voor Aanbestedende dienst.

Bij de beoordeling en vergelijking van offertes werd per Inschrijver per onderdeel punten toegekend op basis van een beoordelingsmatrix die als bijlage aan de offerteaanvraag was toegevoegd. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de gunningcriteria en de bijbehorende wegingsfactoren. Het laat onder meer zien dat kwalitatieve criteria het zwaarst meewogen (voor 60%), en daarbinnen vooral een plan van aanpak over de inzet. Het prijsbod telde voor 30% mee (voor details, zie box 3.3), gevolgd door de personele criteria, voor 10%.

Tabel 3.7 Beoordelingscriteria en bijbehorende weegfactoren tijdens oorspronkelijke aanbesteding van de Politie in 2015

Categorie	Criteria	Wegingscriteria	Subweging
Kwalitatieve criteria	Snellere aanrij- en reactietijden	60%	5%
	Inzet tijdens piekmomenten		5%
	Medicatieverstrekking per verstrekmoment per Ingeslotene		15%
	Werkprotocollen		10%
	Interne controle kwaliteit		12,5%
	Slachtofferonderzoek en verdachtenonderzoek		15%
	Rapportage Lijkschouw		7,5%
	Vast team van verzorgenden		10%
	Plan van aanpak van inzet		20%
Personele criteria	Inzet personeel Medische Arrestantenzorg	10%	60%
	Inzet personeel Forensisch Medisch Onderzoek		40%
Commerciële criteria	Prijsaanbieding tarief verrichtingen Medische Arrestantenzorg en Forensisch Medisch Onderzoek	30%	
	Totaal	100%	

3.7 Conclusie

Forensisch-medische diensten worden in Nederland verzorgd door 26 organisaties. Het merendeel van de dienstverlening wordt verzorgd door GGD'en vanuit de regionale functie die zij sinds lange tijd vervullen op het terrein van het FMO, de MAZ en lijkschouw. In de Randstad worden daarnaast forensisch-medische diensten verzorgd door private aanbieders die in een enkele regio alle drie de taken uitvoeren maar in de meeste regio's alleen delen hiervan uitvoeren. De meeste private aanbieders hebben naast forensisch artsen huisartsen in dienst en voeren meer MAZ-taken uit dan FMO. GGD'en en private aanbieders hebben nagenoeg allen raamovereenkomsten met de Politie. GGD'en hebben daarnaast overheidsfinanciering; private aanbieders vooral andere vormen van financiering, onder andere van zorgverzekeraars.

De capaciteit die de aanbieders van forensisch-medische diensten in Nederland inzetten kan op verschillende manieren worden uitgedrukt. In personen is een betrouwbare schatting dat er 242 forensisch artsen werkzaam zijn, die gezamenlijk ruim 84 FTE werken. Bijna driekwart van de forensisch artsen is bij GGD'en in loondienst werkzaam en aangesteld voor gemiddeld 0,30 FTE. Andere forensisch artsen zijn bij private aanbieders meestal op inhuurbasis werkzaam, en aangesteld voor gemiddeld 0,50 FTE. Een minderheid (14%) van de forensisch artsen werkt voor meerdere organisaties. Hoeveel huisartsen in totaal 'forensisch werkzaam' zijn, is onduidelijk. Zij die niet als forensisch arts zijn opgeleid of geregistreerd hebben wel deelgenomen aan de enquête onder professionals. Daaruit blijkt dat zij ongeveer hetzelfde aantal uren tijdens kantoortijden werken (10-12 uur) als forensisch artsen en evenveel ANW-diensten per maand (5-6) van ongeveer 15-16 uur. Forensisch artsen geven aan het meest (47% van hun werktijd) te besteden aan MAZ,

daarna (forensische) lijkschouw (37%) en daarna FMO (16%). Op basis hiervan kan geschat worden hoeveel uur er in Nederland en op jaarbasis besteed wordt aan forensisch-medische diensten. Met deze cijfers kan niet bepaald worden of de capaciteit aan forensisch artsen te weinig of te veel is, maar ze kunnen wel gebruikt worden om regionale verschillen nader te duiden en deze te relateren aan de 'productie' van forensisch-medische diensten hetgeen in het volgende hoofdstuk wordt gepresenteerd.

De resultaten van dit hoofdstuk laten ook zien dat de forensische geneeskunde niet alleen vakinhoudelijk, maar ook qua formatie een zeer bijzonder karakter heeft, ook vergeleken met veel andere medische professies. Dit komt met name door de combinatie van enerzijds een kleine formele formatie in FTE's en anderzijds een zeer grote inzet tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten. Forensisch artsen werken niet alleen rond de 'randen van de samenleving', maar vaak ook in de randen van de nacht. Ter vergelijking, ook onder medisch specialisten is het 'draaien van diensten' vrij gebruikelijk, maar is dit volgens de AMS (Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten in algemene ziekenhuizen) gemaximeerd tot 52 aanwezigheidsdiensten per 26 weken, oftewel 8,6 diensten per maand. Onder forensisch artsen wordt dat aantal diensten gemiddeld gemaakt, dus ook met uitschieters naar boven. Wel zou gesteld kunnen worden dat forensisch artsen in potentie meer hersteltijd hebben, aangezien medisch specialisten naast hun diensten 45 uur per week mogen werken, iets waar forensisch artsen vaak ver onder blijven.

Het kwalitatieve onderdeel van dit hoofdstuk geeft een overzicht van de knelpunten die organisaties en artsen zien en ervaren in het systeem en de organisatie van de forensisch-medische diensten in Nederland. Op basis van uitspraken en toelichtingen van deelnemers aan ons onderzoek (die illustratief maar niet representatief zijn) komt het beeld naar voren dat men zich op veel fronten zorgen maakt over de houdbaarheid en veerkracht van het werkterrein. Primaire zorg is de druk op de capaciteit vanwege knelpunten in de instroom. Of de huidige groep forensisch artsen meer uren kan of wil gaan werken is onduidelijk, maar gezien de grote groep ouderen en de schijnbare traditie waarin parttime gewerkt wordt, lijkt dat minder waarschijnlijk. Dit zou voor het gezamenlijk blijven uitvoeren van FMO, MAZ en lijkschouw pleiten als één forensisch takenpakket. Maar er zijn ook geluiden dat deze taken ook los uitgevoerd kunnen worden zodat men op die manier per taak men meer en ook 'voldoende' uren kan maken om deze goed uit te kunnen (blijven) uitvoeren.

4 Forensisch-medische dienstverlening in Nederland: het vakgebied en de uitvoering

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de tweede hoofdvraag van het onderzoek beantwoord:

> **'Wat is de aard en de omvang van de dienstverlening op het terrein van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg?'**

De hoofdbron voor het beantwoorden van deze vraag is de web-enquête die onder (forensisch) artsen is uitgezet. Daarnaast worden ook uitkomsten van de organisatievragenlijst en volume-inventarisatie onder de aanbieders gebruikt.

4.2 De inhoud en expertise van het werk

De eerste deelvraag in dit hoofdstuk is:

> 2a. Welke onderwerpen beschouwen de forensisch artsen als hun expertise (bijv. type delict; spooronderzoek bij slachtoffers/daders; spooronderzoek bij kinderen/volwassenen; behandeling van arrestanten met specifieke problematiek; etc.)?

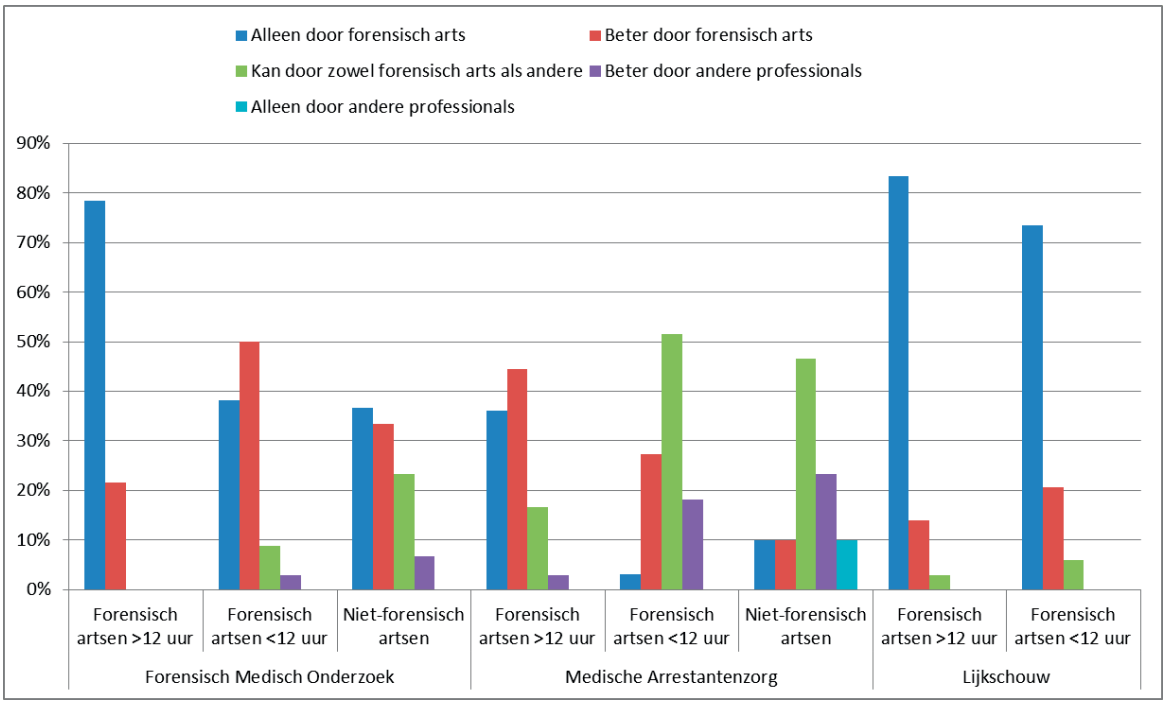
Zoals we in het voorgaande hoofdstuk zagen bieden bijna alle GGD-aanbieders zowel FMO, MAZ als lijkschouw als diensten in hun regio aan, en voeren hun forensisch artsen deze taken ook in gezamenlijkheid uit. Voor de private aanbieders ligt dit anders. Zij zijn alleen in een aantal regio's actief en bieden niet alle forensische diensten aan. Hun forensisch artsen en huisartsen houden zich gemiddeld meer bezig met MAZ dan met FMO en lijkschouw.

Het ontstaan van private aanbieders heeft mede de discussie verder in gang gezet of er taken of onderwerpen binnen FMO en (vooral) MAZ zijn, die alleen door forensisch artsen of ook door andere professionals uitgevoerd kunnen worden. De 'zij-instroom' in de forensisch arts-opleidingen bestaat uit artsen met vaak een sociaal- of huisartsarts-geneeskundige achtergrond. Ook is er een zekere mate van overlap van de forensisch arts-opleidingen met overige opleidingen, zowel binnen de opleiding tot arts M&G als met opleidingen zoals die van huisartsgeneeskunde.

Tegen deze achtergrond is in de web-enquête aan de forensisch artsen eerst de vraag voorgelegd welke domeinen zij tot hun exclusieve domein rekenen; en ook de niet-forensisch artsen hebben deze vraag beantwoord. Ook in de focusgroepen is dit onderwerp besproken. Dit geeft een beeld hoe het veld denkt over de forensische geneeskunde in verhouding tot andere disciplines, gegeven alle gevoeligheden die spelen als het gaat om 'taakherschikking' tussen disciplines.

Of forensisch artsen en niet-forensisch artsen vinden dat FMO, MAZ en lijkschouw in het algemeen diensten zijn die alleen door forensisch artsen uitgevoerd kunnen worden, of ook dan wel beter door andere professionals, laat figuur 4.1 zien. De groep forensisch artsen is hierbij onderverdeeld in hen die het werk minder dan 12 of meer dan 12 uur per week doen. Dit onderscheid is gemaakt op basis van de tijdbestedingsvraag die in het vorige hoofdstuk is behandeld. Hieruit bleek dat er de nodige variatie is binnen de groep forensisch artsen wat betreft hun werktijd, en het werken in kleine deeltijdbanen als een knelpunt wordt genoemd.

Figuur 4.1 Antwoorden op de vraag "Kunnen FMO, MAZ en lijkschouw alleen door forensisch artsen of ook door andere soorten professionals uitgevoerd worden?", naar beroepsgroep



De figuur laat allereerst zien dat meer dan 80% van de forensische artsen die meer dan 12 uur per week werken zowel FMO als lijkschouw als een taak beschouwen die alleen óf beter door een forensische arts uitgevoerd kan worden. Dat geldt ook voor de forensische artsen die minder dan 12 uur werken ten aanzien van FMO en lijkschouw, maar voor MAZ vindt 52% dat dit zowel door hen als door andere professionals uitgevoerd kan worden (tegen 17% van hun collega's die meer dan 12 uur per week werken). Bijna de helft (47%) van de niet-forensisch artsen is ook van mening dat MAZ door andere professionals uitgevoerd kan worden, waarbij 23% aangeeft dat dit zelfs beter door anderen gedaan kan worden.

In een vervolgvraag is met de web-enquête gepeild of men van mening is of er taken zijn die van forensisch artsen overgenomen kunnen worden, en zo ja, welke dat dan zijn. Lijkschouw is hier buiten beschouwing gelaten, omdat de *forensische* lijkschouw niet door anderen dan forensische artsen kan worden uitgevoerd. Van de forensisch artsen die meer dan 12 uur per week werken noemt 13% taken op het gebied van FMO die van hen overgenomen zouden kunnen worden, voor MAZ is dit percentage flink hoger: 43%. Deze percentages liggen voor forensisch artsen die minder dan 12 uur werken en de niet-forensisch artsen hoger. Voor MAZ noemt 70% van de forensisch

artsen die minder dan 12 uur per week werken taken die door andere professionals van forensisch artsen overgenomen kunnen, voor FMO 27%. Onder de niet-forensisch artsen zijn de percentages voor MAZ 84% en voor FMO 36%.

De specifieke taken die dan volgens de respondenten van forensisch artsen overgenomen zouden kunnen worden zijn in een open antwoordveld ingevuld. Deze zijn hieronder in twee tabellen voor FMO en MAZ opgesomd en geclassificeerd op basis van overeenkomsten tussen de beroepsgroepen. Alleen de taken worden weergegeven die door de forensisch artsen zijn genoemd én de niet-forensisch artsen. Bij beide tabellen dient aangetekend te worden dat dus niet alle respondenten deze vraag hebben beantwoord. Er is dus sprake van selectieve respons; de resultaten dienen daarom met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Wat weergegeven wordt zijn alle taken die in haar originele vorm door de respondenten genoemd zijn, behalve als er precies hetzelfde is ingetypt.

Tabel 4.1: Taken binnen het domein van het forensisch medisch onderzoek die overgenomen zouden kunnen worden door andere professionals zoals omschreven door forensisch- en niet-forensisch artsen

Forensisch artsen	Niet-forensisch artsen
• bloedafname	• bloedafname
• afname DNA	• DNA-afname.
• afname lichaamsmateriaal,	• afname materiaal
• urine-afnames	• urineafname
• zeden	• zeden bij kinderen door kinderarts.
• letselbeschrijvingen	• letselbeschrijving

Kijken we naar de taken in tabel 4.1., dan blijkt dat bloedafname, DNA, urine en afname van andere lichaamsmateriaal FMO-taken zijn die volgens beide groepen door anderen overgenomen zouden kunnen worden. Zeden-onderzoek en letselbeschrijving wordt genoemd door enkele respondenten, maar daarbij wordt aangegeven dat hiervoor supervisie en bijscholing noodzakelijk is.

Met betrekking tot MAZ wordt door een aantal forensische en niet-forensische artsen genoemd dat in feite ‘alle taken’ door huisartsen overgenomen zouden kunnen worden. De meeste respondenten noemen algemene taken in het curatieve domein en taken die verband houden met medicatieverstrekking, –bewaking en –beoordeling. In veel gevallen wordt naast de huisarts ook de forensisch verpleegkundige genoemd. Bij beiden geven zowel forensische en niet-forensische artsen aan dat aanvullende of extra opleiding een voorwaarde is voor het overnemen van dit soort MAZ-taken.

Tabel 4.2: Taken binnen het domein van de medisch arrestantenzorg die overgenomen zouden kunnen worden door andere professionals, zoals omschreven door forensisch- en niet-forensisch artsen

Forensisch Artsen	Niet-forensisch artsen
• alle taken beter door huisarts	• volledig door een huisarts over te nemen
• huisarts met voldoende affiniteit voor populatie (arrestanten) en goede kennis van intoxicerende middelen (verslaving)	• huisartsen met aanvullende opleiding, specialisme en affiniteit
• curatieve zorg	• strikt curatieve zorg
• medische zorg zonder forensische vraagstelling.	• somatische zorg
• triage en verzamelen medische info/medicatie	• insluitwaardigheid beoordelen en eerstelijns zorg leveren
• basale screening en uitdelen medicatie	
• bepaalde taken op gebied van medicatieverstrekking	• medicatie uitzetten en andere zaken
• eigen medicatie continueren	• beoordeling medicatie
• medicatie e.d. door forensisch of justitieel verpleegkundige	• medicatie controles en beoordelingen
• medicatie toediening door verpleegkundige	• medicatievoorziening
• medicatie uitzetten, administratie	• medicatie bewaking,
• medicatieverzorging en -bewaking door apothekersassistent	

Ook in de twee focusgroepen is gediscussieerd over de taken van het FMO en de MAZ en lijkschouw en in hoeverre deze tot het kerndomein van de forensisch arts behoren. Een aantal deelnemers was van mening dat forensische werkzaamheden niet in alle gevallen de deskundigheid en bekwaamheid van forensisch arts vereisen. 'Gespecialiseerde huisartsen' werden genoemd als professionals die gezien populatie en bijzondere setting van de zorg goed in staat zijn met enige opleiding MAZ uit te voeren. Volgens een aantal deelnemers lijkt MAZ erg op huisartsenzorg, of anders verwoord, is MAZ (net als de justitiële huisartsenzorg) gespecialiseerde huisartsenzorg. Over de optie dat huisartsen FMO-taken kunnen verrichten bestond verschil van mening. Deelnemers gaven aan dat dit veel specifieke kennis en kunde (ervaring) vereist met betrekking tot afname van materiaal, juridische achtergronden, regelgeving, maar ook bejegening van slachtoffers en daders. Ook werd het punt naar voren gebracht dat FMO veel ervaring vereist maar het aantal gevallen in Nederland beperkt is. Dit punt werd eerder ook genoemd als knelpunt voor de forensisch artsen. Een beperkte vraag naar FMO betekent dat men mogelijk niet aan het minimaal gewenste aantal uren komt dat nodig is om deze taken goed te kunnen (blijven) uit te voeren. Op dit 'minimale volume' of 'kwaliteits'-argument komen we in de volgende paragraaf terug.

4.3 De omvang van het werk

Twee deelvragen staan in deze paragraaf centraal:

2b. Hoeveel zaken worden er op de verschillende onderwerpen per jaar uitgevoerd?
2c. Hoeveel zaken pakken forensisch artsen op die binnen en buiten hun expertisegebied liggen?

Data en schattingen op basis van de volume-inventarisatie

Voor het beantwoorden van deze vraag maken we gebruik van de volume-inventarisatie onder aanbieders van forensische zorg die in samenwerking met de Politie is uitgevoerd. Zoals in paragraaf 2.2 beschreven hebben 24 organisaties hierop gereageerd, waarvan 21 publieke en 3 private aanbieders. Gegevens van de drie GGD-aanbieders die ontbreken zijn geïmputeerd op basis van de gemiddelde antwoorden van de GGD'en die wel respondeerden. Op die manier kunnen we hieronder volumecijfers op nationaal niveau presenteren. Deze betreffen een half jaar aangezien organisaties is gevraagd voor de eerste twee kwartalen van 2016 de volumecijfers in te vullen. We presenteren de opgetelde cijfers voor beide ingevulde kwartalen, omdat kwartaalverschillen over het algemeen klein blijken te zijn. Vanuit het oogpunt van compactheid tonen we niet de subcategorieën van de taken/activiteiten binnen FMO en MAZ waarvoor men de volumecijfers heeft ingevuld (zie paragraaf 2.2 voor de complete lijst). Deze zijn wel in Bijlage E opgenomen.

In Tabel 4.3 is te zien dat in het eerste half jaar van 2016 het meeste aantal zaken door alle aanbieders is uitgevoerd op het gebied van MAZ, ruim 31.000. In bijlage E is te zien dat het grootste deel hiervan (76%) betrekking heeft op visites en consulten; het resterende deel bestaat uit telefonische consulten. Gemiddeld per aanbiedende organisatie gaat het om circa 1.250 zaken over deze 6-maands periode, dus ruim 200 zaken per maand. De kolommen met daarin de standaarddeviatie en minimum- en maximumwaarden laten zien dat de spreiding in gegeven antwoorden erg groot is, variërend van één aanbieder die 188 zaken in 6 maanden doet tot ruim 5.800 zaken door een andere aanbieder in deze zelfde periode.

Het aantal FMO-zaken komt op nationaal niveau voor de eerste helft van 2016 opgeteld op ruim 7.000. Gemiddeld doen de aanbieders 281 FMO-zaken, circa 47 per maand. Ook voor FMO geldt dat de spreiding in aantallen per organisatie vrij groot is. Wat betreft het aantal lijkschouwen dient bij de interpretatie van deze cijfers een slag om de arm te worden gehouden. Zoals de toelichting aangeeft, betreft dit ten eerste niet forensische lijkschouwen, en ten tweede is dit niet door alle organisaties ingevuld omdat zij dit niet voor de Politie registeren aangezien de betaling hiervan via de gemeente verloopt.

Tabel 4.3: Totaal aantal verrichtingen op het terrein van MAZ, FMO en lijkschouw in Nederland in kwartaal 1 en 2 van 2016 (gebaseerd op gegevens aangeleverd door 22 GGD'en en 3 private

aanbieders, inclusief schatting voor 3 ontbrekende GGD' en)

	Totaal	Gemiddeld per aanbieder	Standaarddeviatie aanbieders	Laagste waarde aanbieders	Laagste waarde aanbieders	Aantal aanbieders
Medische arrestantenzorg	31.229	1.249	1.148	188	5.812	25
Forensisch Medisch Onderzoek	7.035	281	397	53	1.977	25
Lijkschouw*	3.223	248	184	83	798	13**

* Bij 'lijkschouw' is toegelicht dat de vaststelling van de wijze van overlijden (natuurlijk / niet natuurlijk) een gemeentelijke verantwoordelijkheid is en niet in rekening wordt gebracht bij politie. Als men dit wel registreert voor politie dan is men gevraagd dit in te vullen.

** Omdat niet alle aanbieders lijkschouw aan de Politie rapporteren, mogen we bij dit veld niet ervan uitgaan dat een leeg veld ook betekent dat men geen lijkschouw uitvoert. Om die reden zijn alle waarden voor de lijkschouw berekend met weglating van deze open velden, terwijl open velden voor de andere categorieën op '0' zijn gezet. Het gemiddelde is dan ook berekend voor 13 in plaats van 25 organisaties en zou een stuk lager zijn (nl. 129 per organisatie) als we dit niet hadden gedaan. Voor de totale productie aan lijkschouw maakt het niet uit. Voor de 3 ontbrekende GGD-instellingen weten we niet wat ze ingevuld zouden hebben. Hun waarde is daarom geschat, inclusief nullen, zodat de kans op overschatting het kleinst is.

De totale productievolumes die we schatten op het terrein van FMO, MAZ en lijkschouw zijn onderling niet te vergelijken omdat de omvang en aard van de zaken verschillen. We kunnen deze volumecijfers echter wel afzetten tegen de schattingen die we in het vorige hoofdstuk presenteerden van de hoeveelheid uren die forensisch artsen op jaarbasis tezamen besteden aan FMO, MAZ en lijkschouw. Daartoe zijn de productievolume-cijfers met twee vermenigvuldigd om tot jaartotalen te komen. Tabel 4.4 laat de uitkomsten zien, waarbij het onderscheid is aangehouden tussen de tijd die men binnen en buiten kantooruren besteed aan FMO, MAZ en lijkschouw.

Tabel 4.4: Schatting van het totaal aantal zaken op het terrein van MAZ, FMO en lijkschouw in Nederland op jaarbasis, gerelateerd aan de schatting van het aantal uur dat forensisch artsen hieraan aangeven te besteden op jaarbasis

	Aantal zaken op jaarbasis	Kantooruren forensisch artsen op jaarbasis	ANW-uren forensisch artsen op jaarbasis	Kantooruren besteed per zaak	ANW-uren besteed per zaak
Forensisch Medisch Onderzoek	7.035	19.678	35.135	2,8	5,0
Medische arrestantenzorg	31.229	57.803	103.209	1,9	3,3
Lijkschouw	3.223	45.504	81.249	14,1	25,2

Uit de tabel is af te leiden dat een MAZ-zaak het minst aantal uur van forensisch artsen in beslag neemt (2 uur binnen, en meer dan 3 uur buiten kantoortijden). Een FMO-zaak meer dan de helft meer tijd in beslag (bijna 3 uur binnen en 5 uur buiten kantoortijden). Het gemiddelde voor lijkschouw dient ook hier met een slag om de arm geïnterpreteerd te worden. De meer dan 14 uur tijdens en 25 uur buiten kantoortijden per lijkschouw zou een redelijke schatting va het gemiddelde kunnen zijn. Maar zoals hiervoor aangegeven, (1) is het aantal lijkschouwen zoals opgehaald in de volume-inventarisatie waarschijnlijk een onderschatting, en (2) zullen in praktijk lijkschouwen onderling erg verschillen in de tijd die ze in beslag nemen. Door deze variatie in benodigde tijd kennen de hier berekende gemiddelden dus een groot betrouwbaarheidsinterval, en dienen deze cijfers dus met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Wanneer we de productiecijfers vervolgens uitsplitsen naar type aanbieders (tabel 4.5) dan blijkt dat in absolute zin de GGD'en het grootste aandeel hebben in het nationale volume aan verrichte zaken MAZ, FMO en lijkschouw. Kijken we naar het gemiddelde per organisatie, dan doen de private aanbieders op alle drie de terreinen meer zaken dan de GGD-instellingen. Een eerste

verklaring hiervoor is dat alle private aanbieders gevestigd zijn in de Randstad, waar de productie van alle aanbieders (ook die van GGD'en) beduidend hoger ligt dan in de rest van het land (zie tabel 4.5 hieronder). Ten tweede hebben de private aanbieders gemiddeld meer forensisch artsen in dienst dan de GGD'en (13,0 tegen 10,4), die (zie vorige hoofdstuk) ook gemiddeld meer FTE werken. Daarnaast hebben zij meer huisartsen op inhuurbasis in dienst; maar zoals eerder aangegeven kan hun formatie niet betrouwbaar bepaald worden.

Tabel 4.5 Totaal aantal verrichtingen op het terrein van MAZ, FMO en lijkschouw in Nederland in kwartaal 1 en 2 van 2016 voor GGD'en versus private aanbieders (gebaseerd op gegevens aangeleverd door 22 GGD'en en 3 private aanbieders, inclusief schatting voor 3 ontbrekende GGD' en)

	Totaal		Gemiddelde per aanbieder		Standaarddeviatie aanbieders		Aantal aanbieders	
	GGD	Privaat	GGD	Privaat	GGD	Privaat	GGD	Privaat
Forensisch Medisch Onderzoek	4.757	2.278	216	759	206	861	22	3
Medische arrestantenzorg	23.203	8.026	1.055	2.675	1.071	502	22	3
Lijkschouw*	2.425	798	202	798	97	0	12	1

* Bij 'lijkschouw' is toegelicht dat de vaststelling van de wijze van overlijden (natuurlijk / niet natuurlijk) een gemeentelijke verantwoordelijkheid is en niet in rekening wordt gebracht bij politie. Als men dit wel registreert voor politie dan is men gevraagd dit in te vullen. Omdat niet alle aanbieders lijkschouw aan de rapporteren, mogen we bij dit veld niet ervan uitgaan dat een leeg veld ook betekent dat men geen lijkschouw uitvoert. Om die reden zijn alle waarden voor de lijkschouw berekend met weglating van deze open velden, terwijl open velden voor de andere categorieën op '0' zijn gezet. Het gemiddelde is dan ook berekend voor 13 in plaats van 25 organisaties en zou een stuk lager zijn (nl. 129 per organisatie) als we dit niet hadden gedaan. Voor de totale productie aan lijkschouw maakt het niet uit. Voor de 3 ontbrekende GGD-instellingen weten we niet wat ze ingevuld zouden hebben. Hun waarde is daarom geschat, inclusief nullen, zodat de kans op overschatting het kleinst is.

Om ook een beeld van de regionale verschillen te verkrijgen toont tabel 4.6 de productiecijfers naar vier regio's in Nederland. Gekozen is voor deze indeling in plaats van die naar de 10 politieregio's om herkenbaarheid van individuele aanbieders te vermijden. Om diezelfde reden worden wel het totaal en gemiddelde getoond, maar (gezien het geringe aantal in sommige regio's) niet de bijbehorende standaarddeviatie.

De tabel laat zien dat de aanbieders in regio West op alle onderdelen een veel grotere productie van zaken hebben dan de aanbieders in de andere regio's. Dit geldt zowel opgeteld over de verschillende aanbieders als gemiddeld per aanbieder. Daarbij moet opgemerkt worden dat de regio West meer omvat dan alleen de grootstedelijke gebieden in de Randstad, aangezien bijvoorbeeld ook de regio's Kennemerland en Noord Holland Noord hierin meegeteld worden.

Tabel 4.6 Totaal aantal verrichtingen op het terrein van MAZ, FMO en lijkschouw in Nederland in

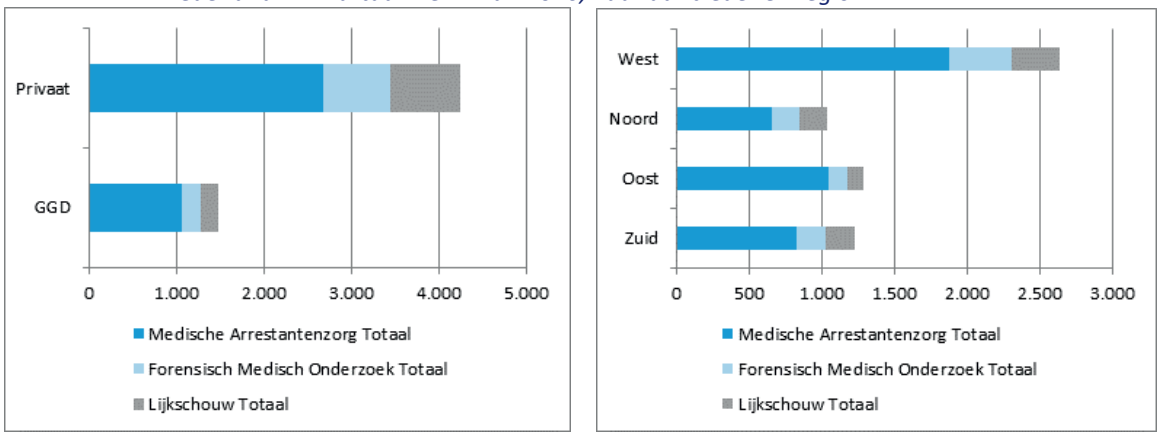
kwartaal 1 en 2 van 2016 voor vier regio's (gebaseerd op gegevens aangeleverd door 22 GGD'en en 3 private aanbieders, inclusief schatting voor 3 ontbrekende GGD' en)

	Totaal				Gemiddeld per aanbieder				Aantal aanbieders			
	West	Noord	Oost	Zuid	West	Noord	Oost	Zuid	West	Noord	Oost	Zuid
Forensisch Medisch Onderzoek	4.324	955	534	1.221	432	191	134	204	10	5	4	6
Medische Arrestantenzorg	18.778	3.283	4.195	4.973	1.878	657	1.049	829	10	5	4	6
Lijkschouw	1.966	373	110	773	328	187	110	193	6	2	1	4

* Regio West: aanbieders in de politieregio's Amsterdam, Rotterdam, Noord Holland Noord, Hollands Midden, Haaglanden, Kennemerland, Utrecht en Gooi & Vechtstreek, inclusief alle private aanbieders. Regio Noord: Flevoland, Friesland, Groningen, Drenthe en IJssellanden. Regio Oost: Gelderland, Gelderland Midden, Noord Oost Gelderland en Twente. Regio Zuid: Zeeland, West Brabant, Hart van Brabant, Brabant Zuid Oost, Noord Limburg en Zuid Limburg.

De verschillen in de gemiddelde productie van FMO-zaken, MAZ-zaken en lijkschouwen per organisatie worden nader geïllustreerd door figuur 4.2. Hierin zijn de gemiddelden voor de drie soorten zaken op het terrein van FMO, MAZ en lijkschouw bij elkaar opgeteld, en vergeleken voor GGD'en en private aanbieders aan de ene kant (figuur links), en de vier regio's (figuur rechts).

Figuur 4.2 Gemiddeld aantal verrichtingen per organisatie op het terrein van MAZ, FMO en lijkschouw in Nederland in kwartaal 1 en 2 van 2016, naar aanbieder en regio



* Regio West: aanbieders in de politieregio's Amsterdam, Rotterdam, Noord Holland Noord, Hollands Midden, Haaglanden, Kennemerland, Utrecht en Gooi & Vechtstreek, inclusief alle private aanbieders. Regio Noord: Flevoland, Friesland, Groningen, Drenthe en IJssellanden. Regio Oost: Gelderland, Gelderland Midden, Noord Oost Gelderland en Twente. Regio Zuid: Zeeland, West Brabant, Hart van Brabant, Brabant Zuid Oost, Noord Limburg en Zuid Limburg.

Tot slot laat box 4.1 zien wat de verdeling is tussen het aantal zaken tijdens ANW-diensten versus kantoortijden. Dit is onder meer van belang omdat hoofdstuk 3 liet zien dat forensisch artsen een substantieel deel van hun tijd inzetbaar zijn tijdens ANW-diensten. Eén aspect is hierbij echter onbekend, namelijk hoeveel van die ANW-tijd men feitelijk ingezet wordt en hoeveel tijd men vooral stand-by is, thuis of op locatie. Hetzelfde geldt in theorie ook voor hun werktijd tijdens kantooruren, maar dit is vooral relevant tijdens ANW-diensten omdat men soms aangaf 48 tot 72 uur per ANW-dienst te werken, wat een waarschijnlijke overschatting is van hun feitelijk gewerkte uren.

Box 4.1 Geschatte werkverdeling tijdens ANW-diensten versus kantooruren

We kunnen voor het aantal gewerkte uren een schatting maken op basis van de productiecijfers van aanbieders die hun productiecijfers hebben uitgesplitst naar dag- versus ANW-diensten (sommige aanbieders konden alleen totaalcijfers over dag- en ANW-diensten gecombineerd aanleveren). Hieruit blijkt dat met name zaken op het gebied van medische arrestantenzorg beduidend vaker plaatsvinden tijdens ANW-diensten dan tijdens kantoortijden. In iets mindere mate geldt hetzelfde voor lijkschouw. Gemiddeld genomen vinden werkzaamheden op het gebied van forensisch medisch onderzoek juist vaker plaats tijdens kantoortijden. Als we alle zaken over de drie gebieden heen optellen, zou het totale aandeel van zaken tijdens ANW-diensten 60% bedragen, veroorzaakt door het feit dat MAZ het grootste onderdeel is in de activiteiten van aanbiedende organisaties.

Aandeel zaken dat men uitvoert tijdens ANW-diensten versus kantoortijden, samen optellend tot 100%

	aandeel zaken tijdens ANW-diensten ten opzichte van kantoortijden
Medische arrestantenzorg totaal	65%
Forensisch Medisch Onderzoek totaal	39%
Lijkschouw totaal	57%

box 4.1 - wordt vervolgd –

- vervolg box 4.1 -

Wel moet opgemerkt worden dat met name FMO bestaat uit een groot aantal subcategorieën en dat we het totale aantal zaken over al deze categorieën heen hebben opgeteld om tot deze verdeling te komen. Zouden we per subcategorie rapporteren, dan vindt op een aantal terreinen wel degelijk een grotere productie plaats tijdens ANW-diensten (te weten bij Bloed/urine onderzoek, nl. 77%, bij slachtoffer- en verdachtenonderzoek zeden, 73% en bij psychiatrie, 70%). Voor vijf overige onderdelen van FMO is het aandeel zaken tijdens ANW-diensten onder de 50%, waarbij één onderdeel uitermate zwaar doorweegt, namelijk 'letselbeschrijving en -interpretatie, incl. fotografie'. Dit onderdeel is het grootst in omvang binnen de FMO, zodat de 12% zaken die hier tijdens ANW-tijden uitgevoerd worden uitermate zwaar doorwegen bij het totale aantal zaken binnen de FMO. Tot slot was er één laatste onderdeel van FMO, namelijk 'slachtoffer- en verdachtenonderzoek algemeen', waarbij geen enkele van de aanbieders het onderscheid maakte tussen dag- en ANW-diensten.

4.4 Scholing en innovatie

De volgende drie deelvragen worden in deze paragraaf beantwoord:

2d. Volgen de forensisch artsen (regelmatig) bijscholing? Wordt dat geregistreerd? Om welk soort bijscholing gaat het?
2e. Zijn forensisch artsen betrokken bij innovaties (bijv. bij het ontwikkelen of testen van nieuwe methodes/technieken of volgen zij cursussen hierover)?
2f. Wat doet het vakgebied op het gebied van ontwikkelingen en innovaties? Welke rol spelen universiteiten hierin? Hoe wordt nieuwe kennis verspreid?

Om de scholingsactiviteiten in kaart te brengen is allereerst aan de forensisch en niet-forensisch artsen gevraagd artsen of zij recentelijk bij- en nascholing hebben gevolgd en hoe dit gefinancierd

is. Ook hier is weer de groep forensisch artsen onderverdeeld in zij die meer en minder dan 12 uur per week werken. Tabel 4.7 laat de uitkomsten zien.

Tabel 4.7 Antwoorden op de vraag "Heeft u de afgelopen 2 jaar op het terrein van forensisch medisch onderzoek en/of medische arrestantenzorg bijscholing gevolgd?" en de vraag "Worden deze bijscholingen door uzelf betaald of door de organisatie waar u in dienst bent / waardoor u wordt ingehuurd?", naar beroepsgroep

	Forensisch artsen > 12 uur/week (n=38)	Forensisch artsen < 12 uur/week (n=37)	Niet-forensisch artsen (n=31)
Bijscholing gevolgd?			
Nee	2%	5%	19%
Ja	98%	95%	81%
Totaal	100%	100%	100%
Door wie gefinancierd?			
Alleen door mijzelf	5%	11%	10%
Door zowel mijzelf als de organisatie	50%	30%	35%
Alleen door de organisatie	45%	59%	55%
Totaal	100%	100%	100%

Het merendeel van de forensisch artsen heeft de laatste twee jaar bijscholing gevolgd. Dat geldt ook voor de niet-forensisch artsen maar dan in iets mindere mate. De financiering hiervan gebeurt in de meeste gevallen door de organisatie, maar ook de artsen dragen vaak zelf bij. Een minderheid financierde de bijscholing helemaal zelf.

Ook in de organisatievragenlijst is naar scholing en opleiding gevraagd, als één van de personeelsinstrumenten. Hieruit blijkt dat alle GGD'en (100%) aangeven dat zij een opleidingsplan hebben voor alle forensisch artsen in vaste dienst, 16 van de 18 (88%) hebben dat ook voor forensisch artsen met een flexibel dienstverband. Veel organisatierespondenten noemden daarnaast onder de categorie 'andere personeelsinstrumenten' ook opleidingsactiviteiten noemden. Met name (structurele) intervisie, intercollegiale toetsingsgroepen, werkoverleg met casusbespreking en supervisie worden genoemd, door zowel de publieke als de private organisaties. Wel is het de vraag of activiteiten als werkoverleg en casusbespreking echt onder opleiding geschaard kunnen worden, aangezien ze voor een groot deel ook gezien kunnen worden als onderdelen van het reguliere werk.

Samenwerking en innovatie vinden ook plaats via het Forensisch Medisch Genootschap (FMG) en samen met universiteiten. Volgens de verenigingswebsite is er een Commissie Forensisch Verpleegkundigen en zijn tijdens de ALV in november 2016 twee commissies (opnieuw) zijn opgericht, te weten een Commissie Wetenschap en Onderwijs en een Commissie Opleiding. Voor wat betreft universiteiten is een aanvullende beweging ingezet middels de benoeming van twee bijzonder hoogleraarschappen. Dit zou als vliegwiel moeten fungeren om de verwetenschappelijking van het vakgebied te versterken.

4.5 Kwaliteit en opleiding

Deze laatste paragraaf spitst zich toe op de volgende twee deelvragen:

2g. Wie is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de diensten binnen de forensisch medische geneeskunde? Hoe wordt de kwaliteit gewaarborgd?
2h. Wat zijn de knelpunten m.b.t. bijscholing, ontwikkeling en kwaliteit?

Kwaliteit is een breed terrein waar veel verschillende instrumenten en beleidsactiviteiten op ingezet kunnen worden. Dit onderwerp is in de twee vragenlijst aan de orde gekomen die we hebben uitgezet, en ook in de focusgroepen.

Interne controle

We beginnen met de uitkomsten van een vraag die in de organisatievragenlijst is gesteld over verschillende typen van interne controle die toepasbaar zijn voor de forensische dienstverlening. De respondenten konden voor hun organisatie de volgende vijf categorieën aankruisen:

1. Gebruik van een beslisboom om onnodige inzet van hogere functieniveaus te vermijden
2. Een systematische controle, minimaal 2x per jaar, volgens een vaste systematiek
3. Vastleggen van deze systematiek in een protocol
4. Externe audit door een onafhankelijke gecertificeerde auditor
5. Andere vorm van interne controle

Tabel 4.8 laat zien welke combinaties van deze instrumenten door de organisaties in de enquête zijn aangekruist.

Tabel 4.8 Antwoorden op de vraag "Op welke van onderstaande manieren vinden binnen uw organisatie interne controles plaats op de kwaliteit?", naar type organisatie (n=22 organisaties, 18 GGD'en en 4 private aanbieders)*

	GGD'en	Private aanbieders
Alleen 5	2	
Alleen 4	3	
5 en 4	5	
3 en 4	1	1
2 en 5	1	
2 en 3	1	1
2 en 4	1	
2, 4 en 5	1	
2, 3 en 4	3	1
2, 3, 4 en 5	1	
2, 4 en 5	1	
1, 4 en 5	1	
1, 2, 4 en 5		1
Totaal	18	4

* Nummers in eerste kolom van de tabel verwijzen naar de (volg)nummers van de antwoordcategorieën boven de tabel gepresenteerd.

De meeste organisaties maken gebruik van verschillende instrumenten. Het vaakst wordt de externe audit genoemd (door 82% van de GGD'en en 75% van de private aanbieders), vaak in combinatie met systematische controle of andere vormen van interne controle. Beslisbomen en protocollen werden nauwelijks aangekruist. Onder die categorie 'andere vormen' worden door

beide type organisaties zaken genoemd die eerder ook genoemd werden als personeelsinstrument namelijk intercollegiaal overleg, intercollegiale toetsing, intercollegiale toetsing, werkoverleg, intervisie, casuïstiekoverleg, werkoverleggen, werkinstructies, fiattering, en richtlijnen.

Protocollen

Een specifiek kwaliteitsinstrument is het gebruik van protocollen. Over het gebruik hiervan zijn zowel de organisaties als de professionals bevraagd. Allereerst presenteren we wat de organisatievertegenwoordigers antwoorden op de onderstaande vraag:

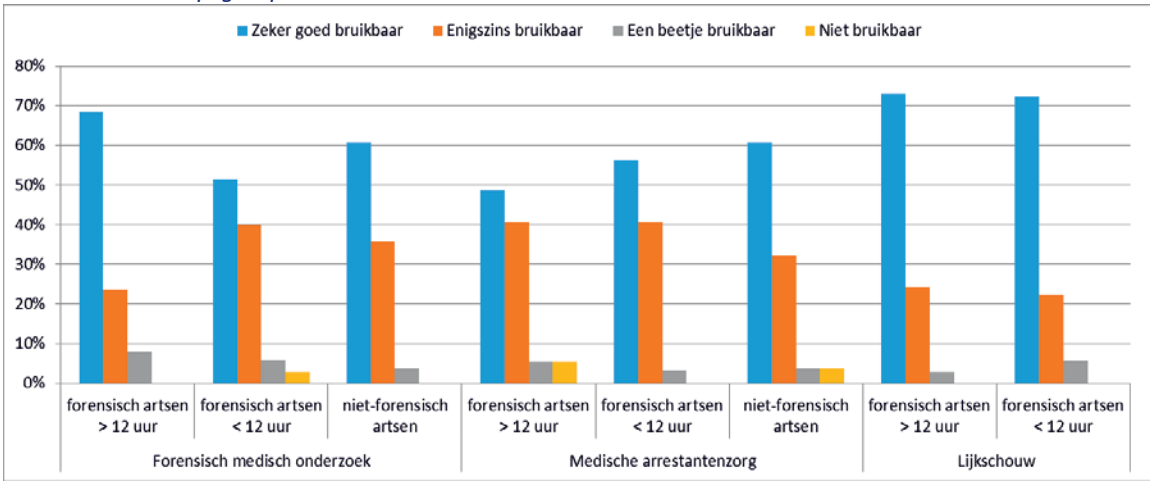
Tabel 4.9 Antwoorden op de vraag "Welke werkprotocollen gebruikt uw organisatie voor het uitvoeren van eerstelijns forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw? En zijn er nieuwe werkprotocollen in ontwikkeling?", naar type organisatie (n=22 organisaties, 18 GGD'en en 4 private aanbieders)

	Forensisch Medisch Onderzoek		Medische Arrestantenzorg		Lijkschouw	
	GGD'en	Private aanbieders	GGD'en	Private aanbieders	GGD'en	Private aanbieders
Gebruik van werkproto-collen van de Vakgroep Forensische Geneeskunde	17	2	15	2	18	3
Gebruik van eigen zelf-ontwikkelde werk-protocollen	14	2	14	3	13	1
Nieuwe werkprotocollen die door onze organisatie ontwikkeld worden	7	1	5	1	2	0

De inzet van protocollen van de Vakgroep FG is wijdverbreid onder de GGD'en voor zowel FMO, MAZ als lijkschouw. Ook gebruikt een meerderheid van de responderende organisaties eigen protocollen. Wat minder GGD'en en private organisaties ontwikkelen thans nieuwe protocollen, relatief het meest voor FMO en MAZ. Genoemd worden protocollen met betrekking tot EDS, GHB, seksueel geweld, letsel arrestant en GHB verslaafden.

Aansluitend zijn in de web-enquête de vraag gesteld hoeveel protocollen men gebruikt en de vraag hoe bruikbaar (niet-)forensisch artsen de protocollen vinden. Een kwart van de forensisch artsen gaf aan 'allemaal' van de protocollen te gebruiken, de meesten van de andere 75% schatte dit op 5 a 10 protocollen. Figuur 4.3 presenteert de uitkomsten over bruikbaarheid waarbij dezelfde uitsplitsing is gehanteerd naar forensisch artsen die relatief veel en weinig uren werken, en de niet-forensisch artsen.

Figuur 4.3 Ervaren bruikbaarheid van protocollen op het terrein van FMO, MAZ en lijkschouw, naar beroepsgroep



Over het algemeen is men positief over de bruikbaarheid van de protocollen. Voor alle drie de taken vindt meer dan helft van de respondenten deze zeer bruikbaar; niet of een beetje bruikbaar wordt als oordeel zeer weinig gegeven. Daarbij zijn enkele verschillen tussen de drie groepen maar systematisch zijn deze niet. Forensisch artsen die meer of minder dan 12 uur per week werken zijn eenduidig in hun oordeel dat de bruikbaarheid van protocollen het grootst is voor lijkschouw.

Een laatste relevante vraag gesteld in de web-enquête is of men de afgelopen 5 jaar heeft bijgedragen aan het ontwikkelen van vakinhoudelijke protocollen, kwaliteitsverbeteringsprojecten en/of wetenschappelijk onderzoek binnen het vakgebied. Hierop komt groot verschil tussen de drie groepen artsen naar voren. Een meerderheid van 62% van de forensisch artsen die meer dan 12 uur per week werken geeft hierop een positief antwoord. Onder forensisch artsen die minder dan 12 uur per week werken en de niet-forensisch artsen is dit een minderheid (28% en 22%). Dit geeft aan dat er ook op dit vlak duidelijke verschillen zijn binnen de beroepsgroep. Forensisch artsen die meer dan 12 uur per week werken kunnen of willen meer bijdragen aan het ontwikkelen van protocollen, kwaliteitsverbeteringsprojecten en/of wetenschappelijk onderzoek.

Knelpunten

Een eerste knelpunt dat de ontwikkeling en kwaliteit van het vakgebied beïnvloed is de gepercipieerde dreiging van een tekort aan forensisch artsen. Door een groot toekomstig verloop en een geringe instroom van nieuwe artsen kunnen werkdruk- en kwaliteitsproblemen ontstaan.
Een belangrijke indicator die ook in arbeidsmarktonderzoek en capaciteitsramingen wordt gebruikt, is het bestaan van (moeilijk vervulbare) vacatures. Hiernaar gevraagd geven de respondenten van de organisatievragenlijst inderdaad aan dat er vacatures zijn. De private aanbieders gaven aan geen vacatures voor forensisch artsen te hebben, wel voor huisartsen; tezamen 5 FTE voor vervanging en 2 FTE voor uitbreiding. De 18 GGD-respondenten gaven samen aan dat het in totaal om 4,5 FTE aan forensisch artsen gaat ter vervanging, en nog eens 8 FTE aan uitbreidingsvacatures. Deze aantallen zouden nog hoger kunnen zijn aangezien van 4 GGD'en geen respons is binnen gekomen. In hoofdstuk 3 schatten we in dat de totale capaciteit aan forensisch artsen in Nederland, uitgedrukt in FTE afgerond 85 is. Het totaal aantal vacatures dat de organisaties aangeven betreft dus (12,5/85=) 15% van de huidige capaciteit. Dit percentage ligt hoger dan uit de vacaturemonitor

van het Capaciteitsorgaan blijkt. Volgens deze monitor waren er in het tweede kwartaal van 2016 10 vacatures voor forensische artsen KNMG, omgerekend 8% van het huidige aantal artsen[15].

Een andere indicator voor arbeidsmarktkrapte is de leeftijdsverdeling en de intentie tot uittrede. De forensisch artsen die de web-enquête invulden zijn relatief oud: 49% is tussen 50 en 60, 29% is ouder dan 60. Deze percentages komen goed overeen met de verdeling van de forensisch artsen die deelnamen aan de FMG raadpleging, waarvan 45% 50+ was en 26% 60+. De groep niet-forensisch artsen die deelname aan onze enquête was overigens gemiddeld wat jonger. Gevraagd naar verwachtte uittrede, gaf 52% van de forensisch artsen een specifiek jaartal op. Meer dan een kwart plant voor 2021 uit te treden. Vooral de groep die thans minder dan 12 uur per week werkt, is van plan binnenkort uit te treden.

In het kader van deze problematiek is aan de (forensisch) artsen in de web-enquête ook gevraagd of men naast de huidige werkgever ook in/voor andere politieregio's zou willen gaan werken op het terrein van FMO, MAZ en/of lijkschouw. Hierop gaf een meerderheid een positief antwoord: 79% van de forensisch artsen die meer dan 12 uur werken en 66% van hen die minder dan 12 uur werken. Onder de niet-forensisch artsen was het percentage 69%. Daarnaast is gevraagd of men voor een andere organisatie zou willen werken wanneer de huidige werkgevers zou stoppen met het aanbieden van FMO, MAZ of lijkschouw. Ook hierop zegt een meerderheid van de forensisch artsen ja: respectievelijk 79% en 77% van de forensisch artsen die thans meer of minder dan 12 uur werken, en 91% van de niet-forensisch artsen. De voorkeur gaat voor de meesten dan sterk uit naar een publieke organisatie. De niet-forensische artsen zijn wat dit betreft minder selectief.

Scenario's

Tenslotte is aan de professionals en aan organisatievertegenwoordigers ook een aantal scenario's voorgelegd over de mogelijke inrichting van forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw. Per geval kon men aangeven of dit naar verwachting gevolgen heeft voor de eigen beschikbaarheid in de toekomst. De bijbehorende figuren zijn opgenomen in Bijlage E.

De uitkomsten van de enquête onder professionals laat onder meer zien dat circa 4 op de 10 forensisch artsen overweegt te stoppen met werkzaamheden als medische arrestantenzorg alleen zou worden uitgevoerd door artsen in dienst van de politie. Eenzelfde aandeel forensisch artsen zou ook overwegen te stoppen als medische arrestantenzorg onderdeel zou worden van penitentiaire zorg. Aangezien de meeste forensisch artsen parttime werken en het grootste tijdsaandeel van hun werk uit MAZ bestaat, kan deze uitkomst ook als een indicator van de kwetsbaarheid van het beroep gezien worden (hoeveel werk voor een forensisch arts blijft over wanneer MAZ wegvalt?). Voor niet-forensisch artsen heeft dit veel minder grote gevolgen. Geen van de voorgelegde scenario's zou ertoe leiden dat een groot deel van de forensisch artsen meer gaat werken. Het vaakst (35%) geven forensisch artsen aan meer te gaan werken als er centralisatie plaatsvindt zodat regio's meer volume en efficiency bereiken.

Aan organisatievertegenwoordigers is een iets andere vraag gesteld. Wel gebruikmakend van

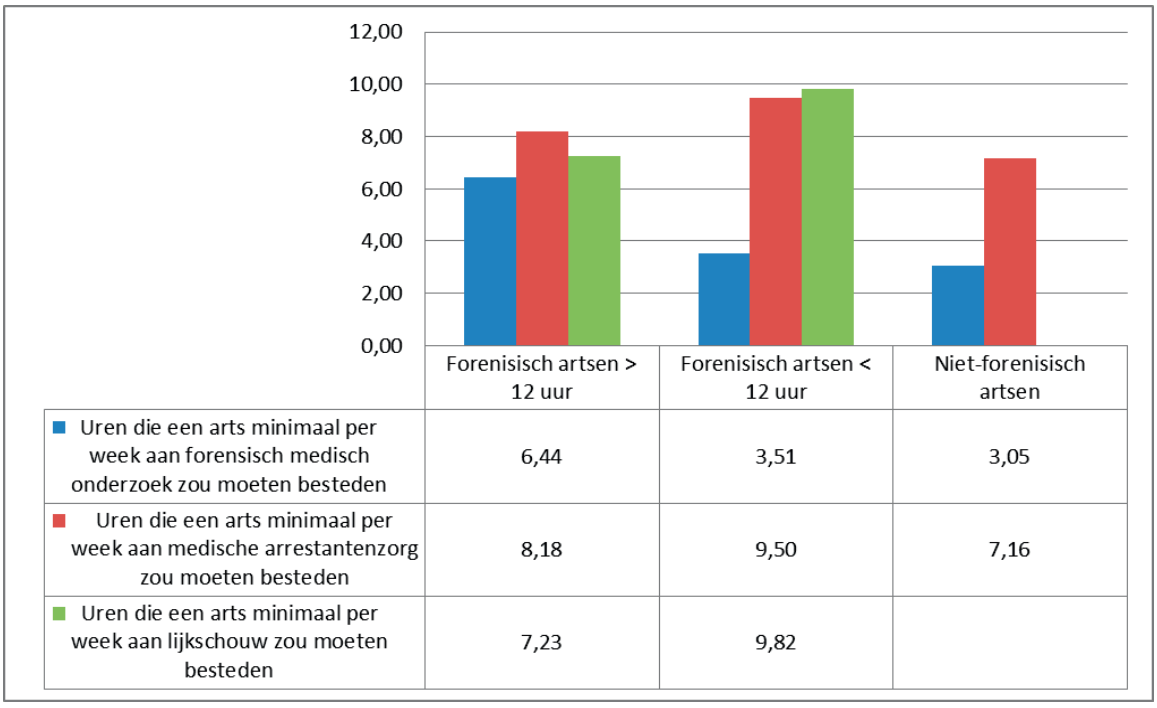
[15] Marieke van Twillert. Werk & inkomen. Arbeidsmarktmonitor. Opleiding bedrijfsgeneeskunde lijdt aan marktfalen. Medisch Contact 46, 17 november 2016, pagina 14-15.

dezelfde scenario's was de vraag voor hen of ze hierdoor mogelijk zouden stoppen of afbouwen, of juist willen groeien of starten op dat specifieke terrein. Voor GGD'en en private aanbieders geldt dat ze hun activiteiten zouden afbouwen als forensisch artsen door de politie in dienst worden genomen. Zou forensische geneeskunde met penitentiaire geneeskunde worden gecombineerd dan biedt dit voor de meerderheid van beide typen organisaties juist nieuwe mogelijkheden en verwachten ze hun activiteiten uit te bouwen. Hetzelfde geldt wanneer forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg worden geconcentreerd waarbij regio's meer taken van elkaar gaan overnemen om meer volume en efficiency te bereiken. Een duidelijk verschil tussen beide typen organisaties is zichtbaar als het scenario wordt voorgelegd dat medische arrestantenzorg alleen door huisartsen zou worden uitgevoerd. Voor de meeste responderende GGD'en betekent dit dat zij mogelijk op dat terrein hun activiteiten zouden afbouwen of stopzetten, de private aanbieders geven aan dan uit te breiden en activiteiten uit te bouwen.

Een tweede knelpunt dat de ontwikkeling en kwaliteit van het vakgebied beïnvloed is de minimale tijd die artsen zouden moeten besteden om taken op het terrein van het FMO, de MAZ en lijkschouw goed te kunnen (blijven) uitoefenen. Met name het geringe aantal FMO-zaken werd door deelnemers aan de focusgroepen en respondenten van de enquêtes als mogelijk knelpunt genoemd.

In dit kader is in de web-enquête de volgende vraag gesteld: "Wat vindt u het minimale aantal uren dat een arts per week zou moeten besteden aan eerstelijns forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw om over voldoende vaardigheden te beschikken?". In figuur 4.4 staan de gemiddelden van de antwoorden die door de drie groepen werden gegeven.

Figuur 4.4 Minimale tijdbesteding aan FMO, MAZ en lijkschouw nodig voor voldoende vaardigheden, naar beroepsgroep



	Forenisisch artsen > 12 uur	Forenisisch artsen < 12 uur	Niet-forenisisch artsen
Uren die een arts minimaal per week aan forensisch medisch onderzoek zou moeten besteden	6,44	3,51	3,05
Uren die een arts minimaal per week aan medische arrestantenzorg zou moeten besteden	8,18	9,50	7,16
Uren die een arts minimaal per week aan lijkschouw zou moeten besteden	7,23	9,82	

Ten eerste valt op dat forensisch artsen die meer dan 12 uur werken voor FMO, MAZ en lijkschouw een vergelijkbare ondergrens van 6 a 8 uur per week hanteren, terwijl de twee andere groepen een groter verschil maken tussen MAZ en FMO. Als voor FMO 6 het minimale aantal uur per week zou zijn, dan zouden de geënquêteerde forensisch artsen daar niet voldoen als alleen met hun tijdsbesteding binnen kantooruren wordt gerekend, maar wel daarbij in de buurt komt als de tijd aan FMO in ANW-tijd wordt meegerekend. Eerder gaven we aan dat beide tijdsbesteding niet zomaar bij elkaar geteld kunnen worden, maar voor dit doel is dat noodzakelijk omdat de respondenten gevraagd is het minimaal aantal uur per week per taak te noemen, zonder uitsplitsing naar tijd binnen en buiten kantoortijden. Op basis van tabel 3.2 en box 3.1 in hoofdstuk kan terug worden gerekend dat de gemiddelde forensisch arts (binnen en buiten kantooruren opgeteld maar overige taken daarvan afgetrokken) 5,4 uur per week besteed aan FMO. Kijken we naar het minimale aantal uren dat voor MAZ wordt genoemd, dan ligt dat tussen de 7 en 9,5 uur volgens de drie groepen. Wederom gebaseerd op de cijfers uit hoofdstuk 3 zou de gemiddelde forensisch arts thans meer uren per week hieraan besteden tijdens én buiten kantoortijden namelijk 15,8. Deze ondergrens zou dus ruim gehaald worden. Voor lijkschouw tenslotte nemen we alleen de mening van de forensisch artsen in oogschouw. De minimale 7 tot 10 uur per week zou ook gehaald worden als we uitgaan van de tijdsbestedingscijfers uit hoofdstuk 3. Nemen we de tijdbesteding binnen en buiten kantooruren samen, dan zouden forensisch artsen 12,5 uur per week gemiddeld besteden aan lijkschouw.

Op basis van deze cijfers zou geconcludeerd kunnen worden dat de werkdruk thans niet zodanig is dat forensisch artsen het aantal minimale ‘productie-uren’ per week niet halen. Daarbij moet uiteraard bedacht worden dat de minimale urengrenzen hier ‘bepaald’ zijn door de artsen zelf. Deze gemiddelden zouden geverifieerd of gevalideerd moeten worden door normen of richtlijnen uit andere bronnen. Daarnaast kunnen er schattingsfouten zijn gemaakt in de tijdsbestedingen zoals die opgegeven zijn door de forensisch artsen en door ons verwerkt in jaar-, week- en individuele gemiddelden.

4.6 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we het vakgebied en de uitvoering van FMO, MAZ en lijkschouw in Nederland nader in kaart gebracht. We bouwen daarmee voort op de capaciteitsschattingen en de knelpunten uit het vorige hoofdstuk.

Vatten we eerst samen welke productie er geleverd wordt door de organisaties die forensisch-medische diensten in Nederland leveren, dan schatten we op basis van een goed dekkende inventarisatie dat er op jaarbasis 31.229 MAZ-zaken, 7.035 FMO-zaken en 3.223 lijkschouwen worden gedaan. Het aantal lijkschouwen is een minder betrouwbaar cijfer, omdat deze niet bij de Politie in rekening worden gebracht en de volume-inventarisatie in samenwerking met de Politie is uitgezet. In het vorige hoofdstuk zagen we ook al dat absoluut en relatief de tijdsbesteding van forensisch artsen aan MAZ groter is dan die aan FMO. Zetten we deze tijdbesteding af tegen het aantal zaken, dan blijkt toch dat men gemiddeld meer tijd aan een FMO-zaak besteed dan aan een MAZ-zaak, zowel tijdens kantoortijden als tijdens ANW-diensten waar het aandeel wachttijd proportioneel hoger zal zijn. De effectief bestede tijd aan een zaak zal dus duidelijk lager liggen, en kan bijvoorbeeld met tijdsbestedings- of registratiesysteemonderzoek worden bepaald. Gegeven deze kanttekening maken MAZ-zaken dus een groot deel uit van het werk van forensisch artsen die

deze relatief sneller kunnen doen dan FMO-zaken. Uitgesplitst naar soort organisatie, blijkt dat GGD'en gemiddeld minder MAZ- en FMO-zaken doen dan private organisaties. Voor een deel hangt dit samen met het grotere aantal zaken dat organisaties gemiddeld in het westen van Nederland gemiddeld doen, voor een ander deel met het feit dat het de private aanbieders gemiddeld meer forensisch artsen in dienst hebben en dat deze (zie vorige hoofdstuk) gemiddeld meer FTE werken.

Kijken we naar een aantal kwaliteitsindicatoren van de organisaties, dan geeft het merendeel aan bestaande en zelf-ontwikkelde protocollen te gebruiken, personeelsinstrumenten zoals opleidingsplannen inzetten, en interne controleprocedures toe te passen zoals audits. Hierbij sluit aan dat de professionals zelf aangeven de werkprotocollen zeer bruikbaar te vinden en bijna iedereen de afgelopen twee jaar bijscholing heeft gevolgd. Er is alleen een verschil in het bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek en innovatie; dit wordt aanzienlijk vaker gedaan door forensisch artsen die bovengemiddeld werken (12 uur per week of meer) dan door de andere en niet-forensisch artsen. Gevraagd naar het minimale aantal uren dat een arts zou moeten besteden aan FMO, MAZ en lijkschouw, geven de forensisch artsen gemiddeld aan dat dit respectievelijk minimaal 6, 7 en 8 uur per week zou moeten zijn. Het gemiddeld aantal uur per week dat forensisch artsen zelf aangeven per week te besteden aan FMO, MAZ en lijkschouw ligt daaronder als het gaat om uren tijdens kantoortijd, maar voor MAZ en lijkschouw erboven als ook de ANW-diensten worden meegerekend.

Vervolgens brengt dit hoofdstuk twee belangrijke knelpunten nader in kaart. Ten eerste het huidige en dreigende tekort aan forensisch artsen dat zich vertaalt in relatief veel vacatures als percentage van de huidige capaciteit, namelijk meer dan 15%. Een kwart van de forensisch artsen verwacht binnen 5 jaar het vak te verlaten, eenzelfde percentage is 60+. Of dit opgevangen zou kunnen worden door taken uit te laten voeren door andere professionals lijkt maar beperkt het geval. FMO en lijkschouw is forensisch-medisch werk dat volgens de professionals zelf niet of maar beperkt door andere professionals dan forensisch artsen gedaan kan worden. Dat is anders voor MAZ. De helft van de forensisch artsen die minder dan 12 uur werken geeft aan dat dit ook door andere professionals gedaan kan worden. Dit ligt echter anders voor forensisch artsen die *meer* dan 12 uur werken; daarvan is maar 15% van mening dat MAZ ook door andere professionals uitgevoerd kan worden. Wel geven de forensisch artsen in vervolgvragen aan dat taken als bloed- of DNA-afname, medicatieverstrekking en curatieve zorg ook door huisartsen onder arrestanten gedaan kunnen worden. Tenslotte is gepeild is of forensisch artsen ook hun werk zouden willen uitbreiden naar andere regio's. Veel forensisch artsen zouden dat willen, hetgeen aangeeft dat er enige 'rek' zou zijn in de huidige capaciteit.

5 Samenvatting en discussie

5.1 Samenvatting

Dit rapport heeft als doel om het aanbod en de beschikbaarheid van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg ten behoeve van de politie in Nederland te inventariseren en zo de Commissie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg van informatie te voorzien.

Leidend voor het onderzoek en dit rapport waren twee hoofdvragen. De eerste hoofdvraag bevindt zich voornamelijk op het niveau van organisaties en het systeem en betreft het in kaart brengen van de beschikbare capaciteit van organisaties, hun samenwerking, financiering en knelpunten. De tweede hoofdvraag bevindt zich voornamelijk op het niveau van de beroepsgroep. In kaart wordt gebracht hoe tegen het expertisegebied van de forensisch arts wordt aangekeken, hoeveel zaken er worden gedaan, welke kwaliteits- en personeelsinstrumenten worden ingezet en welke knelpunten er op de arbeidsmarkt voor forensisch artsen bestaan.

De hoofdvragen bestaan uit verschillende deelvragen die hieronder van een beknopt antwoord worden voorzien.

De eerste hoofdvraag is:

> **'Welke organisaties bieden forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland aan, welke diensten worden verricht en hoeveel werkzaamheden worden vanuit deze organisaties verricht?'**

Met als deelvragen:

1a. Wie zijn in Nederland de aanbieders van forensisch medisch onderzoek medische arrestantenzorg/lijkschouw?
1b. Hebben deze partijen een privaatrechtelijke of een publiekrechtelijke status?

Ten tijde van het onderzoek, najaar 2016, zijn 26 organisaties actief op het terrein van het forensisch medisch onderzoek (FMO), medische arrestantenzorg (MAZ) en/of lijkschouw. 22 hiervan zijn publiekrechtelijke organisaties, te weten GGD-instellingen; 16 van deze GGD'en bieden alle drie bovengenoemde taken aan, de overige bieden een deel van dit takenpakket aan. Deze GGD-instellingen zijn verspreid over heel Nederland. Daarnaast zijn er 4 aanbieders met een privaatrechtelijke status. Eén van hen biedt alle drie de taken aan, twee een combinatie van FMO en MAZ en de vierde alleen MAZ. Alle private aanbieders bieden hun diensten aan in politieregio's in het westen van Nederland, in en om de Randstad.

1c. Per instelling, hoeveel forensisch artsen werken op het gebied van 1) forensisch medisch onderzoek; en/of 2) medische arrestantenzorg; en/of 3) lijkschouw en hoeveel FTE's zijn beschikbaar.

Verspreid over de 26 organisaties zijn naar schatting 242 forensisch artsen werkzaam die met een gemiddelde aanstelling van 0,35 FTE per persoon afgerond 85 FTE aan capaciteit vertegenwoordigen. Forensisch artsen zijn gemiddeld 1,8 dagen per week inzetbaar voor FMO, MAZ en lijkschouw tijdens kantooruren, en men besteedt zo'n 12,1 uur per week hieraan, inclusief reistijd. Daarnaast zijn zij tijdens avond/nacht en weekenddiensten werkzaam. Gemiddeld worden 5,8 ANW-diensten per maand gedaan en elke dienst duurt gemiddeld 14,9 uur, inclusief wachttijd/beschikbaarheid. Voor een schatting van de verdeling van hun directe werktijd tijdens kantooruren blijkt dit gemiddeld neer te komen op 16% van het werk besteed aan FMO, 47% aan MAZ en 37% aan lijkschouw. Overige taken, zoals bij- en nascholing, financiële administratie en wetenschappelijk onderzoek, laten we hier vanwege de onderzoeksvraag buiten beschouwing, maar nemen gemiddeld volgens de forensisch artsen wel 15% van hun totale werktijd in beslag.

Niet-forensisch artsen voeren vooral medische arrestantenzorg uit. Het gaat vooral om huisartsen die in loondienst of inhuurbasis voor private aanbieders werken. Naar eigen opgave van drie van de vier private aanbieders zou het gaan om 114 huisartsen, waarvan het grootste deel (89%) op inhuurbasis werkt. Omdat het aantal FTE is opengelaten en niet kan worden uitgesloten dat een deel van deze huisartsen penitentiaire werkzaamheden verrichten, is het lastig gebleken om deze mogelijke formatie van niet-forensisch artsen op een andere manier te schatten. Dat geldt ook voor de werkzaamheden die volgens de organisaties uitgevoerd wordt door ondersteunende beroepsgroepen, zoals forensisch verpleegkundigen.

1d. Werken instellingen samen? Welke samenwerkingsvormen zijn er en hoe zijn die geregeld?

In onze studie hebben we geen aanwijzingen voor wijdverbreide samenwerking gevonden. Onder de 18 responderende organisatievertegenwoordigers gaven drie GGD-respondenten aan dat ze een andere organisatie inzetten als onderaannemer voor FMO en MAZ. Daarnaast gaven drie GGD'en aan andere samenwerkingsvormen te hebben zoals met apotheken, voor gedetineerden in het algemeen en voor de medisch zorg in de ANW voor gedetineerden en vreemdelingen in detentie. Het kan zijn dat de (4) niet-responderende organisaties wel uitvoerig samenwerken, maar dit zal het landelijke beeld niet veranderen. Indien we dit afzetten tegenover bijvoorbeeld samenwerking binnen de reguliere eerstelijns gezondheidszorg, dan is in dat veld de tendens tot samenwerking veel groter. Wat respondenten in dit onderzoek overigens niet benoemd hebben is dat er wel sprake is van enige vorm van samenwerking en in ieder geval afstemming binnen verschillende landelijke netwerken. Dit geldt bijvoorbeeld voor de vakgroep forensische geneeskunde waaraan vertegenwoordigers van alle partijen deelnemen, maar ook voor de bundeling van alle GGD'en binnen de GGD-GHOR. Samenwerking onder de vlag van het FMG en universiteiten wordt nader besproken in de volgende deelvragen.

1e. Hoe is de financiering van de taken binnen de verschillende gebieden geregeld?
1f. Hoe komen de tariefstellingen tot stand en in welke mate vergoeden zorgverzekeraars de medische arrestantenzorg?
1g. Hoe is de financiering van de organisaties geregeld? Is er sprake van subsidiering?

Deze drie deelvragen worden hier gezamenlijk beantwoord. Alle aanbieders, zowel GGD'en als private aanbieders worden – inherent aan hun contractering – gefinancierd via een raamovereenkomst met één of meerdere eenheden van de politie. Daarnaast worden GGD'en gezien hun werkzaamheden voor bv. gemeenten ook gefinancierd door de overheid. Eén GGD en 2 private aanbieders geven daarnaast ook aan gefinancierd te worden door een zorgverzekeraar. Dit laatste illustreert dat niet standaard geregeld lijkt dat zorgverzekeraars de medische arrestantenzorg voor hun verzekerden vergoeden. Hoe deze financiering precies geregeld is en welk aandeel dit uitmaakt van hun begroting, is gezien de hoofddoelstelling van het onderzoek buiten beschouwing gelaten. Een dergelijk financieel onderzoek vergt immers een veel diepgaander aanpak die binnen de beschikbare tijd niet mogelijk was. Hetzelfde geldt ook voor de exacte tariefstellingen en de rol van zorgverzekeraars hierin. Wel kon informatie worden aangehaald uit de originele aanbesteding, die ook liet zien dat het financieringsmodel regionale variatie in prijsniveaus kan veroorzaken.

1h. Wat zijn de knelpunten m.b.t. de organisatie van de forensische geneeskunde?

Voor de beantwoording van deze vraag hebben we voor een groot deel geput uit de knelpunten zoals aangedragen door respondenten die aan de verschillende deelonderzoeken hebben deelgenomen. In deelvraag 2 komt een aantal knelpunten terug. Overstijgend zullen we in de slotparagraaf een beeld geven van alle knelpunten.

Ons baserend op de inbreng van partijen en personen uit het veld valt de grote hoeveelheid opmerkingen op die gemaakt zijn over de toekomst van het vakgebied. Dat deze opmerkingen soms tegengesteld zijn, geeft aan dat er geen volledige consensus binnen de beroepsgroep is. Ook hier komen we in het slot op terug. De volgende thema's zijn als gedeelde knelpunten te identificeren, te weten:

- De vergrijzing van de huidige forensisch artsen en hun werkbelasting, onder andere in het verrichten van avond-, nacht- en weekenddiensten. Gecombineerd met de beperkte instroom in het vakgebied levert dit een breed gevoeld tekort aan forensisch artsen op, vooral voor de toekomst.
- Onvoldoende randvoorwaarden om de opleiding goed te organiseren en voldoende instroom te realiseren. De instroom blijft ook achter omdat organisaties en artsen de financiering van opleidingsplaatsen als barrière ervaren.
- Het parttime karakter van het werkterrein, met name in de niet-grootstedelijke gebieden in Nederland, waardoor er een zekere versnippering bestaat en er meerdere manieren vereist zijn om de zorg optimaal te organiseren.
- De worsteling tussen publieke en zakelijke belangen, mede in het licht van de afgelopen aanbesteding en huidige onzekerheid in het veld. Dit heeft volgens ondervraagden potentieel negatieve gevolgen voor de stabiliteit en samenwerking binnen het veld.
- Kwaliteitsborging, innovatie en wetenschappelijke verdieping kunnen volgens forensisch artsen verbeterd worden. Men ziet verbanden met de hiervoor genoemde knelpunten, namelijk dat het lastiger te investeren is in een terrein dat door tekorten wordt gekenmerkt, waar veel in kleinere parttime functies wordt gewerkt en waar onzekerheid bestaat over de toekomst van het vakgebied.

1i. Wat betreft de politie als inkopende partij:
- Wat zijn de eisen die de nationale politie in hun programma van eisen hebben opgesteld, waaraan partijen moeten voldoen om in aanmerking te komen als leverancier?
- Aan welk van deze eisen voldoen de organisaties wel/niet?

In paragraaf 3.6 hebben we een overzicht gegeven van de criteria die de Politie hanteerde bij de aanbesteding in 2015. In dit onderzoek hebben we geen evaluatie gedaan of aanbieders op dit moment aan elk van deze eisen voldoen, omdat dit een uitvoeriger organisatie- en dossieronderzoek vereist dan de tijd voor dit onderzoek mogelijk maakte. Wel bieden de gepresenteerde cijfers de Politie de mogelijkheid om de aangeleverde gegevens door inschrijvers op de aanbesteding in 2015 te leggen naast de cijfers die nu verkregen zijn als indicatie of – volgens zelfrapportage – aanbieders meer melding maken van bijvoorbeeld eigen protocollen dan in 2015.

De tweede hoofdvraag van dit onderzoek luidt:

'Wat is de aard en de omvang van de dienstverlening op het terrein van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg?'

Met als deelvragen:

2a. Welke onderwerpen beschouwen de forensisch medische artsen als hun expertise (bijv. type delict; spooronderzoek bij slachtoffers/daders; spooronderzoek bij kinderen/volwassenen; behandeling van arrestanten met specifieke problematiek; etc.)?

Voor de beantwoording van deze vraag is eerst gefocust op de vraag welke onderwerpen volgens forensisch artsen al dan niet tot hun exclusieve domein horen. Dit geeft een beeld hoe het veld zich verhoudt tot andere terreinen en wat de (on)mogelijkheden zijn voor 'taakherschikking' tussen disciplines. De meerderheid van de forensisch artsen vindt dat elk van domeinen FMO, MAZ en lijkschouw alleen of op zijn minst beter door een forensische arts uitgevoerd kan worden. De meeste ruimte voor andere professies lijkt bij de uitvoering van MAZ te liggen. Van de forensische artsen die dit in relatief kleine parttime banen doen vindt 47% dat dit zowel door hen als door andere professionals uitgevoerd kan worden. De niet-forensisch artsen vinden dat in nog sterkere mate, maar forensisch artsen die meer dan 12 uur per week werken zijn juist van mening dat ook MAZ hoort bij hun werkdomein en niet door anderen gedaan kan worden. Uit vervolgvragen komen een aantal taken naar voren die ook door andere professionals uitgevoerd kunnen worden, zoals afname van bloed, DNA en medicatieverstrekking. Bedacht moet worden dat dit gebaseerd is op een open vraag in de enquête die niet door alle respondenten is ingevuld.

2b. Hoeveel zaken worden er op de verschillende onderwerpen per jaar uitgevoerd?
2c. Hoeveel zaken pakken forensisch artsen op die binnen en buiten hun expertisegebied liggen?

Op basis van cijfers die aanbieders in het kader van dit onderzoek aan de Politie leverden, is geschat dat in het eerste half jaar van 2016 ruim 31.000 zaken werden gedaan op het gebied van

MAZ, ruim 7.000 FMO-zaken en 3.200 lijkschouwen. Het grootste deel van de MAZ-zaken (76%) bestond uit het doen van visites en consulten; het resterende deel uit telefonische consulten. De spreiding in volumecijfers tussen de organisaties/contractanten is erg groot. Bijvoorbeeld bij MAZ varieert het tussen de 188 zaken en ruim 5.800 zaken in de eerste 6 maanden van 2016. Daarnaast zijn er duidelijke verschillen tussen GGD'en en private aanbieders en, hiermee samenhangend, tussen regio's. In het westen van het land – waar ook de vier private aanbieders zijn gevestigd - worden immers beduidend meer zaken uitgevoerd dan in de andere regio's.

2d. Volgen de forensisch artsen (regelmatig) bijscholing? Wordt dat geregistreerd? Om welk soort bijscholing gaat het?
2e. Zijn forensisch artsen betrokken bij innovaties (bijv. bij het ontwikkelen of testen van nieuwe methodes/technieken of volgen zij cursussen hierover)?
2f. Wat doet het vakgebied op het gebied van ontwikkelingen en innovaties? Welke rol spelen universiteiten hierin? Hoe wordt nieuwe kennis verspreid?

Het merendeel van de forensisch artsen (97%) heeft inderdaad bijscholing gevolgd. Dat geldt in iets mindere mate (81%) voor de niet-forensisch artsen. De financiering hiervan gebeurt in de meeste gevallen door de organisatie maar ook de artsen dragen vaak zelf bij. Een minderheid financierde de bijscholing alleen, zonder organisatiebijdrage. Ook bij de inventarisatie onder organisaties blijkt dat alle GGD'en (100%) aangeven dat zij een opleidingsplan hebben voor alle forensisch artsen in vaste dienst, 16 van de 18 (88%) hebben dat ook voor forensisch artsen met een flexibel dienstverband. Andere vaak genoemde opleidingsactiviteiten zijn met name (structurele) intervisie, intercollegiale toetsingsgroepen, werkoverleg met casusbespreking en supervisie, door zowel de publieke als de private organisaties. Of de gevolgde scholing ook voldoende is om vaardigheden in het vakgebied bij te houden konden we niet vaststellen. Wel geldt dat dergelijke opleidingseisen zijn geregeld bij herregistratie in zowel het register van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) als het register van het FMG.

Kijken we naar een aantal kwaliteitsindicatoren van de organisaties, dan geeft het merendeel aan bestaande en zelf-ontwikkelde protocollen te gebruiken, personeelsinstrumenten zoals opleidingsplannen in te zetten, en interne controleprocedures toe te passen zoals audits. Professionals geven aan deze werkprotocollen zeer bruikbaar te vinden. Daarnaast geven bijna alle forensisch en niet-forensisch artsen aan de afgelopen twee jaar bijscholing te hebben gevolgd. Er is alleen een verschil in het bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek en innovatie; dit wordt aanzienlijk vaker gedaan door forensisch artsen die 12 uur per week of meer werken dan door de andere en niet-forensisch artsen.

Deze resultaten sluiten aan bij wat uit andere bronnen afgeleid kan worden over samenwerking en innovatie. Op de FMG-site wordt aangegeven dat tijdens de ALV in november 2016 twee commissies (opnieuw) zijn opgericht, te weten een Commissie Wetenschap en Onderwijs en een Commissie Opleiding. Daarnaast zijn inmiddels twee bijzonder leerstoelen op het terrein van de forensisch geneeskunde ingesteld. Dit kan als vliegwiel fungeren om de ontwikkeling van het vakgebied te versterken, hetgeen niet wegneemt dat we uit de enquête ook kritische geluiden naar voren kwamen over de het tempo waarmee vernieuwing en professionalisering van het vak verloopt.

2g. Wie is verantwoordelijk voor de kwaliteit van de diensten binnen de forensisch medische geneeskunde? Hoe wordt de kwaliteit gewaarborgd?

Om een aantal kwaliteitsaspecten in kaart te brengen is onder meer in de organisatievragenlijst voorgelegd welke typen van interne controle toegepast worden voor de forensische dienstverlening. Dan blijkt dat 17 van de 18 responderende GGD'en en 3 van de 4 private aanbieders gebruik maken van een externe audit door een onafhankelijke gecertificeerde organisatie. Alle andere vormen van kwaliteitscontrole, zoals een beslisboom om onnodige inzet van hogere functieniveaus te vermijden, worden veel minder vaak gebruikt. Wel noemen veel GGD'en en private aanbieders dat ze naast audits ook andere vormen van interne controle inzetten. Genoemd worden intercollegiaal overleg, intercollegiale toetsing, intervisie, casuïstiekoverleg, werkinstructies, fiattering en richtlijnen.
Uit de enquête onder de artsen blijkt dat zowel forensisch als niet-forensisch artsen de beschikbare protocollen zeer bruikbaar vinden. De meesten geven aan 5 á 10 van dergelijke protocollen te gebruiken. Hoe dit zich verhoudt tot andere deelsectoren, en of protocollen ook samenhangen met een betere kwaliteit van forensisch zorg, is evenwel onbekend. Dit zou nader onderzoek waard zijn.

Voor de kwaliteitstoetsing van medische arrestantenzorg bestaat tevens de Commissie van Toezicht Arrestantenzorg. Deze Commissie is ingesteld om onder meer toe te zien of ingeslotenen in ophoudkamers of cellencomplexen (inclusief die van de rechtbank) adequate medische verzorging krijgen. De toetsingscriteria betreffen of arrestantenverzorgers een arts inschakelen indien nodig, of medicijnen goed bewaard en verstrekt worden, en praktisch zaken bijvoorbeeld of er een adequaat uitgeruste verbanddoos is[16]. Toetsing van de feitelijk verleende zorg lijkt hierbij buiten beschouwing te blijven. Eenzelfde beeld komt naar voren in de Landelijke Rapportage Arrestantenzorg Nederland, die in november 2015 verscheen, als uitgave van de Inspectie Veiligheid en Justitie Ministerie van Veiligheid en Justitie.

2h. Wat zijn de knelpunten m.b.t. bijscholing, ontwikkeling en kwaliteit?

Uit verschillende bronnen komt naar voren dat vanwege pensionering een forse uitstroom uit de beroepsgroep te verwachten valt. Een kwart van de huidige forensische artsen geeft aan binnen vijf jaar te willen stoppen. Ook zijn er relatief veel vacatures, voor uitbreiding en vervanging, meer dan 15% van de huidige capaciteit aan forensische artsen. De beperkte instroom in de opleidingen, de discussie over de kosten van medisch vervolgopleiding arts M&G, en het feit dat artsen en artsen in spé ondanks een zekere interesse niet voor het vak kiezen, vergroten deze knelpunten.
Een andere constatering is dat forensische artsen wel meer uren per week aan MAZ en lijkschouw besteden dan zij zelf minimaal nodig vinden om goed te kunnen functioneren. Daarbij moet opgemerkt worden dat zowel de tijdbesteding binnen als buiten kantoortijden is meegerekend, en de minimale uren per week wensen zijn die niet als normen beschouwd kunnen worden.
Een groot deel van de forensische artsen bereid in andere politieregio's te werken en/of voor een andere organisatie als hun eigen organisatie zou stoppen met het aanbieden van forensische dienstverlening (zoals enkele GGD'en hebben gedaan). Er bestaat dus grote betrokkenheid en

[16] Ontleend aan de jaarverslagen op http://www.toezichtarrestantenzorg.nl.

bereidheid onder forensische artsen om het werk uit te (blijven) voeren, ook al maakt men zich zorgen over de onzekere toekomst.

5.2 Discussie

Verschillen van inzicht

Uit de gehouden enquêtes, focusgroepen en interviews komt het beeld naar voren dat de forensische geneeskunde een specifiek veld is waar met grote inzet en bevlogenheid gewerkt wordt door een relatief kleine groep professionals. Dat betekent niet dat alle forensisch artsen op één lijn zitten wat betreft de beoordeling van het eigen vakgebied en wat gewenste ontwikkelingen zijn. De meeste forensisch artsen doen en wensen een ongedeelde uitoefening van het vak, maar verschillen onderling wel of MAZ ook door andere professionals gedaan kan worden die dit niet in combinatie met FMO en lijkschouw doen. Daarnaast is er kwestie of het werken in een parttime of fulltime verband de keuze van forensisch artsen is, bepaald wordt door de zwaarte van het vak, of het resultaat is van een beperkt aanbod aan werk. Hierbij moet rekening worden gehouden met het feit dat dit samenhangt met de relatief veel ANW-diensten die gedaan worden en de relatief lange wacht- en reistijden. Er zijn verschillende meningen of en hoe de forensische capaciteit in Nederland anders georganiseerd zou moeten worden. Zo zou fulltime werken beter mogelijk kunnen worden door het 'opschalen' van regio's of het centraliseren van diensten, maar de vraag is dan of de reistijden niet disproportioneel lang worden en het vak daardoor onaantrekkelijker wordt, mede door de zwaardere (mentale) belasting die het full-time werken als forensisch arts vergt.

Een belangrijke discussie is daarnaast of de inzet van huisartsen (zoals nu door met name privaatrechtelijke instellingen) het ervaren capaciteitsprobleem in de forensische zorg oplost of juist compliceert. Naast het capaciteitsargument raakt deze discussie namelijk ook aan het debat over het publieke karakter van de forensische geneeskunde en in het bijzonder of MAZ het best als een publieke of een private vorm van gezondheidszorg beschouwd moet worden.
Gegeven deze verschillende discussies en posities is het duidelijk dat er geen eenduidige simpele oplossing bestaat die voor alle partijen bevredigend is. Daarbij moeten we constateren dat we de meningen van mogelijk nieuwe spelers niet in kaart hebben gebracht. Dit geldt op organisatieniveau voor aanbiedende organisaties en op het niveau van professionals voor bijvoorbeeld huisartsen die ook forensisch werk zouden willen doen. Ook is nog onbekend hoeveel werk verschoven zou kunnen worden naar niet-artsen zoals forensisch verpleegkundigen en of dit een aantal van de knelpunten oplost.

Aandachtspunten

Het valt buiten het bestek van dit onderzoek om advies te geven over de toekomstrichting voor het vakgebied. Wel kunnen we aandachtspunten in kaart brengen op basis van de bevindingen. Zo zijn er diverse signalen voor dreigende tekorten aan forensisch artsen. Als de knelpunten voor de onderbenutting en financiering van opleidingsplaatsen opgelost worden, kan dit tekort mogelijk voorkomen of weer ingelopen worden. Ook kan het ervaren tekort bestreden worden als gekozen wordt voor een model waarbij het voor forensisch artsen aantrekkelijker wordt een grotere werkweek op zich te nemen. En een nationale aanpak of model dient zeker ook de regionale component te betrekken. In de Randstad is het immers mogelijk eenvoudiger een kleine groep forensisch artsen uitgebreider aan het werk te stellen dan in andere regio's waar men het werk er

vaker bij doet.

Samenwerking forensisch arts met huisarts

De keuze of werkzaamheden alleen door de ene beroepsgroep of ook door de andere uitgevoerd kunnen worden zou op basis van competenties gemaakt kunnen worden. Een model waarbij zowel forensisch artsen als huisartsen MAZ- of FMO-werkzaamheden uitvoeren kan voordelen bieden, en de multidisciplinaire samenwerking tussen beroepsbeoefenaren bevorderen. Bedrijfsmatig gezien is de meerwaarde dat huisartsen 'meer vlieguren' hebben rondom huisartsgeneeskundige curatieve zorg, terwijl forensisch artsen mogelijk meer getraind zijn in sporenonderzoek, letselduiding en het omgaan met randgroepen in de samenleving waarbij de verschillende belangen van medische zorg versus opsporing en handhaving aan de orde zijn. In ieder geval lijkt het in meerdere opzichten wenselijk om de huisartsen die FMO en/of MAZ uitvoeren te registeren. Daarnaast kan het oprichten vaneen aparte kaderopleiding worden verkend, zoals die ook voor justitieel huisartsen en andere expertisegebieden bestaat. Huisartsen en forensisch artsen zouden, meer dan nu het geval lijkt, gezamenlijk bij- en nascholing kunnen volgen en kunnen samenwerken in innovatie en wetenschappelijk onderzoek. Ook dit zorgt ervoor dat zorgverleners elkaar beter leren kennen en de vakgebieden elkaar kunnen versterken.

Kosten

Er zijn verschillende onderwerpen die in dit onderzoek niet volledig aan de orde zijn gekomen vanwege de beschikbaarheid van bronnen en keuzes die gemaakt zijn om het onderzoek binnen de beschikbare tijd uit te voeren. Een aantal noemen we hier omdat deze ons inziens wel voor de toekomst van het veld, het beleid en het onderzoek van belang zijn.
Dit geldt in de eerste plaats voor de exacte kosten van de huidige zorg. Meer inzicht in verschillen tussen politieregio's in uitgaven en budget aan FMO en MAZ is waardevol voor het verkennen van 'business modellen' rond het optimaal inrichten van de forensische zorg. Gezien de verschillen tussen met name de regio's in het westen van het land en andere delen van het land, is duidelijk dat niet één manier van organiseren in elke regio even optimaal zal zijn. In grote steden zal altijd meer productie zijn per vierkante kilometer, zodat het werk op andere manieren efficiënter georganiseerd kan worden dan in regio's die veel groter zijn én veel minder politiezaken hebben waarvoor forensische expertise vereist is. Er is op nationaal niveau geen optimale '*one size fits all*' model of oplossing. Dat betekent ook dat als men meer gaat werken met vaste tarieven, toch rekening gehouden moet worden met regioverschillen. Zo kennen huisartsen andere inschrijftarieven voor achterstandswijken, en willen sommigen verzekeraars hun vergoedingen meer of helemaal baseren op 'populatiebekostiging'. Wel kunnen vaste tarieven, mits goed vastgesteld, bijdragen aan meer transparantie en inzet op kwaliteit en niet of minder op prijs. Zo is kwaliteitsconcurrentie ook in de huisartsenzorg in het bijvoorbeeld gestimuleerd met zogenaamde 'Modernisering & Innovatie-gelden, oftewel M&I-verrichtingen en modules. Daaruit zijn onder andere activiteiten rondom taakverschuiving en samenwerking voortgekomen met als doel integrale zorg dichter bij burgers thuis te realiseren.

Kwaliteit van zorg

Een tweede aspect dat onderbelicht is gebleven is dat van kwaliteit van zorg. Naast procesindicatoren, zoals aanrijtijden, is het ook van belang om in samenspraak met het werkveld indicatoren te identificeren én te monitoren die een beeld van de kwaliteit van zorg geven. Productiecijfers, zoals tijdens de aanbesteding in 2015 en in dit onderzoek aangeleverd blijken

bruikbaar maar bevatten niet altijd voldoende detailniveau. Een manier om dit te ondervangen zou kunnen zijn om één centraal registratiesysteem op te zetten, waarmee op regelmatige basis informatie verzameld wordt uit de informatiesystemen die door aanbieders gebruikt worden. Het gegroeide gebruik van elektronische cliëntdossiers onder forensische aanbieders kan hieraan bijdragen. In de huisartsenzorg wordt dit langer toegepast met de NIVEL Zorgregistraties Eerstelijn. Hierbij worden via een hoog beveiligde en gecontroleerde infrastructuur verrichtingen- en patiëntgegevens van ruim 500 praktijken verzameld, en ook koppelingen gemaakt met informatiesystemen van andere eerstelijns zorgverleners.

Gebruikersperspectief

Daarnaast is in de reguliere gezondheidszorg een verschuiving te zien waarbij de ervaren kwaliteit vanuit gebruikersperspectief steeds belangrijker wordt. Het gaat dan bijvoorbeeld om zogenaamde PREMS (Patient Reported Experience Measures) of PROMS (idem voor outcome measures). In het geval van FMO en MAZ kan dan bijvoorbeeld gedacht worden aan het met regelmaat monitoren van de ervaren kwaliteit door bijvoorbeeld arrestantenverzorgers, door de politie ter plaatse bij een zaak, door arrestanten zelf of door hun advocaten.

Landelijk overleg

Overstijgend geldt dat het voor zowel het veld zelf als de Politie waardevol kan zijn om de uitvoering van activiteiten binnen FMO en MAZ beter te monitoren. Tijdens de eerdere aanbesteding in 2015 bleken aangeleverde cijfers op punten lastig vergelijkbaar. Ook de verschillen in inrichting en registratie binnen politiepercelen werken in de hand dat geen duidelijk beeld gegeven kan worden over bijvoorbeeld productiecijfers. Het is dus aan te bevelen dat alle partijen, Politie, aanbieders en softwareleveranciers, om de tafel zitten om te bepalen welk soort informatie al dan niet te leveren is, en om welke redenen. Dit kan bijdragen tot een zekere mate van standaardisatie en dus vergelijkbaarheid tussen regio's. Ook is het te overwegen een dergelijke stap al te zetten voor het starten van een mogelijke nieuwe aanbestedingsprocedure, zodat alle aanbieders in de gelegenheid zijn hun registraties hierop aan te passen.

Arbeidsmonitoring

Een laatste thema dat betere monitoring verdient is het beschikbare arbeidspotentieel om de verschillende werkzaamheden uit te voeren, zowel vanuit forensisch artsen als andere beroepsgroepen. Registraties van FMG en RGS hebben als nadeel dat ze altijd wat achterlopen, omdat een registratie voor meerdere jaren duurt en men inmiddels gestopt kan zijn. Ook is uit registraties niet bekend hoeveel en waar men werkt. Zoals hiervoor aangegeven is het daarom de moeite waard een kaderopleiding en/of registratie van forensisch werkzame huisartsen te verkennen[17]. Dit zou een aanvullende manier kunnen zijn om de beschikbaarheid van die beroepsgroep te monitoren. Een alternatieve manier om toch jaarlijks zicht te hebben op de beschikbare formatie en ontwikkelingen, is om personen in opleiding te enquêteren én alle werkzame personen in het veld, bijvoorbeeld via de FMG, de Vakgroep FG en een gedeeld gremium als Formedex, als een arbeidsmarktmonitor.

[17] Vergelijk de opleiding tot justitieel huisarts en het CHBB-register daarvoor. Aan alle huisartsen die gedetineerden zorg verlenen stelt de Dienst Justitiële Instellingen (DJI) de eis dat zij deze opleiding afgerond hebben ((https://chbb.lhv.nl/opleidingen/opleidingen/opleiding-justitieel-geneeskundige)..

Uniek, maar leren van andere domeinen

Op meerdere plekken in de rapportage hebben we hierbij een vergelijking gemaakt met andere deelterreinen binnen de gezondheidszorg, zoals medisch specialistische of huisartsenzorg. Deze zijn zeker niet uitputtend, aangezien ook uit de vergelijking met andere deelgebieden van de zorg lessen getrokken kunnen worden. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan de positie van SEH-artsen, die ook veel in ANW-diensten werken, met de penitentiaire zorg waar een sterke overlap mee is qua populatie, maar bijvoorbeeld ook met andere delen van de zorg waar vergelijkbare (markt)ordeningsvraagstukken spelen. Tegelijkertijd blijft staan dat de forensische geneeskunde, zowel vakinhoudelijk, beroepsuitoefening en beleidsinbedding een unieke positie heeft, waardoor het één op één kopiëren van oplossingen uit andere deelsectoren niet wenselijk en mogelijk zal zijn. Dit vormt een uitdaging, zowel op het niveau van relevante ministeries en andere bestuursorganen, maar zeker ook op het niveau van organisaties en professionals. Deze zouden in dialoog moeten blijven zoeken naar toekomstbestendige oplossingen in de optimale inrichting en uitvoering van het vakgebied.

Literatuur

Batenburg, R.S. en Kalf, R.R.J. *De arbeidsmarkt voor forensisch artsen in 2010. Met een capaciteitsraming voor 2022/2028*. Utrecht: NIVEL, 2011

Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2016. Deelrapport 4; Sociaal geneeskundigen. Utrecht: Capaciteitsorgaan. 2016

Duijst-Heesters, W.L.J.M., Woudenberg-van den Broek, W.M. en Soerdjbalie-Maikoe, V. De lijkschouw en sectie beschouwd. Een vergelijkend onderzoek naar systemen van lijkschouw en gerechtelijke sectie. Den Haag: Forensisch Instituut. 2016

Heiligers, P.J.M., Noordman, J., Korevaar, J.C., Dorsman, S., Hingstman, L., Dulmen, A.M. van en Bakker, D.H. de. *Kennisvraag: praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst?* Utrecht: NIVEL, 2012

Ministerie van Veiligheid en Justitie. *Arrestantenzorg Nederland. Landelijke Rapportage*. Den Haag: Inspectie Veiligheid en Justitie. 2015

Twillert M van. Werk & inkomen. Arbeidsmarktmonitor. Opleiding bedrijfsgeneeskunde lijdt aan marktfalen. *Medisch Contact*, 46, 17 november 2016, pagina 14-15.

Velde, F. van der, Abbink-Cornelissen, M., Bloemendaal, T. en Kwartel A. van der. Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen. Meting 2012/2013. Utrecht: Kiwa Carity. 2013.

Vergouw, D., Heiligers, P.J. en Batenburg, R.S. *De Keuzemonitor Geneeskunde: een nationaal en longitudinaal meetinstrument voor het volgen van specialisatievoorkeuren en het ondersteunen van specialisatiekeuzen van geneeskundestudenten in Nederland*. Utrecht: NIVEL, 2015.

Bijlagen

Bijlage A: De volume-inventarisatie vragenlijst
Bijlage B: De organisatie-vragenlijst
Bijlage C: De web-enquête voor forensisch artsen
Bijlage D: Prijsbladen door politie-eenheden bij aanbesteding in 2015, inclusief toelichting en overzicht van verschillen in weegfactoren
Bijlage E: Aanvullende tabellen

Bijlage A De volume-inventarisatie vragenlijst

Instructie:

Graag totalen invullen wanner u geen uitsplitsing naar DAG en ANW kunt maken

Graag '0' invullen wanneer uw organisatie wel bepaalde verrichtingen uitvoert maar niet in betreffend kwartaal dan wel betreffende verrichtinen in het geheel niet door uw organisatie worden uitgevoerd.

Hoeveel van de volgende verrichtingen heeft uw organisatie uitgevoerd in het eerste en tweede kwartaal van 2016?		Uw aantal over het eerste kwartaal van 2016	Uw aantal over het tweede kwartaal van 2016
Medische arrestantenzorg			
Visite/consult totaal (DAG/ANW)	:		
-Visite/consult DAG	:		
-Visite/Consult ANW	:		
Telefonisch consult totaal (DAG/ANW)	:		
-Telefonisch consult DAG	:		
-Telefonische consult ANW	:		
Forensisch Medische Zorg			
Bloed/urine onderzoek totaal (DAG/ANW)	:		
-Bloed/urine onderzoek DAG	:		
-Bloed/urine onderzoek ANW	:		
DNA afname totaal (DAG/ANW)	:		
-DNA afname DAG	:		
-DNA afname ANW	:		
Postmortaal onderzoek (DAG/ANW) *	:		
-Postmortaal onderzoek DAG	:		
-Postmortaal onderzoek ANW	:		
Slachtoffer- en verdachtenonderzoek geweldsd. Totaal (DAG/ANW)	:		
-Slachtoffer- en verdachtenonderzoek geweldsd. DAG	:		
-Slachtoffer- en verdachtenonderzoek geweldsd. ANW	:		
Slachtoffer- en verdachtenonderzoek zeden totaal (DAG/ANW)	:		
-Slachtoffer- en verdachtenonderzoek zeden DAG	:		
-Slachtoffer- en verdachtenonderzoek zeden ANW	:		
Slachtoffer- en verdachtenonderzoek algemeen totaal (DAG/ANW)	:		
Slachtoffer- en verdachtenonderzoek algemeen DAG	:		
Slachtoffer- en verdachtenonderzoek algemeen ANW	:		
Letselbeschrijving en -interpretatie, incl. fotografie totaal (DAG/ANW)	:		

Letselbeschrijving en -interpretatie, incl. fotografie DAG	:		
Letselbeschrijving en -interpretatie, incl. fotografie ANW	:		
Forensisch medische onderzoek en advies totaal (DAG/ANW) **	:		
-Forensisch medische onderzoek en advies DAG	:		
-Forensisch medische onderzoek en advies ANW	:		
Psychiatrie totaal	:		
-Psychiatrie DAG	:		
-Psychiatrie ANW	:		

* Postmortaal onderzoek
Nader onderzoek van een lijk op verzoek van politie/justitie na vaststelling niet-natuurlijke dood

Lijkschouw totaal (DAG/ANW) **	:		
-Lijkschouw DAG	:		
-Lijkschouw ANW	:		

** Lijkschouw
de vaststelling van de wijze van overlijden (natuurlijk / niet natuurlijk is een gemeentelijke verantwoordelijkheid en dient
niet in rekening gebracht te worden bij politie. Indien u dit wel registreert voor politie graag invullen.

Overige verrichtingen totaal (DAG/ANW) *	:		
-Overige verrichtingen DAG	:		
-Overige verrichtingen ANW	:		
Verrichtingen totaal (DAG/AN)	:		
-Verrichting totaal DAG (8-17 uur)	:		
-Verrichtingen totaal ANW (17-08 uur	:		

Bijlage B De organisatie-vragenlijst

Vervolgvragen Inventarisatie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Geachte mevrouw/heer,

Dit is de Excel-vragenijst die in de begeleidende mail is aangekondigd, en onderdeel is van het onderzoek dat NIVEL uitvoert in opdracht van het WODC, dit ter ondersteuning van de Commissie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg. *Ze bestaat uit 17 vragen met als doel het aanbod en de beschikbaarheid van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg ten behoeve van de politie in Nederland te inventariseren. We zijn ons bewust van de bedrijfsgevoeligheid van bepaalde informatie en zullen hier zorgvuldig mee omgaan. De resultaten van dit onderzoek zullen begin 2017 verschijnen in een openbare rapportage, waarin de nadruk dan ook zal liggen op geaggregeerde informatie over aanbieders heen.*
We hebben de vragenlijst zo kort mogelijk gehouden. Graag steeds uw antwoord invullen in de oranje vakjes, hetzij door het invullen van tekst op een open vraag, hetzij door het plaatsen van een '1' bij een gesloten vraag. Het invullen duurt circa 15 minuten. Uw medewerking wordt zeer op prijs gesteld. Bij deze alvast hartelijk dank voor uw medewerking!

Tot slot vestigen we graag uw aandacht op een tweetal focusgroepgesprekken die zullen plaatsvinden op woensdag 2 en donderdag 3 november a.s., van 18.00-20.00 uur in Utrecht. De bijeenkomsten zijn gericht op werkzame personen binnen het terrein van de forensische geneeskunde. Graag willen we u als aanbiedende organisatie uitnodigen om aan deze bijeenkomst deel te nemen. U kunt uw beschikbaarheid onderaan de mail aangeven of rechtstreeks doorgeven via ons e-mail adres forensischartsen@nivel.nl. We zullen geselecteerde deelnemers zo snel mogelijk informeren, met als streven een brede weerspiegeling te bereiken.

UW ACHTERGROND EN ORGANISATIE

1 Wat is de naam van uw organisatie?

Naam organisatie:

2 Wat is uw huidige functie, hoe lang vervult u deze al, en hoe lang werkt u al voor uw organisatie? (we zullen uw gegevens vertrouwelijk behandelen)

Functie:

Hierin werkzaam sinds:

Werkzaam in deze organisatie sinds:

3 Wat is de rechtsvorm van uw organisatie? *(type een '1' in het oranje vakje om een antwoord te kiezen)*

besloten vennootschap (BV)

coöperatie

naamloze vennootschap (NV)

publieke rechtsvorm

anders, namelijk:

4 Op welke wijze is uw organisatie tot stand gekomen? *(type een '1' in het oranje vakje om een antwoord te kiezen)*

door nieuwe oprichting

door afsplitsing

door fusie

door overname

door omzetting naar andere juridische rechtsvorm

anders, namelijk:

HET FORENSISCH MEDISCH ONDERZOEK, DE MEDISCHE ARRESTANTENZORG EN LIJKSCHOUW DIENSTEN VAN UW ORGANISATIE

5 In welk jaar is uw organisatie opgericht en sinds welk jaar verricht uw organisatie diensten op het gebied van (eerstelijns) forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw?

Jaar van oprichting (schatting volstaat indien langer dan 10 jaar geleden):		
Startjaar op gebied van forensisch medisch onderzoek in de tweede lijn:		(indien van toepassing)
Startjaar op gebied van forensisch medisch onderzoek in de eerste lijn:		(indien van toepassing)
Startjaar op gebied van medische arrestantenzorg:		(indien van toepassing)
Startjaar op gebied van lijkschouw:		(indien van toepassing)

6 Voor welk perce(e)l(en) van de politie verricht uw organisatie eerstelijns werkzaamheden en om welke vormen van zorg gaat het?

(meerdere antwoorden mogelijk; type een '1' in het oranje vakje om een antwoord te kiezen)	Forensisch Medisch Onderzoek	Medische Arrestantenzorg	Lijkschouw	Anders, namelijk (hieronder s.v.p. invullen)
Noord-Nederland				
Oost-Nederland				
Midden-Nederland				
Noord-Holland				
Amsterdam				
Den Haag				
Rotterdam				
Zeeland/West-Brabant				
Oost-Brabant				

Limburg				

7 Wat is de huidige capaciteit van uw organisatie voor onderstaande beroepsgroepen en ander medisch personeel, in aantallen personen en fte?
NB het gaat niet om het totaal met samenwerkende organisaties maar alleen uw eigen formatie, in loondienst en/of ingehuurd, bv. als zelfstandige.

	Aantal personen	FTE	Toelichting (indien gewenst)
forensisch artsen in loondienst, totaal			
forensisch artsen ingehuurd als zelfstandige, totaal			
forensisch artsen in loondienst, inzetbaar voor eerstelijns werkzaamheden			
forensisch artsen ingehuurd als zelfstandige, inzetbaar voor eerstelijns werkzaamheden			
huisartsen in loondienst			
huisartsen ingehuurd als zelfstandige			
forensisch verpleegkundigen in loondienst			
forensisch verpleegkundigen als zelfstandige			
Ander medisch personeel in loondienst, namelijk:			
…			
Ander medisch personeel in loondienst, namelijk:			
…			
Ander medisch personeel ingehuurd als zelfstandige, namelijk:			
…			
Ander medisch personeel ingehuurd als zelfstandige, namelijk:			
…			

8 Had uw organisatie op 1 oktober 2016 vacatures voor vervanging danwel uitbreiding van formatie voor onderstaande beroepsgroepen? Zo ja, voor hoeveel FTE ?

	FTE ter vervanging	FTE voor uitbreiding	Toelichting opmerking
forensisch artsen, ongeacht het type werkzaamheden			
forensisch artsen, specifiek voor eerstelijns werkzaamheden			
huisartsen			

forensisch verpleegkundigen			
apothekersassistenten			
Anders, namelijk:			

9 Met welke andere aanbieders van eerstelijns forensisch medisch onderzoek, arrestantenzorg en lijkschouw heeft uw organisatie een formeel samenwerkingsverband in de vorm van onderaanneming? Het gaat zowel om onderaanneming binnen en buiten uw regio; ook kunt u andere samenwerkingsverbanden invullen.

(meerdere antwoorden mogelijk; type een '1' in het oranje vakje om een antwoord te kiezen)	Forensisch Medisch Onderzoek	Medische Arrestantenzorg	Lijkschouw
Organisatie(s) die op dit terrein onderaannemer van onze organisatie zijn:			
Organisatie(s) waar wij op dit terrein onderaannemer van zijn:			
Organisatie(s) waar wij op dit terrein andere samenwerkingsvormen, mee hebben, nl.:			
…			
…			

10 Op welke manier/manieren is uw organisatie gefinancierd? *(meerdere antwoorden mogelijk; type een '1' in het oranje vakje om een antwoord te kiezen)*

	Financiering in een Raamovereenkomst met één of meerdere eenheden van de Politie
	Financiering door lokale, provinciale of nationale overheid
	Financiering door zorgverzekeraar
	Andere vorm van financiering, namelijk:

11 Welke knelpunten ervaart uw organisatie ten aanzien van het eerstelijns forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw?
Graag de knelpunten in volgorde van belangrijkheid links invullen en in de oranje cellen een '1' invullen onder de domeinen waar het knelpunt betrekking op heeft)

	Forensisch Medisch Onderzoek	Medische Arrestantenzorg	Lijkschouw
[naam knelpunt 1 hier invullen]			
[naam knelpunt 2 hier invullen]			
[naam knelpunt 3 hier invullen]			
[naam knelpunt 4 hier invullen]			

1 Op welke van onderstaande manieren vinden binnen uw organisatie interne controles plaats op de kwaliteit?
2 *(meerdere antwoorden mogelijk; type een '1' in het oranje vakje om een antwoord te kiezen)*

	Gebruik van een beslisboom om onnodige inzet van hogere functieniveaus te vermijden
	Een systematieke controle, minimaal 2x per jaar, volgens een vaste systematiek
	Vastleggen van deze systematiek in een protocol
	Externe audit door een onafhankelijke gecertificeerde auditor
	Anders, namelijk:

1 Welke werkprotocollen gebruikt uw organisatie voor het uitvoeren van eerstelijns forensisch medisch
3 onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw? En zijn er nieuwe werkprotocollen in ontwikkeling?
(Graag in de oranje cellen een '1' invullen en/of daar tekst invullen)

	Forensisch Medisch Onderzoek	Medische Arrestantenzorg	Lijkschouw
Gebruik van werkprotocollen van de Vakgroep Forenisische Geneeskunde:			
Gebruik van eigen zelf-ontwikkelde werkprotocollen:			
Nieuwe werk-protocollen die door onze organisatie ontwikkeld worden, namelijk:			
…			
…			

1 Welke van de volgende personeelsinstrumenten heeft uw organisatie voor artsen die werkzaamheden
4 uitvoeren op het terrein van eerstelijns forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en/of lijkschouw? *(Graag in de oranje cellen een '1' invullen en/of daar tekst invullen)*

	Aanwezig	Eventuele toelichting
Een opleidingsplan voor (forensisch) artsen in vaste loondienst		
Een opleidingsplan voor (forensisch) artsen met een flexibel dienstverband		
Jaarlijkse functionerings- en beoordelingsgesprekken met (forensisch) artsen in vaste dienst		
Jaarlijkse functionerings- en beoordelingsgesprekken met (forensisch) artsen met een flexibel dienstverband		
Jaarlijkse functionerings- en beoordelingsgesprekken met (forensisch) artsen in opleiding		
Andere personeelsinstrumenten, namelijk:		
…		

...			

DE TOEKOMST

15 Heeft uw organisatie plannen of ambities om het eerstelijns forensisch medisch onderzoek, arrestantenzorg en lijkschouw uit te breiden, in te krimpen of te specialiseren?

(meerdere antwoorden mogelijk; type een '1' in het oranje vakje om een antwoord te kiezen)	Forensisch Medisch Onderzoek	Medische Arrestantenzorg	Lijkschouw
Op dit terrein hebben we ambities om uit te breiden			
Op dit terrein willen we inkrimpen of afbouwen			
Op dit terrein willen we verder specialiseren			
Op andere verwante terreinen hebben we plannen , namelijk:			
...			

16 Bij een nieuwe aanbesteding, voor welk perce(e)l(en) van de politie zou uw organisatie eerstelijns forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw willen (blijven/gaan) uitvoeren? *(Meerdere antwoorden mogelijk. Graag een '1' invullen in het oranje vakje om een antwoord te kiezen)*

	Forensisch Medisch Onderzoek	Medische Arrestantenzorg	Lijkschouw	Anders, namelijk (hieronder s.v.p. invullen)
Noord-Nederland				
Oost-Nederland				
Midden-Nederland				
Noord-Holland				
Amsterdam				
Den Haag				
Rotterdam				
Zeeland/West-Brabant				
Oost-Brabant				
Limburg				

17 Hieronder is een aantal scenario's weergegeven voor forensisch medisch onderzoek en/of medische arrestantenzorg. Zou u per scenario kunnen aangeven of dit naar verwachting gevolgen heeft voor uw eigen organisatie en zo ja, hoe? U kunt zelf ook een scenario aangeven *(Graag in de oranje cellen aankruisen een '1' invullen en/of daar tekst invullen)*

	Heeft voor ons geen gevolgen	Dit betekent voor ons mogelijk afbouwen of stoppen op dit terrein	Dit betekent voor ons mogelijk groeien of starten op dit terrein	Anders, namelijk (hieronder s.v.p. invullen)
Medische Arrestantenzorg wordt alleen uitgevoerd door artsen in dienst van de politie				
Medische Arrestantenzorg wordt alleen door huisartsen uitgevoerd				
Forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg wordt alleen uitgevoerd door artsen die daarvoor een volledige opleiding van 2 jaar gevolgd hebben				
Forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg worden alleen uitgevoerd door artsen die beide uitvoeren				
Forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg worden als expertisegebieden gescheiden en kunnen door verschillende professionals uitgevoerd worden				
Forensisch Medische Geneeskunde en Penitentiaire Geneeskunde worden gecombineerd				
Forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg worden geconcentreerd waarbij regio's meer taken van elkaar gaan overnemen om meer volume en efficiency te bereiken				
Een ander scenario dat voor onze regio veel impact zal hebben is: *[hier dat scenario kort omschrijven]*				

18 Zou u bereid zijn deel te nemen aan een focusgroepbijeenkomst op woensdag 2 of donderdag 3 november, van 18.00-20.00 uur in Utrecht? *(meerdere antwoorden mogelijk. We zullen een selectie van personen zo snel mogelijk informeren, met als streven een brede weerspiegeling te bereiken)*

Ja, op woensdag 2 november, dit is het e-mailadres waarop ik graag bericht ontvang:

e-mail:

Ja, op donderdag 3 november, dit is het e-mailadres waarop ik graag bericht ontvang:

e-mail:

Bedankt voor uw medewerking!

Heeft u nog slotopmerkingen, zou u deze

hieronder kunnen aangeven?



Bijlage C De web-enquête voor forensisch artsen

Inventarisatie forensisch medisch onderzoek
en medische arrestantenzorg Oktober 2016

Geachte mevrouw/heer,

Het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC, zelfstandig onderdeel van het ministerie van Veiligheid en Justitie) heeft het NIVEL gevraagd om een onderzoek uit te voeren met als doel het aanbod en de beschikbaarheid van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg ten behoeve van de politie in Nederland te inventariseren. De resultaten van dit onderzoek zullen gebruikt worden om een door de Minister van Veiligheid en Justitie ingestelde Onderzoekscommissie van informatie te voorzien. Deze Commissie heeft als streven om eind 2016 een advies uit te brengen over de manier waarop de politie ook in de toekomst de beschikking kan krijgen over kwalitatief goede en financieel beheersbare dienstverlening op het terrein van het forensisch medisch onderzoek en de medische arrestantenzorg.
Als belangrijk onderdeel van het onderzoek vragen we nu úw mening! Wat is uw eigen positie, welke werkzaamheden verricht u en wat zijn uw wensen en verwachtingen voor de toekomst? De vragenlijst is bedoeld voor zowel personen die momenteel forensisch medisch onderzoek en/of medische arrestantenzorg verrichten als voor personen die dat mogelijk (weer) in de toekomst gaan doen. Het Forensisch Medisch Genootschap (FMG) ondersteunt deze vragenlijst.

We streven naar een zo breed mogelijke afspiegeling van het veld om zo het aanbod aan en de meningen over forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in kaart te brengen. Resultaten worden alleen op geaggregeerd niveau gerapporteerd, zodat uw anonimiteit gewaarborgd is. Het rapport zal begin 2017 openbaar gepubliceerd worden.
We hebben de vragenlijst zo kort mogelijk gehouden. Ze duurt maximaal 10 à 15 minuten.

Uw medewerking wordt zeer op prijs gesteld.

Hartelijk dank!

UW ACHTERGROND

1. 1. Bent u momenteel geregistreerd als forensisch arts en zo ja, in welk register? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ Nee , maar verricht wel forensische werkzaamheden
- ☐ Nee, maar wel in het verleden
- ☐ Nee, maar wel in opleiding tot Forensisch arts
- ☐ Ja, als Forensisch arts FMG

☐ Ja, als Forensisch arts KNMG (profielarts)

☐ Ja, als Arts M&G met profiel forensische geneeskunde

☐ Anders, namelijk:
_____

2. 2. Welke van de volgende medische (vervolg)opleidingen heeft u afgerond? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

☐ Forensisch Geneeskundige 20-daagse opleiding

☐ 30-daagse Basisopleiding tot forensisch arts

☐ Profielopleiding arts M&G, profiel forensisch arts van 2 jaar

☐ Arts M&G

☐ Arts JGZ

☐ Arts AGZ

☐ Huisarts

☐ Bedrijfsarts/Verzekeringsarts

☐ Patholoog

☐ Momenteel bezig met huidige 38-daagse basisopleiding tot forensisch arts

☐ Anders, namelijk:
_____

UW WERKZAAMHEDEN

3. 3. Welke van de onderstaande soorten werkzaamheden verricht u momenteel binnen Nederland? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

☐ Forensisch medisch onderzoek (t.b.v. waarheidsbevinding en opsporing)

☐ Medische arrestantenzorg (medische advisering en/of medische behandeling)

☐ Lijkschouw

☐ Geen van bovenstaande (alle vervolgvragen die niet van toepassing zijn, kunt u dan overslaan)

De volgende vragen gaan over forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in de eerste lijn.

Lijkschouw en werkzaamheden in tweedelijns specialistische centra vallen hierbij buiten beschouwing, tenzij expliciet anders benoemd.

4. 4. Voor welke organisatie(s) verricht u deze werkzaamheden? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ GGD Groningen
- ☐ GGD Fryslân
- ☐ GGD Drenthe
- ☐ GGD Regio IJsselland
- ☐ GGD Regio Twente
- ☐ GGD Noord- en Oost-Gelderland
- ☐ Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland-Midden
- ☐ GGD Gelderland-Zuid
- ☐ GGD regio Utrecht
- ☐ GGD Gooi en Vechtstreek
- ☐ GGD Flevoland
- ☐ GGD Hollands Noorden
- ☐ GGD Zaanstreek-Waterland
- ☐ GGD Kennemerland
- ☐ GGD Amsterdam
- ☐ GGD Haaglanden
- ☐ GGD Hollands Midden
- ☐ GGD Rotterdam-Rijnmond
- ☐ Dienst Gezondheid en Jeugd Zuid-Holland Zuid (vh GGD Zuid-Holland)Zuid
- ☐ GGD Zeeland
- ☐ GGD West-Brabant
- ☐ GGD Hart voor Brabant
- ☐ GGD Brabant-Zuidoost
- ☐ GGD Limburg-Noord
- ☐ GGD Zuid-Limburg
- ☐ FARR
- ☐ FMMU
- ☐ MediCor
- ☐ Arts&Zorg
- ☐ Zorg voor Gezondheid
- ☐ RDOG
- ☐ NFI
- ☐ FPKM
- ☐ Ja, voor andere organisaties, namelijk: _____

5. 5. Op welke wijze(n) bent u voor deze organisatie(s) werkzaam? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

- ☐ In loondienst
- ☐ Als ingehuurde zelfstandige
- ☐ Als praktijkhouder/-eigenaar

☐ Anders, namelijk:

6. 6. Binnen welke politie-eenheid verricht u deze werkzaamheden? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

☐ Noord-Nederland

☐ Oost-Nederland

☐ Midden-Nederland

☐ Noord-Holland

☐ Amsterdam

☐ Den Haag

☐ Rotterdam

☐ Zeeland/West-Brabant

☐ Oost-Brabant

☐ Limburg

7. 7. Kunt u hieronder een schatting geven van uw totale tijdsbesteding aan eerstelijns forensisch medisch onderzoek (FMO), medische arrestantenzorg (MAZ) en lijkschouw tijdens kantooruren per week? We vragen u dit aan te geven in (1) het aantal dagen dat u gemiddeld in een week hiervoor inzetbaar bent en (2) het aantal uur dat u feitelijk besteedt aan FMO, MAZ en lijkschouw per week. *(U kunt deze uren ook eventueel inschatten)*

☐ dagen gemiddeld per week ben ik inzetbaar voor FMO, MAZ en lijkschouw tijdens kantooruren

☐ uur per week besteed ik feitelijk aan FMO, MAZ en lijkschouw (inclusief reistijd) tijdens kantooruren

☐ Anders, ik werk in continu rooster van

8. 8. Hoeveel ANW-diensten doet u gemiddeld per maand voor eerstelijns forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw? En hoe lang duurt een ANW-dienst gemiddeld? *(Werkt u voor meerdere organisaties dan gaat het om het totaal van deze werkplekken samen. Een ANW-dienst betreft de tijdsperiode tussen 18.00 en 08.00 uur en op zaterdag en zondag tussen 08.00 en 18.00 uur, alsmede tussen 08.00 en 18.00 uur op algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen)*

☐

ANW diensten per maand voer ik gemiddeld uit

☐ ____ uur duurt gemiddeld een ANW-dienst

9. 9. Kunt u aangeven hoe, in procenten, de verdeling van uw werktijd globaal is over eerstelijns forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg, lijkschouw en de overige taken die daarbij horen? *Heeft u meerdere werkplekken, noteer dan het totaal aantal uur van de werkplekken tezamen.*

	%
- Uitvoering forensisch medisch onderzoek *(Letselbeschrijving op kantoor of op locatie, DNA/Bloed/urine afname, onderzoek zedendelict, e.d.)*	
- Uitvoering medische arrestantenzorg *(medische advisering bv. over insluiting, en/of medische behandeling, incl. bezoek, telefonisch consult, insluitadviezen, bemoeizorg etc.)*	
- Uitvoering lijkschouw	
- Overige taken ten behoeve van forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw *(bij- en nascholing, financiële administratie, wetenschappelijk onderzoek, e.d.)*	
Totaal: 100%	

10. 10. Wat vindt u het <u>minimale aantal</u> uren dat een arts per week zou moeten besteden aan eerstelijns forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw om over voldoende vaardigheden te beschikken?

	Minimaal uur per week
- Forensisch Medisch Onderzoek *(Letselbeschrijving op kantoor of op locatie, DNA/Bloed/urine afname, onderzoek zedendelict, e.d.)*	
- Medische Arrestantenzorg *(medische advisering bv. over insluiting, en/of medische behandeling, incl. bezoek, telefonisch consult, insluitadviezen, bemoeizorg etc.)*	
- Lijkschouw	
- Overige taken *(bij- en nascholing, financiële administratie, wetenschappelijk onderzoek, e.d.)*	

11. 11. Hoeveel zaken/verrichtingen heeft u naar schatting in de maand september 2016 gedaan op het terrein van forensisch medisch onderzoek en/of medische arrestantenzorg? Graag ook het aantal lijkschouwen (inclusief euthanasieschouw) invullen, indien van toepassing? *Was u in september bijvoorbeeld op vakantie of anderszins langer afwezig, wilt u dan een 'gemiddelde maand' invullen. Heeft u meerdere werkplekken, noteer dan het totaal aantal zaken van de werkplekken tezamen.*

	Aantal per maand
- Forensisch Medisch Onderzoek	
- Medische Arrestantenzorg	
- Lijkschouw	
Totaal aantal zaken/verrichtingen	

12. 12. Heeft u de afgelopen 2 jaar geaccrediteerde bij- of nascholing op het terrein van forensisch medisch onderzoek en/of medische arrestantenzorg gevolgd? Zo ja, kunt u de onderwerpen noemen van max 5 bijscholingsactiviteiten in die periode?

☐ Nee

☐ Ja, en wel met als onderwerp:

13. 13. Worden deze bijscholingen door uzelf betaald of door de organisatie waar u in dienst bent / waardoor u wordt ingehuurd?

☐ Alleen door mijzelf

☐ Door zowel mijzelf als de organisatie

☐ Alleen door de organisatie

14. 14. In hoeverre vindt u dat de bestaande protocollen binnen het eerstelijns forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw goed bruikbaar zijn voor de uitoefening van uw werk?

	Zeker goed bruikbaar	Enigszins bruikbaar	Een beetje bruikbaar	Niet bruikbaar
Forensisch medisch onderzoek	☐	☐	☐	☐
Medische arrestantenzorg	☐	☐	☐	☐
Lijkschouw	☐	☐	☐	☐

15. 15. Hoeveel van de bestaande protocollen gebruikt u binnen het terrein van de forensische geneeskunde waarbinnen u werkzaam bent?

protocollen

16. 16. Heeft u de afgelopen 5 jaar bijgedragen aan het ontwikkelen van vakinhoudelijke protocollen, kwaliteitsverbeteringsprojecten en/of wetenschappelijk onderzoek binnen uw vakgebied?

☐ Nee

☐ Ja, en wel op het terrein van:
_____

DE TOEKOMST

17. 17. In welk jaar (ongeveer) denkt u te gaan stoppen met werken op het terrein van forensisch medisch onderzoek en/of medische arrestantenzorg?

☐ 20
_____

☐ Nog geen idee

18. 18. Stel, uw organisatie(s) stopt/stoppen met het aanbieden van forensisch medisch onderzoek en/of medische arrestantenzorg. Zou u dan voor andere organisaties deze werkzaamheden willen uitvoeren en zo ja, voor welk type organisatie? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

☐ Nee

☐ Ja, alleen voor een private aanbieder

☐ Ja, met voorkeur voor een private aanbieder

☐ Ja, zonder voorkeur voor een private of publieke aanbieder

☐ Ja, met voorkeur voor een publieke aanbieder

☐ Ja, alleen voor een publieke aanbieder

19. 19. Zou u naast uw huidige werkzaamheden ook voor andere politie-eenheden eerstelijns forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw willen uitvoeren, uitgaande van uw huidige woonadres/uitvalsbasis? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

☐ Nee

☐ Ja, Noord-Nederland

☐ Ja, Oost-Nederland

☐ Ja, Midden-Nederland

☐ Ja, Noord-Holland

☐ Ja, Amsterdam

☐ Ja, Den Haag

☐ Ja, Rotterdam

☐ Ja, Zeeland/West-Brabant

☐ Ja, Oost-Brabant

☐ Ja, Limburg

☐ Weet niet

20. 20. Hieronder is een aantal scenario's weergegeven voor forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw. Zou u per geval kunnen aangeven of dit naar verwachting gevolgen heeft voor uw eigen beschikbaarheid in de toekomst?

		Mogelijk stoppen op dit terrein	Mogelijk minder werken op dit terrein	Naar verwachting geen gevolgen	Mogelijk meer werken op dit terrein	Mogelijk starten met dit terrein (indien van toepassing)	Niet van toepassing
a.	Medische arrestantenzorg wordt alleen uitgevoerd door artsen in dienst van de politie	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b.	Medische arrestantenzorg wordt alleen door huisartsen uitgevoerd	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c.	Forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg wordt alleen uitgevoerd door artsen die daarvoor een volledige opleiding van 2 jaar tot forensisch arts gevolgd hebben	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d.	Forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg worden alleen uitgevoerd door artsen die beide uitvoeren	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e.	Forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg worden als expertisegebieden gescheiden en kunnen door verschillende professionals uitgevoerd worden	☐	☐	☐	☐	☐	☐

f.	Medische arrestantenzorg wordt onderdeel van penitentiaire zorg	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g.	Forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg worden meer gecentraliseerd, waarbij regio's meer taken van elkaar gaan overnemen om meer volume en efficiency te bereiken	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h.	Anders, namelijk: ☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

21. 21. Kunnen onderstaande taken alleen door forensisch artsen of ook door andere soorten professionals uitgevoerd worden?

		Alleen door forensisch arts	Beter door forensisch arts	Kan door zowel forensisch arts als andere	Beter door andere professionals	Alleen door andere professionals
a.	Forensisch Medisch Onderzoek	☐	☐	☐	☐	☐
b.	Medische Arrestantenzorg	☐	☐	☐	☐	☐
c.	Lijkschouw	☐	☐	☐	☐	☐
d.	Anders, namelijk: ☐	☐	☐	☐	☐	☐
e.	Anders, namelijk: ☐	☐	☐	☐	☐	☐

22. 22. Zijn er domeinen waarbinnen andere professionals taken van forensisch artsen zouden kunnen overnemen? Zo ja welke? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

☐ Nee

☐ Forensisch Medisch Onderzoek. En dan met name: ☐

☐ Medische arrestantenzorg. En dan met name: ☐

☐ Lijkschouw. En dan met name: ☐

☐ Anders:

23. 23. Zou u uw antwoord op bovenstaande vraag nader kunnen toelichten?

ACHTERGRONDGEGEVENS

24. Wat is uw geboortejaar?

25. 25. Wat is uw geslacht?

- [ ] Man
- [ ] Vrouw

26. 26. Hieronder kunt u uw slotopmerkingen kwijt waarvan u denkt dat die van belang zijn voor het onderzoek, Bijvoorbeeld wat belangrijke ontwikkelingen zijn om op in te spelen, door uzelf of de beroepsgroep als geheel.

27. 27. Indien we na afloop van het onderzoek vragen hebben, zouden we u mogen benaderen voor een nadere toelichting?

- [ ] Nee
- [ ] Ja, dit is het e-mailadres en/of telefoonnummer waarop ik graag bericht ontvang:

28. 28. Zou u bereid zijn deel te nemen aan een focusgroepbijeenkomst op woensdag 2 of donderdag 3 november, van 18.00-20.00 uur in Utrecht? *(meerdere antwoorden mogelijk. We zullen een selectie van personen zo snel mogelijk informeren, met als streven een brede weerspiegeling te bereiken)*

- [ ] Nee
- [ ] Ja, op woensdag 2 november, dit is het e-mailadres waarop ik graag bericht ontvang:
- [ ] Ja, op donderdag 3 november, dit is het e-mailadres waarop ik graag bericht ontvang:

Einde van de vragenlijst
Klik op verstuur om uw antwoorden te verzenden.
Hartelijk dank voor uw medewerking!

Bijlage D Prijsbladen door politie-eenheden bij aanbesteding in 2015, inclusief toelichting en overzicht van verschillen in weegfactoren

Uitleg prijzenblad Medische Arrestantenzorg en Forensisch Medisch Onderzoek		
Medische Arrestantenzorg		**Toelichting**
1	Prestaties Huisartsenzorg	De tarieven voor dit onderdeel zijn voorgeschreven en vast. Inschrijver dient hier de wettelijk vastgestelde maximum NZa tarieven voor “reguliere consulten” per prestatie voor zowel DAG als ANW prestaties aan te bieden. Het is niet toegestaan andere tarieven te hanteren dan de door het NZa voorgeschreven maximum tarieven voor “reguliere consulten”. Door het vervallen van de eis tot declaratie van de zorgkosten en daarmee de eis tot het hebben van een overeenkomst met de zorgverzekeraars is het niet mogelijk om andere tarieven toe te passen op de prestaties van Huisartsenzorg. In het Prijzenblad zijn, ter informatie, voor het kalenderjaar 2015 de van toepassing zijnde tarieven opgenomen zoals gepubliceerd door de NZa (bron 2015: Bijlage 1 bij Tariefbeschikking TB/CU-7089-01 - Tarievenlijst huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg).
2	Consult regulier korter dan 20 minuten	Conform Tariefbeschikking TB/CU-7089-01; conform 1.2 Consult; ‘Reguliere consulten’; **Let wel**, wanneer direct na de 1ste visite een opvolgende visite (een andere Ingeslotene) gewenst is en de arts is nog aanwezig op locatie dan is sprake van Consult regulier korter dan 20 minuten (indien tijdsduur van het consult < dan 20 minuten). Dit is inclusief de zorg voor medicatie zoals te doen gebruikelijk binnen de huisartsenzorg.
3	Consult regulier 20 minuten en langer	Conform Tariefbeschikking TB/CU-7089-01; conform 1.2 Consult; ‘Reguliere consulten’; **Let wel**, wanneer direct na de 1ste visite een opvolgende visite (een andere Ingeslotene) gewenst is en de arts is nog aanwezig op locatie dan is sprake van Consult regulier 20 minuten en langer (indien tijdsduur van het consult > dan 20 minuten). Dit is inclusief de zorg voor medicatie zoals te doen gebruikelijk binnen de huisartsenzorg.
4	Visite regulier korter dan 20 minuten	Conform Tariefbeschikking TB/CU-7089-01; 1.2 Consult; ‘Reguliere consulten’
5	Visite regulier 20 minuten en langer	Conform Tariefbeschikking TB/CU-7089-01; 1.2 Consult; ‘Reguliere consulten’
6	Telefonisch consult regulier	Conform Tariefbeschikking TB/CU-7089-01; 1.2 Consult; ‘Reguliere consulten’
7	Insluitadviezen	Het betreft hier een medische beoordeling in het belang van de arrestant en betreft als zodanig een prestatie binnen de huisartsenzorg. Verrekening vindt plaats op basis van een visite of consult conform voorgeschreven NZa tarifering.
8	Bemoeizorg	Indien gevraagde en ongevraagde bemoeizorg resulteert in een te leveren prestatie binnen de huisartsenzorg vindt verrekening plaats op basis van een visite of consult conform voorgeschreven NZa tarifering.

9	Verslavingszorg	Gezien de doelgroep waarop de zorg van toepassing is dient inschrijver er rekening mee te houden dat met enige regelmaat sprake is 1ste lijns zorg voor verslaafden. Verrekening vindt plaats op basis van een visite of consult conform voorgeschreven NZa tarifering. Zie voor een verder toelichting op het onderwerp “verslavingszorg” Nota van Inlichtingen II antwoord 533.
10	Spreekuur	Indien er sprake is van een spreekuur op locatie wordt de volgende wijze van verrekening naar de Aanbestedende Dienst gehanteerd: éénmaal het tarief van een ‘Visite regulier’ (naar tijdsduur) en voor iedere opvolgende prestatie een 'Consult regulier' (naar tijdsduur).
11	Politiespecifieke dienstverlening	Onder politiespecifieke dienstverlening worden die diensten verstaan die Inschrijver ten behoeve van aanbestedende dienst levert, niet zijnde de diensten welke verrekend worden op basis van de "Prestaties Huisartsenzorg" (zie punt 1 t/m 10 hierboven). Dit aspect heeft een belangrijke relatie met het onderwerp “ontzorgen” zoals genoemd in de Offerteaanvraag. Inschrijver kan hierbij denken aan: - initiëren en monitoren van vervolgstappen (bijv. het organiseren van een opname in een ziekenhuis, aanvragen ambulancevervoer, (medische) overdracht aan ambulance-/ziekenhuispersoneel, informeren van- en laten informeren door ziekenhuis, etc.); - initiëren en monitoring van verslavingszorg (indicatie, inzetten en monitoren van de uitvoering van de werkzaamheden van deze zorg); - organiseren en beoordelen van de populatie van ingeslotenen ten behoeve van het initieren en monitoren van gevraagde en ongevraagde bemoeizorg; - organiseren van thuiszorg (indicatie, inzetten en monitoren van de uitvoering van de werkzaamheden van deze zorg); - invulling van de aangeboden dienstverlening - niet zijnde geleverde prestaties inzake huisartsenzorg zoals omschreven in de beschikking van de NZa.

Forensisch Medisch Onderzoek		**Toelichting**
1	Bloed/urine onderzoek	De afname van bloed en/of urine op locatie, nietzijnde die van Inschrijver. Inclusief rapportage van het resultaat op schrift. Gevraagd, all-in tarief per verrichting exclusief reis- en verblijfkosten.
2	DNA-afname	De afname van DNA en andere lichaamsspecifieke materialen op locatie, niet-zijnde die van Inschrijver, inclusief schriftelijke rapportage van bevindingen. Gevraagd, all-in tarief per verrichting exclusief reis- en verblijfkosten.
3	Slachtoffer- en verdachtenonderzoek geweldsdelicten	Het onderzoeken van slachtoffers, verdachten en overige betrokkenen bij geweldsdelicten, incl. verslaglegging. Gevraagd all-in tarief per verrichting exclusief reis-, verblijfkosten.
4	Slachtoffer- en verdachtenonderzoek zedendelicten	Het verzorgen van sporenonderzoek bij slachtoffers en verdachten van zedendelicten waarbij gebruik gemaakt wordt van de zedenkit als voorgeschreven. Gevraagd, all-in tarief per verrichting, exclusief reis-, en verblijfkosten.
5	Letselbeschrijving en -interpretatie incl. fotografie	Het beschrijven en/of forensisch interpreteren van verwondingen volgende de normen van het FMG. Gevraagd, all-in tarief per verrichting, inclusief maar niet uitsluitend fotografie, exclusief reis- en verblijfkosten.
6	Forensisch Medische Onderzoek en advies	Het verrichten van vervolgonderzoek op medisch terrein ten behoeve van politieonderzoek. Hieronder valt ook overleg met behandelend arts, opvragen van medische informatie, overleg met het Nederlands Forensisch Instituut, beoordeling ten behoeve van Forensische hypnose etc., evenals het op verzoek adviseren van het OM, rechtelijkemacht of Aanbestedende dienst in het kader van strafrechtelijke regelgeving. All-in tarief per verrichting excl. reis- en verblijfkosten.

7	Psychiatrie	Het optreden als voorwacht voor de GGZ ter beoordeling van een mogelijke In Bewaring Stelling of anderszins, verantwoorde heenzending, opname PAAZ etcetera, incl. schriftelijke rapportage van de bevindingen. All-in tarief per verrichting excl. reis- en verblijfkosten.
8	Voorrijkosten	Vast tarief voor reis- en verblijfkosten, incl. alle aan- en afrijtijden, parkeergelden etc.. Dit all-in tarief wordt door Inschrijver per oproep in rekening gebracht. Let wel, het is mogelijk dat meerder verrichtingen dienen plaats te vinden per oproep. Voorrijkosten mogen dus slechts 1x maal per oproep ongeacht het aantal verrichten in rekening worden gebracht.

Van ieder gevraagd tarief, niet zijnde de NZa tarieven die conform Tariefbeschikking TB/CU-7089-01; conform 1.2 Consult ; 'Reguliere consulten' verrekend worden, dient een openbegroting bijgevoegd te worden. Iedere begroting dient te bestaan uit gelijke componenten. Schrijft Inschijver in op meer percelen dan dienen de componenten van de openbegroting per tarief voor ieder perceel gelijk te zijn.

Voor wat betreft het gestelde over de tarieven dient Inschrijver zich te conformeren aan het feit dat de tarieven voor verrichtingen op de DAG lager dienen te zijn dan de tarieven voor verrichtingen tijdens de ANW.

Indien niet voldaan wordt aan het gestelde in de toelichting betekent dit uitsluiting van verder deelname in de Offerteprocedure.

Prijzenblad voorbeeldperceel Politie-eenheid Medische Arrestantenzorg en Forensisch Medisch Onderzoek					
Inschrijver dient enkel de mintgroen gemarkeerde cellen in te vullen					
Medische Arrestantenzorg (MAZ)					
Prestaties Huisartsenzorg					
Prestatie	**Voorgeschreven vaste DAG- en ANW tarieven NZa (2015)**				
Consult regulier korter dan 20 minuten	€ 9,04				
Consult regulier 20 minuten en langer	€ 18,08				
Visite regulier korter dan 20 minuten	€ 13,56				
Visite regulier 20 minuten en langer	€ 22,60				
Telefonisch consult regulier	€ 4,52				
Apothekersassistent op locatie	**Tarief**	**BTW %**	**Factor**	**Totaal**	
Dagelijkse aanwezigheid apothekersass. 09.00-18.00 (uurtarief) DAG			10,24	€ -	
Dagelijkse aanwezigheid apothekersass. 09.00-18.00 (uurtarief) ANW			19,01	€ -	
Politiespecifieke dienstverlening	**Tarief**	**BTW %**	**Factor**	**Totaal**	
Tarief per ingeslotene per geleverde DAG prestatie			16,01	€ -	
Tarief per ingeslotene per geleverde ANW prestatie			29,74	€ -	
Totaal Medische Arrestantenzorg (excl. Prestaties Huisartsenzorg):				**€**	**-**
Forensisch Medisch Onderzoek (FMO)					
DAG	**Tarief**	**BTW %**	**Factor**	**Totaal**	
Bloed/urine onderzoek			0,44	€ -	
DNA-afname			0,09	€ -	
Slachtoffer- en verdachtenonderzoek geweldsdelicten			0,96	€ -	
Slachtoffer- en verdachtenonderzoek zedendelicten			0,26	€ -	
Letselbeschrijving en -interpretatie incl. fotografie			1,75	€ -	
Forensisch medische onderzoek en advies			0,88	€ -	
Psychiatrie			0,53	€ -	
Voorrijkosten per oproep			3,85	€ -	
Totaal verrichtingen DAG				€	-
ANW	**Tarief**	**BTW %**	**Factor**		
Bloed/urine onderzoek			0,81	€ -	
DNA-afname			0,16	€ -	
Slachtoffer- en verdachtenonderzoek geweldsdelicten			1,79	€ -	
Slachtoffer- en verdachtenonderzoek zedendelicten			0,49	€ -	
Letselbeschrijving en -interpretatie incl. fotografie			3,25	€ -	
Forensisch medische onderzoek en advies			1,63	€ -	
Psychiatrie			0,98	€ -	
Voorrijkosten per oproep			7,15	€ -	
Totaal verrichtingen ANW				€	-
Totaal verrichtingen Forensisch Medisch Onderzoek				**€**	**-**
Totaal dienstverlening				**€**	**-**

DAG:	werkdagen van 08.00 - 18.00 uur
ANW:	de tijdsperiode tussen 18.00 en 08.00 uur en op zaterdag en zondag tussen 08.00 en 18.00 uur, alsmede tussen 08.00 en 18.00 uur op algemeen erkende feestdagen of gelijkgestelde dagen in de zin van de Algemene Termijnenwet.

Note: bij het invullen van het prijzenblad dienen de voorwaarden en eisen als gesteld onder paragraaf 5.6 en paragraaf 6.3 van de Offerteaanvraag in acht te worden genomen. Het niet nakomen van hetgeen gesteld betekent ter zijde legging van de Offerte.

* Zie voor een uitleg het bijbehorende tabblad bij dit Prijzenblad. Deze maakt integraal onderdeel uit van de aanbestedingsdocumenten.

Politiepercelen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Medische Arrestantenzorg (MAZ)										
Apothekersassistent op locatie			**Factor**							
Dagelijkse aanwezigheid apothekersass. 09.00-18.00 (uurtarief) DAG			10,24							
Dagelijkse aanwezigheid apothekersass. 09.00-18.00 (uurtarief) ANW			19,01							
Politiespecifieke dienstverlening	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**
Tarief per ingeslotene per geleverde DAG prestatie	15,75	24,50	16,01	22,75	26,25	28,00	19,25	28,00	21,00	17,50
Tarief per ingeslotene per geleverde ANW prestatie	29,25	45,50	29,74	42,25	48,75	52,00	35,75	52,00	39,00	32,50
Forensisch Medisch Onderzoek (FMO)										
DAG	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**
Bloed/urine onderzoek	0,96	0,53	0,44	0,61	0,44	0,35	0,79	0,35	0,70	0,88
DNA-afname	0,19	0,11	0,09	0,12	0,09	0,07	0,16	0,07	0,14	0,18
Slachtoffer- en verdachtenonderzoek geweldsdelicten	2,12	1,16	0,96	1,35	0,96	0,77	1,73	0,77	1,54	1,93
Slachtoffer- en verdachtenonderzoek zedendelicten	0,58	0,32	0,26	0,37	0,26	0,21	0,47	0,21	0,42	0,53
Letselbeschrijving en -interpretatie incl. fotografie	3,85	2,10	1,75	2,45	1,75	1,40	3,15	1,40	2,80	3,50
Forensisch medische onderzoek en advies	1,93	1,05	0,88	1,23	0,88	0,70	1,58	0,70	1,40	1,75
Psychiatrie	1,16	0,63	0,53	0,74	0,53	0,42	0,95	0,42	0,84	1,05
Voorrijkosten per oproep	8,47	4,62	3,85	5,39	3,85	3,08	6,93	3,08	6,16	7,70
Totaal verrichtingen DAG										
ANW	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**	**Factor**
Bloed/urine onderzoek	1,79	0,98	0,81	1,14	0,81	0,65	1,46	0,65	1,30	1,63
DNA-afname	0,36	0,20	0,16	0,23	0,16	0,13	0,29	0,13	0,26	0,33
Slachtoffer- en verdachtenonderzoek geweldsdelicten	3,93	2,15	1,79	2,50	1,79	1,43	3,22	1,43	2,86	3,58
Slachtoffer- en verdachtenonderzoek zedendelicten	1,07	0,59	0,49	0,68	0,49	0,39	0,88	0,39	0,78	0,98
Letselbeschrijving en -interpretatie incl. fotografie	7,15	3,90	3,25	4,55	3,25	2,60	5,85	2,60	5,20	6,50

Forensisch medische onderzoek en advies	3,58	1,95	1,63	2,28	1,63	1,30	2,93	1,30	2,60	3,25
Psychiatrie	2,15	1,17	0,98	1,37	0,98	0,78	1,76	0,78	1,56	1,95
Voorrijkosten per oproep	15,73	8,58	7,15	10,01	7,15	5,72	12,87	5,72	11,44	14,30
Wegingsfactoren										
Politiespecifieke dienstverlening binnen Medische Arrestantenzorg (MAZ)	45,00	70,00	45,75	65,00	75,00	80,00	55,00	80,00	60,00	50,00
Forensisch Medisch Onderzoek (FMO)	55,00	30,00	25,00	35,00	25,00	20,00	45,00	20,00	40,00	50,00
Totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Bijlage E Aanvullende tabellen

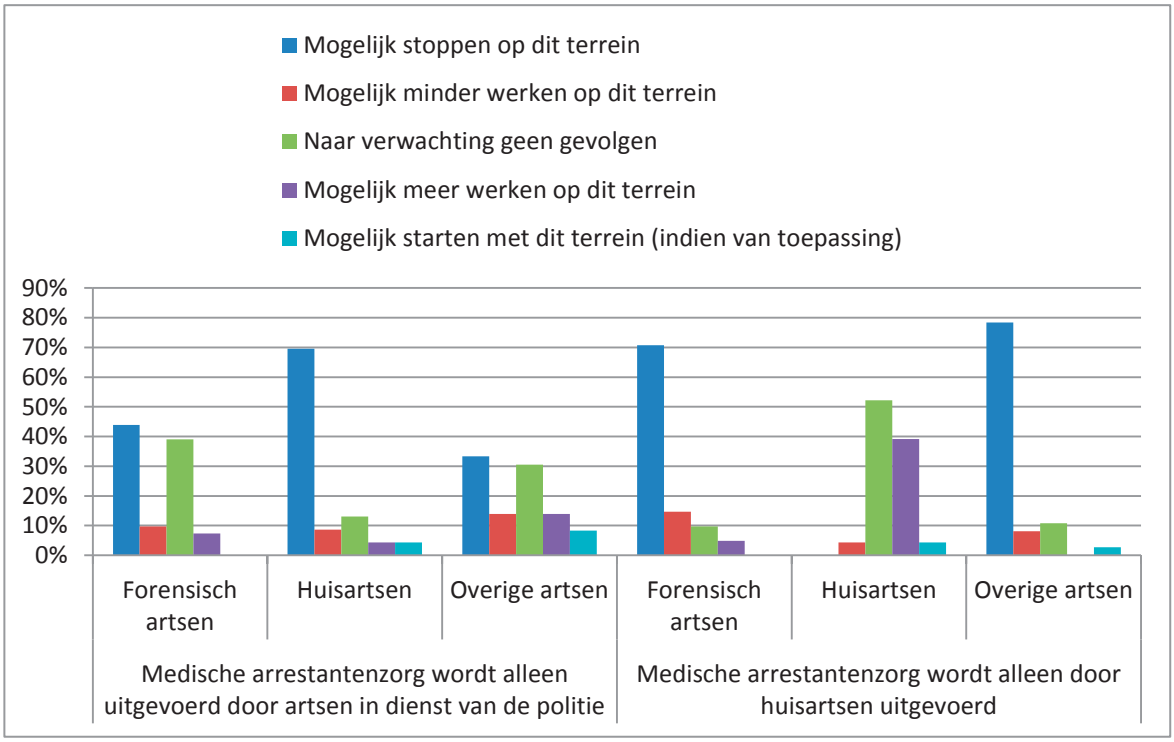
Tabel E.1: Totaal aantal verrichtingen op het terrein van MAZ, FMO en lijkschouw in Nederland in 2016 (gebaseerd op gegevens aangeleverd door 22 GGD'en en 3 private aanbieders inclusief schatting voor 3 ontbrekende organisaties)

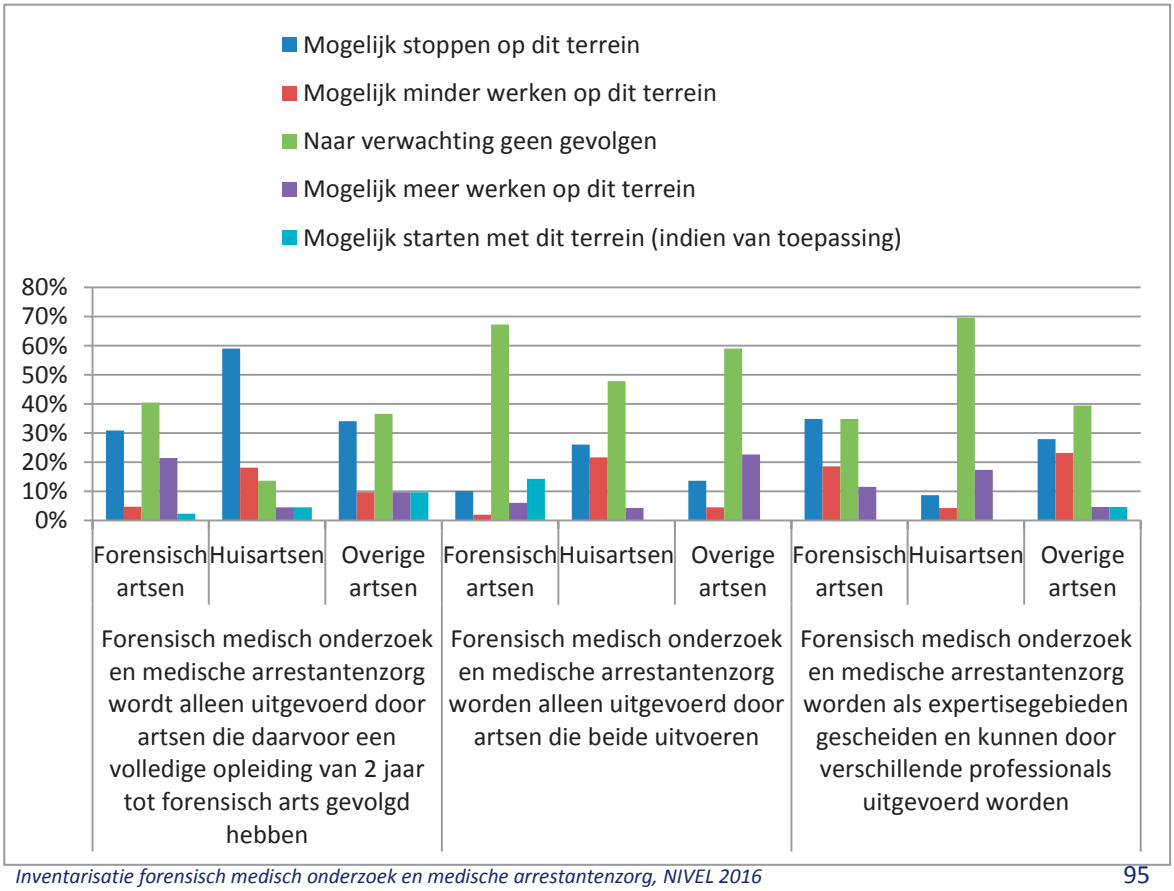
	totaal	gem.	stdev	min	max	N.
Medische arrestantenzorg						
Visite/consult totaal (DAG/ANW)	*23.625*	*945*	*931*	*179*	*4.928*	*25*
Telefonisch consult totaal (DAG/ANW)	*7.604*	*304*	*308*	*9*	*1.495*	*25*
Forensisch Medische Zorg						
Bloed/urine onderzoek totaal (DAG/ANW)	*1.934*	*77*	*55*	*13*	*243*	*25*
DNA afname totaal (DAG/ANW)	*177*	*7*	*15*	*0*	*72*	*25*
Postmortaal onderzoek (DAG/ANW) *	*459*	*18*	*58*	*0*	*278*	*25*
Slachtoffer- en verdachtenonderzoek geweldsd. Totaal (DAG/ANW)	*145*	*6*	*20*	*0*	*99*	*25*
Slachtoffer- en verdachtenonderzoek zeden totaal (DAG/ANW)	*299*	*12*	*12*	*0*	*53*	*25*
Slachtoffer- en verdachtenonderzoek algemeen totaal (DAG/ANW)	*49*	*2*	*6*	*0*	*31*	*25*
Letselbeschrijving en -interpretatie, incl. fotografie totaal (DAG/ANW)	*2.662*	*106*	*211*	*0*	*1.019*	*25*
Forensisch medische onderzoek en advies totaal (DAG/ANW) **	*970*	*39*	*75*	*0*	*333*	*25*
Psychiatrie totaal	*340*	*14*	*36*	*0*	*175*	*25*
Lijkschouw						
Lijkschouw totaal (DAG/ANW) **	*3.223*	*248*	*184*	*83*	*798*	*13*

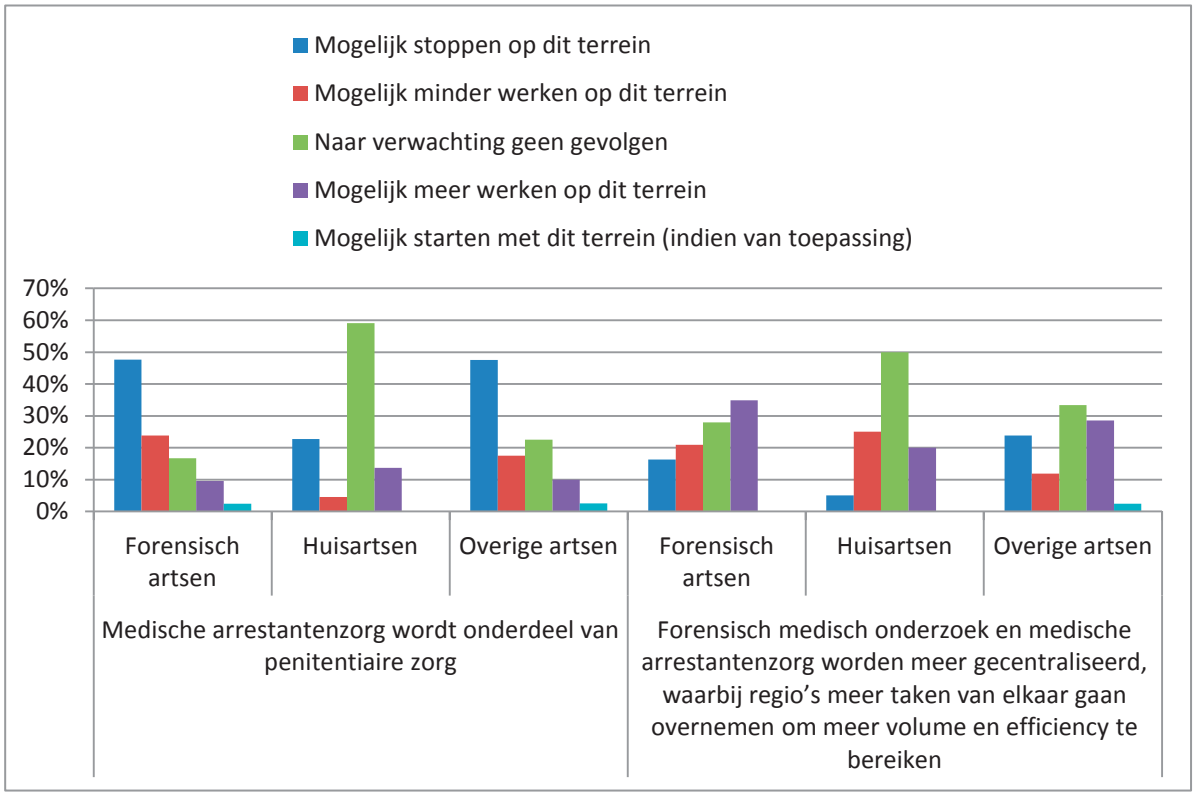
NB cijfers zijn voor Dag- en ANW-diensten gecombineerd, omdat een groot deel van de aanbieders alleen op dit hoogste niveau cijfers heeft aangeleverd.

* Postmortaal onderzoek: Nader onderzoek van een lijk op verzoek van politie/justitie na vaststelling niet-natuurlijke dood
** Omdat niet alle aanbieders lijkschouw aan de rapporteren, mogen we bij dit veld niet ervan uitgaan dat een leeg veld ook betekent dat men geen lijkschouw uitvoert. Om die reden zijn alle waarden voor de lijkschouw berekend met weglating van deze open velden, terwijl open velden voor de andere categorieën op '0' zijn gezet. Het gemiddelde is dan ook berekend voor 13 in plaats van 25 organisaties en zou een stuk lager zijn (nl. 129 per organisatie) als we dit niet hadden gedaan. Voor de totale productie aan lijkschouw maakt het niet uit. Voor de 3 ontbrekende GGD-instellingen weten we niet wat ze ingevuld zouden hebben. Hun waarde is daarom geschat, inclusief nullen, zodat de kans op overschatting het kleinst is.

Figuur E.1: Voorgelegde scenario's aan werkzame professionals over de toekomst van forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw en hun inschatting wat de mogelijke gevolgen hiervan zijn voor hun eigen beschikbaarheid in de toekomst






Mogelijk stoppen op dit terrein
Mogelijk minder werken op dit terrein
Naar verwachting geen gevolgen
Mogelijk meer werken op dit terrein
Mogelijk starten met dit terrein (indien van toepassing)
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
Forensisch artsen
Huisartsen
Overige artsen
Forensisch artsen
Huisartsen
Overige artsen
Medische arrestantenzorg wordt onderdeel van penitentiaire zorg
Forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg worden meer gecentraliseerd, waarbij regio's meer taken van elkaar gaan overnemen om meer volume en efficiency te bereiken

Tabel E.2: Voorgelegde scenario's aan GGD-vertegenwoordigers in de focusgroepen over de toekomst van forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw en hun inschatting wat de mogelijke gevolgen hiervan zijn voor hun eigen organisatie in de toekomst

	Heeft voor ons geen gevolgen	Dit betekent voor ons mogelijk afbouwen of stoppen op dit terrein	Dit betekent voor ons mogelijk groeien of starten op dit terrein	Anders	Totaal
Medische Arrestantenzorg wordt alleen uitgevoerd door artsen in dienst van de politie	3	14	0	3	20
Medische Arrestantenzorg wordt alleen door huisartsen uitgevoerd	4	12	1	3	20
Forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg wordt alleen uitgevoerd door artsen die daarvoor een volledige opleiding van 2 jaar gevolgd hebben	9	5	1	4	19
Forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg worden alleen uitgevoerd door artsen die beide uitvoeren	16	0	1	0	17
Forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg worden als expertisegebieden gescheiden en kunnen door verschillende professionals uitgevoerd worden	5	7	5	6	23
Forensisch Medische Geneeskunde en Penitentiaire Geneeskunde worden gecombineerd	5	1	10	5	21
Forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg worden geconcentreerd waarbij regio's meer taken van elkaar gaan overnemen om meer volume en efficiency te bereiken	3	0	11	4	18

NB soms zijn per scenario meerdere antwoorden of geen van de antwoorden aangekruist

Tabel E.3: Voorgelegde scenario's aan vertegenwoordigers van private organisaties in de focusgroepen over de toekomst van forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw en hun inschatting wat de mogelijke gevolgen hiervan zijn voor hun eigen organisatie in de toekomst

	Heeft voor ons geen gevolgen	Dit betekent voor ons mogelijk afbouwen of stoppen op dit terrein	Dit betekent voor ons mogelijk groeien of starten op dit terrein	Anders	Totaal
Medische Arrestantenzorg wordt alleen uitgevoerd door artsen in dienst van de politie	1	2	0	0	3
Medische Arrestantenzorg wordt alleen door huisartsen uitgevoerd	1	1	1	1	4
Forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg wordt alleen uitgevoerd door artsen die daarvoor een volledige opleiding van 2 jaar gevolgd hebben	2	0	1	1	4
Forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg worden alleen uitgevoerd door artsen die beide uitvoeren	2	0	1	0	3
Forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg worden als expertisegebieden gescheiden en kunnen door verschillende professionals uitgevoerd worden	1	1	1	0	3
Forensisch Medische Geneeskunde en Penitentiaire Geneeskunde worden gecombineerd	1	0	2	0	3
Forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg worden geconcentreerd waarbij regio's meer taken van elkaar gaan overnemen om meer volume en efficiency te bereiken	1	0	2	0	3

NB soms zijn per scenario meerdere antwoorden of geen van de antwoorden aangekruist

Inventarisatie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland

Rapport I voor de Commissie Hoes

Summary

Ronald Batenburg
Johan Hansen

December 2016

ISBN 978-94-6122-450-7
http://www.nivel.nl
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2017; Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum. Auteursrechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, digitale verwerking of anderszins, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het WODC. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld. WODC kent het NIVEL een niet-exclusief en niet-overdraagbaar recht toe de resultaten uit het onderzoeksrapport te gebruiken en openbaar te publiceren.



NIVEL
Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Otterstraat 118-124
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729
www.nivel.nl

Summary

This summary describes the results of the study *"Forensic clinical research and medical care for detainees in the Netherlands"* carried out by NIVEL, in commission of the Research and Documentation Centre WODC. The aim of this study is to describe the supply of forensic clinical research and medical care for detainees in the Netherlands.

In the Dutch system, forensic-medical practice consists of investigating deaths and injuries that occur under unusual or suspicious circumstances, performing forensic post-mortems and providing medical care to detainees. Municipal health service centres in various regions and private companies in the largest cities deliver these forensic-medical services.

For this study the following types of research were conducted between July to October 2016:

- A collection and description of the production numbers among all organisational providers of forensic-medical services;
- A survey among all providers of forensic-medical services regarding the current capacity and policy;
- An online survey among forensic doctors;
- Two focus groups with forensic doctors and employers of forensic-medical organisations.

The first result of this research is that 26 organisations in 2016 provided forensic post-mortems, forensic clinical research and medical care to detainees. Of these, 22 municipal health service centres delivered nearly all these services, four private companies deliver mostly medical care to detainees in the urban areas. The 26 providers jointly employ 242 forensic doctors in The Netherlands, who each work 0,35 FTE on average; a total capacity of 80 FTE. Around 47% of their working time regards the medical care of detainees, 37% post-mortems and the remaining 16% is spent on forensic clinical research. General practitioners also work in the field of medical care of detainees, most of them on small contracts employed by the private companies. The exact number and capacity of this group cannot be estimated.
Although there is no formal collaboration between the providers of forensic-medical services medicine, there is a national and academic coordination through several networks like the professional association of forensic doctors (FMG) and the special chairs at Dutch universities.

Forensic-medical services are contracted by the Dutch police, post-mortems are financed by municipalities. Tender documents show that there is regional variation in pricing and conditions of these services. While contracted by the police, the 22 municipal health services centres are also compensated through congregations. Reimbursement of the medical care for detainees is also provided through the health insurers, but this is not standard procedure.

Surveys among providers of forensic-medical services enabled a description of the production in terms of volumes of forensic clinical research, medical care for detainees and post-mortems. It is estimated that around 31,000 cases of medical care for detainees, 3,223 post-mortems and 7,035 cases of forensic clinical research were executed in 2016. Production numbers differ between public and private providers, which can be explained through regional differences. Private organisations deliver their forensic-medical services mostly in urban areas, the municipal health service centres are located in all Dutch regions.

The survey among forensic doctors shows that forensic post-mortems are considered as their specific competence and legally exclusive task. When it concerns medical care for detainees, half of the forensic doctors believes that this can be provided by other professions as well. Almost all forensic doctors take supplementary training which is usually funded by their employers, but some doctors fund it themselves. In the majority of the organisations that employ forensic doctors protocols and other quality instruments are used. Forensic doctors judge these instruments as valuable and well applicable. It also appeared that forensic doctors who work more hours per week contribute more to academic research and innovation.

Considering the future, forensic doctors expressed several worries and thoughts. A main problem perceived is in the large group of doctors that is planning to retire within the next few years. This expected outflow of capacity will most likely result in high workloads, unfulfilled vacancies and problems planning out of hours shifts. At the same time, organisations are reluctant to train and recruit new forensic doctors as they experience uncertainty with regard to their contracts and the related funding. In addition, forensic doctors work part-time. This is partly due to the nature of the work and partly because of lack of forensic cases in their region. This can lead to disintegration of services and professionals failing to reach their professional quality norms. Forensic doctors also state that quality assurance, innovation and academic growth can be improved.

Besides these empirical results, this study provides several points that should be kept in mind when discussing the supply of forensic-medical services in the Netherlands.
First of all, the experienced barriers with regard to the training and recruitment of new forensic doctors is a major concern. An increased inflow is urgently needed to counteract the expected decrease of the current capacity of forensic doctors. Expanding the working time of the current doctors can only partly resolve as this is not feasible for all forensic doctors and regions.
Secondly, the possibility of a specific registry or recognition of general practitioners that perform forensic-medical services could be explored.
Third, more insight is needed to harmonise the current regional differences in costs and pricing of forensic-medical services. This can contribute to explore more centralised capacity models to organise forensic-medical services.

In terms of recommendations, monitoring the current vulnerable labour market of forensic doctors is required to which the data collected by this study can contribute. A monitor could also be designed to gain insight in the production and quality of forensic-medical services. Analysis of electronic patient records and measuring experiences of clients could feed this. This obviously requires collaboration between the providers of forensic-medical services and their software companies, including standardisation of data and indicators to enable the comparability of production and volume metrics.

Forensic medicine and the forensic-medical services hold a specific, unique and complex place in Dutch society and its legal and healthcare system. Seeking for ways to solve the current problems, it is useful to compare its organisation and governance with other health care sectors. It is not recommended however, to copy solutions one-for-one. Moreover, this study has shown that regional differences are significant in forensic medical services. This should therefore be incorporated in national policy. It will therefore remain a collective challenge for policy makers in ministries, municipalities, the regional police organisations and professionals to achieve a sustainable system of forensic medicine and forensic-medical services in the Netherlands.

Bijlage 7

Doorrekening van het centralisatie-scenario voor forensisch medisch onderzoek en lijkschouw

Rapport II voor de Commissie Hoes

Ronald Batenburg
Simone Versteeg
Johan Hansen
Valentijn van Spijker (SEO)

Juni 2017

ISBN 978-94-6122-451-4
http://www.nivel.nl
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2017; Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum. Auteursrechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, digitale verwerking of anderszins, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het WODC. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld. WODC kent het NIVEL een niet-exclusief en niet-overdraagbaar recht toe de resultaten uit het onderzoeksrapport te gebruiken en openbaar te publiceren.’.

De begeleidingscommissie van dit onderzoek bestond uit:
- Guus Schrijvers (UMC Utrecht), voorzitter
- Kees Das (GGD Amsterdam)
- Janelle Bade (Ministerie van Veiligheid & Justitie)
- Frans Beijaard (Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, WODC)

NIVEL
Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Otterstraat 118-124
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729
www.nivel.nl

Samenvatting

Dit rapport beschrijft de resultaten van een vervolgonderzoek gebaseerd op de vraag van de Commissie Hoes of een 'centralisatie-scenario' uitvoerbaar is voor het garanderen van een adequate organisatie van forensisch medisch onderzoek (FMO) en lijkschouw in Nederland. Het centralisatie-scenario dat onderzocht is voor dit rapport gaat uit van centrale aansturing van de inzet van forensisch artsen en de volgende vijf voorwaarden die de Commissie heeft geformuleerd:

- de forensisch artsen werken binnen één centrale (overheids)organisatie die forensisch medisch onderzoek en lijkschouw levert in het hele land;
- deze organisatie heeft zo min mogelijk locaties (dependances/nevenvestigingen);
- elke forensisch arts besteedt minimaal 16 uur dan wel minimaal 24 uur per week aan forensisch medisch onderzoek en lijkschouw;
- er zijn op elke locatie te allen tijde forensisch artsen beschikbaar (24 uur/dag, 7 dagen per week);
- de aanrijtijd van forensisch artsen is zo kort mogelijk (idealiter tussen de 1 à 2 uur) om service te kunnen garanderen.

Voordat het centralisatie-scenario is onderzocht zijn eerst de kosten van de huidige inrichting en organisatie en de vraag naar forensisch medisch onderzoek en lijkschouw in Nederland bepaald. Op basis van verschillende bronnen kan geconcludeerd worden dat de landelijke uitvoering van FMO naar schatting 2,5 miljoen en lijkschouw 5 miljoen euro op jaarbasis kost. Daarbij gaat het om ongeveer 15.000 FMO-zaken per jaar (met bloed/urine/DNA-afname, letselbeschrijving en zedenonderzoek als belangrijkste onderdelen) en 16.000 lijkschouwen inclusief euthanasiegevallen. Het aantal FMO-zaken en lijkschouwen dat jaarlijks wordt uitgevoerd is ongelijk verdeeld over de politieregio's. Ook als we rekening houden met het aantal inwoners en de urbanisatiegraad van de regio blijven er opvallende verschillen tussen regio's bestaan.
Het aantal FMO-zaken veranderde nauwelijks in de afgelopen jaren, maar het aantal lijkschouwen en vooral het aantal lijkschouwen gerelateerd aan euthanasie steeg jaarlijks fors. Er zal dus in de toekomst eerder sprake zijn van een toenemende, dan van een afnemende vraag naar forensisch artsen in Nederland.

Op basis van de vijf hierboven genoemde voorwaarden is het centralisatie-scenario in twee simulatiemodellen vertaald. Het eerste simulatiemodel is opgesteld om op basis van landelijke locatie- en aanrijtijden-data te berekenen wat de optimale locaties zijn vanuit waar iedere Nederlander gemiddeld binnen twee uur bereikt kan worden. Hierbij zijn inwoners van de Waddeneilanden buiten het model gelaten en is uitgegaan van het meest pessimistische tijdstip om aan te rijden. Uit deze simulatie komen vier locatievarianten naar voren bestaande uit twee, drie en vier optimale locatiecombinaties binnen Nederland. Tevens is een variant doorgerekend waarin een logistiek-optimale uitrijlocatie is berekend binnen elk van de 10 politieregio's in Nederland.

Een tweede simulatiemodel is daarna opgesteld om voor deze vier locatievarianten met twee, drie, vier en tien locaties, door te rekenen hoeveel forensisch artsen er nodig zijn om continue en landelijk te voldoen aan de vraag naar (in totaal ruim 30.000) FMO-zaken en lijkschouwen per jaar. Conform de randvoorwaarden van het centralisatie-scenario is dit gecombineerd met twee tijdsbestedings-varianten: forensisch artsen besteden 16 of 24 uur

per week aan FMO en lijkschouw. De uitkomsten van de in totaal acht varianten kunnen vanuit verschillende doelstellingen worden geïnterpreteerd.

Is het doel de centralisatie met zo min mogelijk locaties in te richten, dan is de uitkomst dat er 249 forensisch artsen op jaarbasis nodig zijn om alle FMO-zaken en lijkschouwen in Nederland te gaan uitvoeren met Tilburg en Lelystad als de logistiek meest optimale uitvalsbasis. Gaan we er vanuit dat forensisch artsen niet 16 maar 24 uur per week aan FMO en lijkschouw besteden, dan is het aantal benodigde artsen flink lager: 166 per jaar.

Is het doel de centralisatie uit te voeren met zo min mogelijk forensisch artsen, dan is de uitkomst van de doorgerekende varianten dat de vier-locatie-combinatie Assen, Leiden, Venlo en Goes het meest optimaal. Besteden forensisch artsen binnen deze variant 16 uur per week aan FMO en lijkschouw dan zijn 225 forensisch artsen op jaarbasis nodig. Is dat 24 uur per week dan is het aantal benodigde artsen 150. Ook kan binnen de doorgerekende varianten gekeken worden naar de laagste gemiddelde aanrijtijd als doel, waarbij duidelijk wordt dat de tien-locatie-varianten hierbij het meest optimaal zou zijn. Daar staat tegenover dat voor deze variant meer forensisch artsen nodig zijn (275 bij 16, en 171 bij 24 uur per week). Ook het deel van de diensttijd dat tussen twee oproepen bestaat is bij de tien-locatie-variant hoger dan bij de twee-, drie- en vier-locatievarianten (42% versus 23%-28%). De invulling van het centralisatie-scenario is dus een kwestie van het afwegen van verschillende doelen, waarbij de verschillende ‘prestaties’ van elke variant tegen elkaar afgewogen moeten worden.

De uitkomsten van de simulaties kunnen ook gelegd worden naast de huidige capaciteit, welke bestaat uit 242 forensisch artsen die gemiddeld 16 uur per week aan FMO en lijkschouw besteden. Deze capaciteit zou op dit moment voldoen voor de hiervoor genoemde drie- en vier-locatie-varianten. Indien het aantal forensisch artsen de komende jaren zal afnemen terwijl de instroom en uitstroom blijft zoals die nu is, zal er over twee jaar echter niet genoeg capaciteit zijn om de gesimuleerde locatie-combinaties te bemensen. Dat zal wel het geval zijn als de tijdsbesteding aan FMO en lijkschouw per forensisch arts zou toenemen van 16 naar 24 uur per week.

Het centralisatie-scenario voor FMO en lijkschouw is, gegeven alle randvoorwaarden en aannamen die gedaan zijn binnen de simulatiemodellen, in theorie uitvoerbaar. Er zijn hierbij verschillende varianten beschikbaar om dit scenario vorm te geven. De varianten die in dit onderzoek zijn doorgerekend geven aan dat de benodigde capaciteit niet extreem afwijkt van de capaciteit die nu beschikbaar is. Hiermee is echter nog niets gezegd over de concrete haalbaarheid van het centralisatie-scenario. Het verkennen en realiseren van het centralisatie-scenario zal tijd, voorbereiding en afstemming vergen waarbij met veel factoren rekening gehouden dient te worden. Een aantal van deze factoren hebben betrekking op de capaciteit, instroom, uitstroom en huidige gewenste/gerealiseerde werktijd per week van de huidige en toekomstige forensisch artsen. Ook dient rekening te worden gehouden met de bestaande taakopvattingen en visies op de forensische geneeskunde het bestaande krachtenveld, en de bestaande organisatie en werksituatie van forensisch artsen. Een verdere verkenning van het centralisatie-scenario vergt dus tijd, investering en aandacht voor niet alleen de technische-rationele, maar ook de sociaal-organisatorische aspecten.

Inhoudsopgave

Inhoud

1.1 Inleiding 6
1.2 Doel 7
1.3 Vraagstellingen 7
2 De huidige situatie en uitgangspunten van het centralisatiescenario 9
2.1 De vraag naar FMO en lijkschouw 9
2.1.1 CBS Statistieken 9
2.1.2 Euthanasie-statistieken 12
2.1.3 De volume-inventarisatie en enquête onder forensisch artsen 13
2.1.4 Conclusie eerste set onderzoeksvragen: deelvraag 1 15
2.2 Veranderingen in de vraag en het volume aan FMO en lijkschouw 16
2.2.1 Trendcijfers ten aanzien van doodsoorzaken en ondervonden geweldsdelicten 16
2.2.2 Trendcijfers ten aanzien van euthanasie 17
2.2.3 Conclusie eerste set onderzoeksvragen: deelvraag 2 18
2.3 Kosten van forensisch medisch onderzoek en lijkschouw 18
2.3.1 Schatting van FMO en lijkschouw kosten op basis van FTE en arbeidskosten 19
2.3.2 Schatting van FMO kosten op basis van productie- en volumecijfers 20
2.3.3 Schatting van lijkschouwkosten op basis productie en volumecijfers 22
2.3.4 Conclusie eerste set onderzoeksvragen: deelvraag 3 24
2.4 Beperkingen bij beantwoording van de eerste set onderzoeksvragen 24
2.5 Conclusies eerste set onderzoeksvragen: deelvragen 1 t/m 3 24
3 Het centralisatie-scenario: uitwerking en uitkomsten 25
3.1 Inleiding 25
3.1 Enkele voor- en nadelen van centralisatie zoals genoemd in de literatuur 26
3.2 Het centralisatie-scenario voor FMO en lijkschouw geoperationaliseerd 27
3.3 Enkele mogelijke implicaties en (meer)kosten van het centralisatiescenario 35
3.4 Conclusies tweede set onderzoekvragen: deelvragen 4 t/m 8 36
4 Conclusies en beperkingen van dit onderzoek 38
4.1 Conclusie 38
4.2 Aandachtspunten, aannames en vervolgonderzoek 39
Bijlage 1 42
Bijlage 2 43

1 Inleiding, doel- en vraagstelling

1.1 Inleiding

In het najaar van 2016 waren 26 organisaties actief op het terrein van het forensisch medisch onderzoek (FMO), medische arrestantenzorg (MAZ) en/of lijkschouw; 22 GGD-instellingen verspreid over heel Nederland, en 4 private aanbiedersgevestigd in de Randstad. Naar schatting zijn 242 forensisch artsen werkzaam bij de 26 organisaties, voor gemiddeld 0,35 FTE per persoon, oftewel 85 FTE in totaal. Een groot deel van de tijd wordt besteed aan avond-, nacht- en weekend (ANW)-diensten. Verdeeld over de drie deelterreinen besteedt men tijdens kantooruren gemiddeld 16% van de tijd aan FMO, 47% aan MAZ en 37% aan lijkschouw, exclusief overige activiteiten. Daarnaast zijn in de forensische geneeskunde ook niet-forensisch artsen actief, met name huisartsen werkend voor private aanbieders op het terrein van medische arrestantenzorg.

Het bovenstaande was één van de hoofdconclusies van het onderzoek het NIVEL dat beschreven is in het rapport "*Inventarisatie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland*". Mede als vervolg hierop heeft de Commissie Hoes de contouren geschetst van een 'centralisatie-scenario' om de voorwaarden voor de kwaliteit van de inzet van de forensisch arts voor forensisch medisch onderzoek (FMO) en lijkschouw te verbeteren. Dit scenario gaat uit van een centrale (overheids-)organisatie die de inzet van forensisch artsen coördineert om FMO en lijkschouw op continue basis te leveren voor heel Nederland. Medische arrestantenzorg (MAZ) dat ook tot het takenpakket van de forensische geneeskunde kan worden gerekend, wordt in dit scenario buiten beschouwing gelaten. Voor deze keuze wordt verwezen naar de rapportage van de Commissie.

De Commissie Hoes heeft een aantal randvoorwaarden geformuleerd waaraan het centralisatie-scenario getoetst dient te worden. Deze worden samengevat in box 1.

1. *De forensisch artsen werken binnen één centrale (overheids)organisatie die forensisch medisch onderzoek en lijkschouw levert in het hele land;*
2. *De organisatie heeft zo min mogelijk dependances/nevenvestigingen;*
3. *Elke forensisch arts besteedt minimaal 16 uur dan wel minimaal 24 uur per week aan forensisch medische zorg en lijkschouw;*
4. *Er zijn permanent forensisch artsen beschikbaar (24 uur/dag, 7 dagen per week);*
5. *De aanrijtijd van forensisch artsen is zo kort mogelijk (idealiter tussen de 1 à 2 uur) om service te kunnen garanderen.*

Box 1: De randvoorwaarden voor het centralisatie-scenario, zoals geformuleerd door Commissie Hoes

Aan het NIVEL is gevraagd vervolg te geven aan de eerdere rapportage, en de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van het geschetste centralisatie-scenario te toetsen. De centrale vraag is of het mogelijk is landelijk de inzet van forensisch artsen te coördineren om zodoende aan de vraag naar FMO en lijkschouw te voldoen gegeven de randvoorwaarden zoals geformuleerd in box 1. Tevens is de vraag wat de mogelijke voor- en nadelen van een dergelijke scenario zijn en hoe deze zich verhouden tot de kosten die gepaard gaan met de landelijke uitvoering van FMO

en lijkschouw in Nederland. Het NIVEL heeft dit onderzoek uitgevoerd in samenwerking met de Stichting Economisch Onderzoek (SEO).

Dit rapport is dus een vervolg op het eerder verschenen NIVEL-rapport "*Inventarisatie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg in Nederland*". Naar dit rapport wordt hier verwezen als Rapport I, conform de ondertitel '*Rapport I voor de Commissie Hoes*'. Daarom draagt dit rapport de ondertitel '*Rapport II voor de Commissie Hoes*'.

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 worden de benodigde cijfers en informatie beschreven die als input dienen voor het ontwerp van de centralisatie-scenario's. Na een theoretische uiteenzetting van de voor- en nadelen van de centralisatie van diensten, wordt in hoofdstuk drie een aantal varianten van het centralisatie-scenario nader uitgewerkt in een simulatiemodel. Voor een aantal modelvarianten wordt berekend wat de benodigde capaciteit aan forensisch artsen op jaarbasis is en welke locaties de nieuwe uitvalsbasis zouden kunnen zijn. Daarnaast wordt berekend wat de gemiddelde aanrijtijd van de varianten is en wat het aandeel tijd zal zijn dat tussen twee oproepen betstaat. Hoofdstuk vier vat de eindconclusie en de aannames van het onderzoek samen.

1.2 Doel

Hoofddoel van dit onderzoek is het doorrekenen van de uitvoerbaarheid van het centralisatie-scenario voor het garanderen van een adequate organisatie voor FMO en lijkschouw in Nederland. Door de ontwikkeling van een simulatiemodel zal de haalbaarheid van verschillende centralisatie-varianten worden onderzocht. Daarnaast zal een beknopte sterkte-zwakte analyse worden opgesteld, die enkele meeropbrengsten en kosten van de centralisatie van forensisch medisch onderzoek (FMO) en lijkschouw, t.o.v. de huidige situatie en organisatie, in kaart brengt.

1.3 Vraagstellingen

Om het centralisatie-scenario op uitvoerbaarheid te onderzoeken zijn door de Commissie Hoes twee sets van onderzoeksvragen opgesteld.

De eerste set van onderzoeksvragen omvat een inventarisatie van de vraag naar FMO en lijkschouw, zoals geleverd door forensisch artsen in Nederland, en de huidige kosten daarvan. De drie onderzoeksvragen die aan NIVEL/SEO gesteld zijn luidden:

1. *Hoeveel vraag is er per politie-eenheid naar forensisch medisch onderzoek (in opdracht van politie of OM) en lijkschouw door forensisch artsen?*
2. *In hoeverre moet rekening worden gehouden met schommelingen in de vraag naar forensisch medisch onderzoek en lijkschouw per politie-eenheid?*
3. *Wat kost het huidige FMO en lijkschouw en welke bedragen staan er voor deze taken op de begrotingen van de belangrijkste partijen (ministeries, de politie, gemeente(n) en het Openbaar Ministerie)?*

De antwoorden op deze vragen vormen input voor de tweede set van onderzoeksvragen die het centralisatie-scenario zélf betreffen. Het betreft hier de mogelijke inrichting van een centralisatie-scenario waarbij de optimale locaties en de benodigde inzet van forensisch artsen

voor FMO en lijkschouw op deze locaties middels simulatiemodellen worden berekend. Voor wat betreft lijkschouw blijft daarbij onverlet dat lijkschouw een gemeentelijke taak is, en gemeenten bepalen waar deze taak wordt gepositioneerd. In dit onderzoek wordt er dus vanuit gegaan dat de forensisch arts zowel FMO als lijkschouw doet. Beide taken kunnen in één persoon verenigd zijn, maar de 'opdrachtgever' van beide kan de facto een ander zijn. Hiervan wordt in dit onderzoek geabstraheerd. Leidend voor deze tweede set vragen zijn de randvoorwaarden zoals weergegeven in box 1 met als doel te komen tot een schatting van de benodigde beschikbaarheid en inzetbaarheid van forensisch artsen voor FMO en lijkschouw om dit centralisatie-scenario te realiseren.

De tweede set van onderzoeksvragen luidden:

4. *Hoeveel forensisch artsen zijn er nodig voor het centralisatie-scenario, waarbij FMO en lijkschouw voor heel Nederland wordt voorzien conform de voorwaarden dat:*
    a. *forensisch artsen continu ('24x7') beschikbaar zijn voor heel Nederland hetgeen door één centrale organisatie wordt gecoördineerd;*
    b. *elke forensisch arts minimaal 16 dan wel minimaal 24 uur per week aan FMO en lijkschouw besteed;*
    c. *elke forensisch arts binnen een korte aanrijtijd van bij voorkeur 1 uur ter plaatse zal zijn?*
5. *Hoeveel fte per forensisch arts is in het centralisatie-scenario bovenop de 0,4 nodig voor alle kwaliteitsaspecten, zoals bijscholing, intervisie, onderzoek e.d.?*
6. *Gegeven de antwoorden op vraag 1 en 2, op welke locaties zouden in dit centralisatie-scenario forensisch artsen geografisch gezien het beste gelokaliseerd/gehuisvest kunnen worden?*
7. *Gegeven de antwoorden op vraag 4, 5 en 6:*
    a. *Wat zijn naar schatting de meerkosten van het centralisatie-scenario ten opzichte van de huidige kosten c.q. begrote bedragen (zie vraag 3 van vragenset 1 hierboven) en waar bestaan die meerkosten uit?*
    b. *Wanneer de randvoorwaarden a) b) en c) van het centralisatie-scenario, zoals in vraag 4 benoemd, aangepast worden door te rekenen met langere aanrijtijden en/of langere werktijden van forensisch artsen, wat zijn dan de meerkosten?*
8. *Kan, gegeven de antwoorden op de voorgaande vragen, met het centralisatie-scenario op een adequate wijze voldaan worden aan de vraag en de (varianten in de) randvoorwaarden, en is er sprake van een haalbaar en in de praktijk uitvoerbaar model?*

2 De huidige situatie en uitgangspunten van het centralisatiescenario

In dit hoofdstuk beantwoorden we de eerste set van onderzoeksvragen. We gaan ten eerste in op de omvang van FMO en lijkschouw zoals geleverd door forensisch artsen in Nederland. Daarna zal worden ingegaan op de kosten van deze diensten.

2.1 De vraag naar FMO en lijkschouw

Deelvraag 1 van de eerste set onderzoeksvragen luidt:

> *Hoeveel vraag is er per politie-eenheid naar forensisch medisch onderzoek (in opdracht van politie of OM) en lijkschouw door forensisch artsen?*

Er zijn verschillende bronnen gebuikt om deze vraag te beantwoorden. Voor een deel zijn deze verzameld in het onderzoek waarvoor wij verwijzen naar rapport I, daarnaast is gebruik gemaakt van andere secundaire bronnen.

2.1.1 CBS Statistieken

Om een indicatie te geven van de potentiële vraag naar FMO en lijkschouw per politieregio zijn twee soorten statistieken van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) van belang. Dit zijn ten eerste de doodsoorzaken-statistieken en ten tweede de cijfers uit de integrale veiligheidsmonitor.

Doodsoorzaken-statistieken

De data die het CBS over doodsoorzaken publiceert zijn gedownload vanuit Statline en bewerkt om cijfers per politieregio en per jaar te kunnen presenteren. We presenteren allereerst tabel 1, waarin de absolute aantallen inwoners, sterfgevallen, sterfgevallen met uitwendige oorzaak[1], en de verhoudingscijfers voor 2015 per politieregio worden gepresenteerd. De politieregio's zijn in de tabel geordend naar het aantal inwoners.

[1] De categorie 'uitwendige doodsoorzaken' betreft niet-natuurlijke doodsoorzaken, te weten: ongevallen, zelfdoding, moord en doodslag, gebeurtenissen waarvan opzet onbekend is en overige uitwendige oorzaken van sterfte (volgens classificatielijst ICD-10: codes V01-Y89). Hierbij moet vermeld worden dat forensisch artsen meer sterfgevallen onderzoeken zonder, dan met een niet-natuurlijk doodszaak.

Tabel 1: Aantallen inwoners, sterfgevallen en sterfgevallen met uitwendige oorzaak in 2015, naar politieregio

Politieregio	Aantal inwoners	Aantal sterf-gevallen totaal	Aantal sterfgevallen met doods-oorzaak uitwendig	Aantal sterf-gevallen per 100.000 inwoners	Aantal sterfgevallen met doodsoorzaak uitwendig, per 100.000 inwoners
Oost-Nederland	3.167.230	27.875	1.349	880,1	42,6
Midden-Nederland	1.911.860	14.411	784	753,8	41,0
Den Haag	1.836.621	14.936	772	813,2	42,0
Rotterdam	1.763.390	15.349	750	870,4	42,5
Noord-Nederland	1.718.775	16.515	742	960,9	43,2
Noord-Holland	1.506.755	13.283	749	881,6	49,7
Zeeland - West-Brabant	1.471.291	13.805	620	938,3	42,1
Oost-Brabant	1.398.186	12.064	568	862,8	40,6
Limburg	1.117.941	11.814	502	1.056,8	44,9
Amsterdam	1.008.677	7.082	405	702,1	40,2
Totaal	16.900.726	147.134	7.241	870,6	42,8

Bron: CBS Doodsoorzaken-statistieken.

Tabel 1 laat zien dat er in 2015 jaarlijks 147.134 sterfgevallen waren waarvan 7.241 (5%) een uitwendige oorzaak hadden. Het absolute aantal sterfgevallen is het hoogst in de politieregio Oost-Nederland. Gecontroleerd voor het aantal inwoners, heeft de politieregio Limburg de hoogste 'sterfgevallen-dichtheid', daarna de regio's Noord-Nederland en Zeeland - West-Brabant. Kijken we naar de sterfgevallen met een uitwendige doodsoorzaak, dan komt Noord-Holland als regio naar voren waarin dit het hoogst is.
De regioverschillen zijn wat betreft sterfgevallen met een uitwendige doodsoorzaak per 100.00 inwoners gering, maar voor het totaal aantal sterfgevallen per 100.000 inwoners zijn de verschillen tussen de regio's groter. Nader onderzoek is nodig om te achterhalen welke factoren deze verschillen verklaren, waarbij gedacht kan worden aan regionale verschillen in vergrijzing en gezondheid binnen Nederland.

Een andere relevante analyse is de verdeling van alle sterfgevallen in Nederland over de politieregio's. Dit geeft een indicatie van de kans om in een regio een sterftegeval (al dan niet met uitwendige doodsoorzaak) te treffen. Tabel 2 geeft dit inzicht; de regio's zijn hier gesorteerd op het percentage inwoners dat zij hebben.

Tabel 2: Procentuele verdeling van het totaal aantal inwoners, sterfgevallen en sterfgevallen met uitwendige oorzaak in Nederland in 2015, naar politieregio

Politieregio	Inwoners	Sterfgevallen	Sterfgevallen met doodsoorzaak uitwendig
Oost-Nederland	18,7%	18,9%	18,6%
Midden-Nederland	11,3%	9,8%	10,8%
Den Haag	10,9%	10,2%	10,7%
Rotterdam	10,4%	10,4%	10,4%
Noord-Nederland	10,2%	11,2%	10,2%
Noord-Holland	8,9%	9,0%	10,3%
Zeeland - West-Brabant	8,7%	9,4%	8,6%
Oost-Brabant	8,3%	8,2%	7,8%
Limburg	6,6%	8,0%	6,9%
Amsterdam	6,0%	4,8%	5,6%
Totaal	100%	100%	100%

Bron: CBS Doodsoorzaken-statistieken.

Uit tabel 2 wordt duidelijk dat de verdeling van het totaal aantal inwoners in Nederland over de 10 politieregio's overeen komt met de verdeling van het totaal aantal sterftegevallen en sterftegevallen met een uitwendige doodsoorzaak. Oost-Nederland is de regio met veruit de meeste inwoners, en daar vinden ook de meeste sterfgevallen plaats. Deze regio kent echter geen bovengemiddelde 'dichtheid' aan sterftegevallen met een uitwendige doodsoorzaak per 100.000 inwoners (zie tabel 1).

Integrale veiligheidsmonitor

Naast de statistieken over het aantal sterfgevallen is tevens de integrale veiligheidsmonitor van het CBS geraadpleegd. Deze monitor biedt gegevens over het aantal ondervonden geweldsdelicten per inwoner. In de onderstaande tabel zijn gegevens uit deze bron doorgerekend naar het aantal ondervonden geweldsdelicten per politieregio. 2011 is hiervoor het laatst beschikbare jaar. Dit houdt dus in dat deze cijfers meer gedateerd zijn dan de doodsoorzaken-statistieken. We presenteren in tabel 3 drie typen geweldsdelicten die van belang zijn voor FMO: seksueel delicten, mishandelingen en bedreigingen. In het totaalcijfer zijn tevens enkele kleinere categorieën geweldsdelicten meegenomen. De politieregio's zijn gerangschikt naar de laatste kolom; het absolute aantal geweldsdelicten per 100.000 inwoners.

Tabel 3: Ondervonden geweldsdelicten door inwoners in 2011, naar politieregio

Politieregio	Seksuele delicten	Mishandeling	Bedreiging	Geweldsdelicten totaal*	Geweldsdelicten totaal per 100.000 inwoners
Oost-Nederland	64.168	28.180	144.146	245.448	14.896
Rotterdam	35.943	27.034	103.994	166.490	10.499
Zeeland - West-Brabant	30.571	24.429	67.872	121.797	10.404
Midden-Nederland	37.311	20.123	102.479	159.913	9.835
Den Haag	45.042	28.142	108.486	182.434	9.100
Noord-Nederland	40.656	15.820	72.223	128.699	7.492
Noord-Holland	29.899	15.820	70.543	119.758	6.156
Oost-Brabant	20.137	19.795	64.744	104.676	5.612
Amsterdam	25.868	13.413	70.897	110.178	5.257
Limburg	21.845	15.901	48.254	86.000	4.062
Totaal	351.440	208.657	853.638	1.425.393	83.313

Bron: Integrale veiligheidsmonitor. * Totalen inclusief enige kleinere categorieën geweldsdelicten.

Uit tabel 4 blijkt dat het absolute aantal geweldsdelicten het hoogst is in de politieregio Oost-Nederland, en het laagst in de politieregio Limburg. Van de drie typen geweldsdelicten werden bedreigingen in alle regio's het meeste ondervonden. Afgerond 60% van alle ervaren geweldsdelicten in Nederland bestonden uit bedreigingen, 25% uit seksuele delicten en 15% uit mishandelingen. Deze verdeling verschilt licht tussen regio's. In de Randstedelijke politieregio's (Rotterdam, Amsterdam en Midden Nederland) is het aandeel bedreigingen met 64% wat hoger, in Noord-Nederland geldt dat voor het aandeel seksuele delicten (32%).

2.1.2 Euthanasie-statistieken

De vraag naar forensisch medisch onderzoek en lijkschouw door forensisch artsen wordt mede bepaald door het aantal euthanasiegevallen wat zich jaarlijks voordoet. In tegenstelling tot de reguliere (eerstelijns) lijkschouw, is lijkschouw bij euthanasie enigszins planbaar gezien het feit dat er sprake is van geïnduceerd overlijden. Forensisch artsen worden van te voren op de hoogte gebracht dat zij binnen een bepaald tijdsbestek op locatie worden verwacht.
Cijfers omtrent het aantal euthanasiegevallen worden gepubliceerd door de Regionale Toetsingscommissies Euthanasie[2]. Deze Toetsingscommissies hanteren een andere landelijke regio-indeling dan de politieregio-indeling, namelijk vijf regio's waarin provinciegebieden zijn samengenomen. Tabel 4 weergeeft het aantal meldingen van euthanasiegevallen in 2016, naar regio in absolute termen en per 100.000 inwoners[3].

[2] Bron: https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg/p/p-2016.
[3] Ter validatie van het aantal euthanasiemeldingen is het aantal euthanasieverzoeken dat Nederlandse huisartsen binnen de NIVEL zorgregistratie eerste lijn (zie www.nivel/nl/NZR) geraadpleegd. Ook deze registratie vermeldt dat alle euthanasieverzoeken zijn gemeld aan de Toetsingscommissies.

Tabel 4 Euthanasie-meldingen in 2016, naar Toetsingscommissie-regio

Regio	Euthanasie-meldingen	Euthanasie-meldingen per 100.000 inwoners
Noord-Holland	1.463	53
Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland	1.529	31
Noord-Brabant en Limburg	1.233	34
Zuid-Holland en Zeeland	1.287	32
Groningen, Friesland, Drenthe en BES(Bonaire, Saba en Sint Eustatius)	579	33
Totaal	6.091	36

Bron: Jaarverslag Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (2016).

Uit tabel 4 blijkt dat de meeste euthanasie-meldingen gedaan zijn in de regio Noord-Holland en de regio Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland. De Noordelijke gebieden en Caribisch Nederland (BES-eilanden) kennen het minste aantal euthanasie-meldingen.
Per 100.000 inwoners werd in 2016 gemiddeld 36 maal euthanasie in Nederland gemeld. Uit dit relatieve cijfer blijkt hoe afwijkend de regio Noord-Holland hierop scoort, namelijk 53 op de 100.000 inwoners. Dit is een regionaal verschil dat nader onderzoek verdient en waarmee voor de vraag naar forensisch artsen rekening gehouden moet worden.

2.1.3 De volume-inventarisatie en enquête onder forensisch artsen

De volume-inventarisatie onder de aanbieders

Om de huidige volumes per politieregio te beschrijven zijn gegevens gebruikt die in het najaar van 2016 in samenwerking met de politie zijn opgevraagd bij alle organisaties waarmee de politie contracten heeft gesloten voor het leveren van FMO- en MAZ-diensten. Van al deze aanbieders is bekend in welke politieregio zij FMO en MAZ leveren[4] en hoeveel zaken zij in de eerste twee kwartalen van 2016 op verzoek van de politie hadden uitgevoerd. Ook lijkschouw was in deze gegevens opvraag meegenomen, maar deze cijfers zijn incompleet omdat lijkschouw niet door de politie maar door de gemeente gecontracteerd en gefinancierd wordt[5]. Voor de methode en opbrengsten van de gegevensaanvraag verwijzen we naar paragraaf 2.2 van rapport I.

De cijfers die met de volume-inventarisatie (zie rapport deel I) zijn verzameld zijn een indicatie voor de vraag naar forensisch diensten in termen van de productie van de contractanten per politieregio. Net als in de voorgaande analyses van de CBS-data, gaan we na hoe alle zaken in Nederland over de politieregio's zijn verdeeld. Op die manier kan geverifieerd worden of de verdeling van het aantal FMO-zaken per regio, net als het aantal (uitwendig veroorzaakte) sterftegevallen, gelijk oploopt met het inwoneraantal. Tabel 5 toont de uitkomsten. De regio's zijn gesorteerd op het percentage totaal aantal FMO-zaken. We hebben ons beperkt tot de vier soorten FMO-zaken die het vaakst worden uitgevoerd in opdracht van de politie, te weten; bloed/urine onderzoek, DNA afname, slachtoffer- en verdachtenonderzoek en letselbeschrijving en interpretatie (incl. fotografie).

[4] Dit is door de aanbieders aangegeven in de organisatievragenlijst die (onder andere in samenwerking van GGD/GHOR Nederland) ook in het najaar van 2016 is uitgezet. Zie paragraaf 3.3 van rapport I.
[5] Uiteraard kan de politie wel om lijkschouw verzoeken, en gaven een aantal aanbieders in de gegevensaanvraag ook aan hoeveel lijkschouwen zij per kwartaal van 2016 hadden verricht.

Tabel 5: Procentuele verdeling van het totale volume van een viertal FMO-zaken in 2016, naar politieregio

Politieregio	Bloed/urine onderzoek	DNA afname	Slachtoffer- en verdachten-onderzoek	Letselbeschrijving en -interpretatie, incl. fotografie	Totaal
Rotterdam	7%	28%	18%	26%	18%
Amsterdam	11%	17%	16%	21%	16%
Oost-Nederland	11%	6%	14%	11%	11%
Noord-Nederland	11%	4%	12%	10%	10%
Noord-West-Holland	11%	14%	13%	6%	9%
Midden-Nederland	8%	5%	8%	10%	9%
Limburg	6%	5%	9%	10%	8%
Den Haag	14%	17%	0%	1%	7%
Oost-Brabant	14%	5%	4%	2%	7%
Zeeland - West-Brabant	6%	0%	7%	3%	5%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: Opgave van de aanbieders gecontracteerd door de politie -contracten voor FMO in de regio's.

De regio die in tabel 2 eruit sprong, Oost-Nederland, wordt nu voorgegaan door de regio's Rotterdam en Amsterdam. In beide Randstedelijke regio's wordt 18% en 16% van de totaalsom van FMO-zaken gedaan. Dit heeft vooral te maken met het grotere aantal en aandeel DNA-afnamen en letselbeschrijvingen dat in deze regio's wordt uitgevoerd. Uit de voorgaande tabellen kon al afgeleid worden dat het aantal inwoners direct samenhangt met het aantal sterfgevallen binnen de regio. In het geval van de Randstedelijke komt daar FMO en de lijkschouw met betrekking tot de niet-inwoners (toeristen en immigranten) bovenop.

De enquête onder forensisch artsen

In het najaar van 2016 zijn tevens gegevens verzameld door middel van een enquête onder forensisch artsen (zie paragraaf 3.4 van rapport I). Eén van de vragen was hoeveel FMO-zaken en lijkschouwen zij in één maand (augustus 2016) hadden gedaan. Ook is in de enquête gevraagd hoeveel uren per week zij besteden aan FMO en lijkschouw en in welke politieregio's zij werkzaam zijn. Op basis van het aantal uren (kantooruren plus uren aan diensten) is het aantal FTE per forensisch arts berekend, uitgaande van 38 uur als een fulltime aanstelling oftewel 1 FTE. Van de 242 werkzame forensisch artsen in Nederland (zie voor de berekening van dit aantal hoofdstuk 3 van rapport I) hebben 95 gereageerd op de enquête. De antwoorden van deze responsgroep is gewogen naar het populatieniveau. De wegingsfactoren zijn afgeleid uit de hiervoor genoemde organisatie-enquête onder aanbieders, die daarin aangaven hoeveel forensisch artsen zij in 2016 in dienst hadden en in welke regio's zij op het terrein van FMO en lijkschouw actief zijn.

Tabel 6 presenteert hoe de productievolumes die op basis van deze bron zijn berekend verdeeld zijn over de 10 politieregio's. De regio's zijn gesorteerd op het percentage totaal aantal FMO-zaken en lijkschouwen dat de forensisch artsen volgens eigen opgave zelf in de maand augustus 2016 hebben verricht.

Tabel 6: Procentuele verdeling van de capaciteit aan forensisch artsen en het totaal FMO-zaken en lijkschouwen dat zij deden in augustus 2016, naar politieregio

Politieregio	FTE forensisch artsen die FMO-zaken doen	FTE forensisch artsen die lijkschouw doen	Totaal FMO-zaken	Totaal lijk-schouwen	Totaal FMO-zaken plus lijkschouwen
Midden-Nederland	24%	23%	15%	21%	19%
Rotterdam	12%	7%	12%	16%	14%
Amsterdam	8%	7%	20%	9%	13%
Oost-Nederland	11%	21%	9%	13%	12%
Noord-West-Holland	5%	7%	11%	8%	9%
Noord-Nederland	10%	11%	9%	8%	8%
Oost-Brabant	9%	7%	7%	8%	8%
Den Haag	3%	5%	5%	6%	6%
Limburg	11%	5%	6%	6%	6%
Zeeland - West-Brabant	6%	7%	5%	5%	5%
TOTAAL	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: Enquête onder de forensisch artsen in het najaar van 2016 werkzaam in de regio's.

De volgorde van de regio's komt redelijk overeen met die in tabel 2 en 5. Ook nu vindt het grootste aandeel van 'de productie' plaats in de Randstedelijke-regio's Midden-Nederland, Amsterdam en Rotterdam. De forensisch artsen in Midden-Nederland doen relatief veel (19%) van de FMO-zaken en lijkschouwen (21%). De forensisch artsen werkzaam in de regio Zeeland – West-Brabant hebben het kleinste aandeel in FMO-zaken en lijkschouwen. Het is daarnaast interessant dat de capaciteitsverdeling van forensisch artsen over de regio's niet helemaal strookt met de productieverdeling. Zo heeft regio Amsterdam een laag aandeel in de capaciteit van forensische artsen (7 à 8%) vergeleken met het hoge aandeel dat deze regio heeft in alle FMO-zaken en lijkschouwen en FMO-zaken. In de regio Oost-Nederland is een relatief percentage van de forensische capaciteit werkzaam ten opzichte van het productie-aandeel dat deze regio heeft in het totaal aantal lijkschouwen.

2.1.4 Conclusie eerste set onderzoeksvragen: deelvraag 1

Het antwoord op deelvraag 1: *"Hoeveel vraag is er per politie-eenheid naar forensisch medisch onderzoek (in opdracht van politie of OM) en lijkschouw door forensisch artsen?"* kan als volgt worden samengevat:

- Het totaal aantal te verwachten sterfgevallen per politieregio is grotendeels afhankelijk van het aantal inwoners van die regio. Regio's met hoge inwonersaantallen, zoals Oost-Nederland en Midden-Nederland, kennen ook meer vraag naar forensisch medisch onderzoek en lijkschouw door forensisch artsen.
- In de Randstedelijke regio's vinden relatief meer geweldsdelicten plaats hetgeen een effect heeft op de vraag naar FMO en lijkschouw.
- Meer dan 6.000 euthanasiegevallen vonden in 2016 plaats, in absolute termen het meest in de provincies Noord-Holland, Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland. In relatieve termen, per 100.000 inwoners, springt het hoge aantal euthanasie-meldingen in de regio Noord-Holland in het oog.

- Uit de enquête onder forensisch artsen en de volume-inventarisatie bij aanbieders die in rapport I zijn beschreven, blijkt dat in de politieregio's Midden-Nederland, Rotterdam en Amsterdam het hoogste aandeel FMO-zaken en lijkschouwen wordt uitgevoerd.

2.2 Veranderingen in de vraag en het volume aan FMO en lijkschouw

In deze paragraaf beantwoorden we de volgende deelvraag van dit onderzoek:
In hoeverre moet rekening worden gehouden met (sterke) schommelingen in de vraag naar forensisch medisch onderzoek en lijkschouw per politie-eenheid?

Ter beantwoording van deze deelvraag zijn dezelfde bronnen gebruikt als voor de eerste deelvraag, maar nu analyseren we de *tijdreeksen* van verschillende indicatoren. Alleen de indicatoren waarvan tijdreeksdata beschikbaar was worden in deze paragraaf beschreven.

2.2.1 Trendcijfers ten aanzien van doodsoorzaken en ondervonden geweldsdelicten

De twee statistiekbronnen van het CBS, de doodsoorzaken-statistieken en de integrale veiligheidsmonitor worden jaarlijks verzameld zodat deze ook over de tijd heen geanalyseerd kunnen worden.

Doodsoorzaken-statistieken

De trend die te zien is in de doodsoorzakenstatistieken staat in tabel 7 weergeven. Deze tabel is hetzelfde opgebouwd als tabel 1, maar nu zijn de regio's gesorteerd naar de procentuele verandering in het inwoneraantal.

Tabel 7: Procentuele verandering van het aantal inwoners, sterfgevallen, sterfgevallen met uitwendige oorzaak tussen 2010 en 2015, naar politieregio

Politieregio	Inwoners	Sterfgevallen totaal	Sterfgevallen met doodsoorzaak uitwendig	Sterfgevallen per 100.000 inwoners	Sterfgevallen met doodsoorzaak uitwendig, per 100.000 inwoners
Amsterdam	+7%	+3%	+8%	-4%	+1%
Den Haag	+3%	+14%	+27%	+10%	+23%
Midden-Nederland	+3%	+13%	+30%	+9%	+26%
Rotterdam	+3%	+13%	+36%	+10%	+32%
Oost-Brabant	+2%	+15%	+30%	+13%	+28%
Noord-Holland	+2%	+22%	+69%	+20%	+66%
Zeeland - West-Brabant	+1%	+9%	+19%	+8%	+17%
Oost-Nederland	+1%	+8%	+34%	+7%	+32%
Noord-Nederland	+0%	+16%	+32%	+16%	+31%
Limburg	-0%	+13%	+20%	+13%	+20%
Totaal	+2%	+12%	+31%	+10%	+28%

Bron: CBS Doodsoorzaken-statistieken.

De regio Amsterdam kende met bijna 7% de relatief grootste stijging van het inwoneraantal tussen 2010 en 2015. Regio Limburg is de enige regio die krimpt, hetgeen overeenkomt met de zgn. 'krimp-status' die de provincie heeft binnen het bevolkingsdalingsbeleid van het

Ministerie van BZK. De grootste toename van sterftegevallen zien we in Noord-Holland (22%). Vooral het aantal sterfgevallen met uitwendige doodsoorzaak is in deze regio sterk toegenomen met 59% over een periode van 5 jaar. Wat betreft de twee relatieve indicatoren in de laatste twee kolommen zien we ook veel verandering tussen 2010 en 2015. De regio Noord-Holland valt ook hier op door de stijging van het aantal sterftegevallen per 100.000 inwoners en het aantal sterftegevallen per 100.000 inwoners met uitwendige doodsoorzaak. In de regio Amsterdam is de stijging tussen 2010 en 2015 voor alle indicatoren het minst sterk. De verandering van de procentuele verdeling van het aantal inwoners, sterfgevallen en sterfgevallen met uitwendige oorzaak tussen 2010 en 2015, naar politieregio, wordt beschreven in de tabellen die in Bijlage 1 terug te vinden zijn.

Integrale veiligheidsmonitor

Ook voor de data uit de integrale veiligheidsmonitor van het CBS zijn trendcijfers beschikbaar. In tabel 8 wordt de procentuele verandering van het aantal ondervonden geweldsdelicten over de periode 2008-2011 gepresenteerd. Ook hierbij dient dus rekening te worden gehouden met het feit dat deze cijfers relatief gedateerd zijn en een korte periode betreffen. In tabel 8 zijn de politieregio's gesorteerd op de procentuele verandering van het totaal aantal absolute geweldsdelicten.

Tabel 8: Procentuele verandering van het absolute aantal ondervonden geweldsdelicten door het totaal aantal inwoners tussen 2008 en 2011, naar politieregio

Politieregio	Seksuele delicten	Mishandeling	Bedreiging	Geweldsdelicten totaal
Limburg	+0,21%	-0,20%	-0,15%	+0,62%
Midden-Nederland	-0,06%	-0,40%	0%	-0,28%
Noord-Holland	+0,30%	-0,09%	-0,01%	-0,15%
Rotterdam	-0,49%	-0,49%	-0,03%	-0,09%
Oost-Brabant	+0,41%	+0,48%	-0,13%	-0,08%
Zeeland – West-Brabant	+2,35%	+1,68%	+0,19%	+0,05%
Amsterdam	-0,26%	-0,30%	-0,06%	+0,03%
Noord-Nederland	-0,20%	-0,04%	+0,30%	+0,03%
Oost-Nederland	+0,29%	-0,22%	-0,06%	+0,03%
Den Haag	+0,10%	-0,18%	+0,02%	+0,01%

Bron: Integrale veiligheidsmonitor.

Uit tabel 8 valt op te maken dat het aantal geweldsdelicten tussen 2008 en 2011 weinig is veranderd. Alle procentuele veranderingen bedragen minder dan een half procent. Wel opvallend is de relatief sterke stijging van 2% tussen 2008 en 2011 in seksuele delicten en mishandeling in de regio Zeeland - West-Brabant.

2.2.2 Trendcijfers ten aanzien van euthanasie

In tabel 9 wordt de volgende tijdreeks gepresenteerd, namelijk het aantal euthanasiemeldingen over de periode 2010-2016. In de laatste kolom is de procentuele verandering van het aantal euthanasiemeldingen over deze tijdsperiode weergegeven. De Toetsingscommissies-regio's zijn op deze kolom gerangschikt.

Tabel 9: Procentuele verandering van het aantal euthanasiemeldingen over de tijdsperiode 2011-2016,naar Toetsingscommissies-regio

Regio	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% verandering 2010-2016
Noord-Brabant en Limburg	697	818	938	1.056	1.193	1.233	+77%
Noord-Holland	873	1.033	1.210	1.295	1.351	1.463	+68%
Overijssel, Gelderland, Utrecht en Flevoland	948	1.064	1.200	1.321	1.342	1.529	+61%
Zuid-Holland en Zeeland	804	840	994	1.126	1.140	1.287	+60%
Groningen, Friesland. Drenthe en BES	373	433	487	508	490	579	+55%
Totaal	3.695	4.188	4.829	5.306	5.516	6.091	+65%

Bron: Regionale Toetsingscommissies Euthanasie (Jaarverslagen en https://www.euthanasiecommissie.nl/uitspraken-en-uitleg).

Wat in tabel 9 duidelijk wordt is de grote procentuele stijging van het aantal meldingen van euthanasie voor alle regio's in de periode 2011-2016. Dit geldt in het bijzonder voor de regio Noord-Brabant en Limburg. Volgens het jaarverslag van de Toetsingscommissie (2016) kan de stijging deels worden toegeschreven aan een stijgend meldingspercentage, maar ook aan een toenemende bereidheid bij artsen om euthanasie onder voorwaarden te willen toepassen. Tevens zou de vergrijzing van de samenleving en de toegenomen maatschappelijke acceptatie rondom euthanasie een mogelijke verklaring voor de stijging kunnen zijn.

2.2.3 Conclusie eerste set onderzoeksvragen: deelvraag 2

Deelvraag 2: "*In hoeverre moet rekening worden gehouden met (sterke) schommelingen in de vraag naar forensisch medisch onderzoek en lijkschouw per politie-eenheid?"* kan nu als volgt worden beantwoord:

- CBS-statistieken laten zien dat het totaal aantal sterfgevallen en het aantal sterfgevallen met een uitwendige doodsoorzaak in alle politieregio's tussen 2010 en 2015 is toegenomen.
- De data uit de integrale veiligheidsmonitor van het CBS geeft aan dat er een minimale schommeling is in het aantal ondervonden geweldsdelicten, maar dit betreft de relatief gedateerde periode 2008-2011.
- Het aantal euthanasiemeldingen vertoont een grote stijging: 60% tussen 2011 en 2016.

2.3 Kosten van forensisch medisch onderzoek en lijkschouw

De derde deelvraag die we in dit hoofdstuk beantwoorden luidt:

> *Wat kost het huidige forensisch medisch onderzoek en lijkschouw en welke bedragen staan er voor deze taken op de begrotingen van de belangrijkste partijen (in ieder geval de ministeries, de politie, gemeente(n) en het Openbaar Ministerie)?*

Deze vraag wordt op twee manieren beantwoord. De eerste benadering is een schatting op basis van arbeidskosten, waarbij het aantal FTE en uren van forensisch artsen vermenigvuldigd wordt met een schatting van de kostprijs van deze personele inzet. De tweede benadering is gebaseerd op een schatting van het aantal FMO-zaken en lijkschouwen (inclusief euthanasie), welke vermenigvuldigd wordt met de geschatte tarieven en kostprijs van deze zaken. De uitkomsten van beide benaderingen worden met elkaar vergeleken om tot een 'beste

schatting' van de totale kosten van FMO en lijkschouw (in Nederland en op jaarbasis) te komen.

2.3.1 Schatting van FMO en lijkschouw kosten op basis van FTE en arbeidskosten

Zowel FMO als lijkschouw zijn arbeidsintensieve diensten. Afgezien van overhead en vervoerskosten maken salariskosten het grootste onderdeel van de totale kosten uit.

Als een globale kostenschatting gaf GGD GHOR Nederland in 2016 aan dat het 'beschikbaar budget' voor forensische geneeskunde tussen de 10 tot 12 miljoen euro[6] bedroeg. Dit betreft zowel FMO, medische arrestanten zorg (MAZ) als lijkschouw. Om het bedrag voor FMO en lijkschouw apart te berekenen, zouden we uit kunnen gaan van de verdeling van de directe tijd die forensisch artsen aangeven te besteden aan de drie taken. Deze hebben we eerder bepaald op basis van de enquête onder de forensisch artsen in 2016: 16% van hun tijd besteden zij aan FMO, 47% aan MAZ en 37% aan lijkschouw (zie rapport I , hoofdstuk 3). Passen we deze verdeling toe op de schatting van 10 a 12 miljoen (waarbij we veronderstellen dat de personele kosten van deze drie taken dezelfde zijn), dan zou het jaarlijkse budget voor FMO tussen de 1,6 en 1,9 miljoen liggen, en voor lijkschouw tussen de 3,7 en 4,4 miljoen.

Deze bedragen zullen grotendeels bepaald worden door de inzet van forensisch artsen, maar ook de kosten van ander personeel zoals forensisch verpleegkundigen en huisartsen zouden hierin opgenomen kunnen zijn. Op basis van het door ons eerder uitgevoerde onderzoek (zie rapport I) concludeerden we dat het aantal FTE wat op jaarbasis wordt gewerkt door forensisch artsen 85 FTE bedraagt[7]. Het aantal werkzame forensisch artsen is daarbij 242. Relateren we deze cijfers aan de budgetschatting van de GGD GHOR van 10 à 12 miljoen, dan zouden we uitkomen op een schatting van de arbeidskosten tussen de 100.000 en 125.000 euro per FTE forensisch arts.

Om tot een aanvullende schatting voor de salariskosten van een forensisch arts te komen zijn enkele (recente) openstaande vacatures voor forensisch artsen geraadpleegd. Hieruit kan afgeleid worden dat het maximale bruto maandsalaris €5.814 bedraagt op basis van een werkweek van 36 uur. Op jaarbasis is een bruto jaarsalaris voor één FTE forensisch arts dan circa €72.000. Voor de werkgeverskosten die bovenop dit bruto salaris komen kunnen we uitgaan van een percentage van 61,5%[8]. Dit percentage wordt gevormd door sociale lasten en bijkomende salarislasten zoals belasting, vakantiegeld, eindejaarsuitkering, ouderdomsverzekering, pensioenpremies et cetera. Dit brengt het totaal aan salarislasten van een forensisch arts op het bedrag van €116.280 per FTE; afgerond gaan we voor de kostenberekening van FMO en lijkschouw door forensisch artsen uit van €116.000[9] aan salariskosten per FTE.

---

[6] Bron: *Publieke gezondheid borgen. Een eerste inzicht in de staat van de GGD'en*. Utrecht: GGH GHOR Nederland, pagina 51.

[7] In dezelfde bron gaat GGD GHOR Nederland uit van tussen de 80 en 120 FTE werkzame forensisch artsen op jaarbasis in Nederland. De 85 FTE die in rapport I is berekend valt binnen deze range.

[8] B. Berden, L. Berrevoets & W. Winasti (2016) Capaciteitsplanning in de zorg. Houten: Springer Media BV.

[9] In een interne notitie van de Politie werden salariskosten per FTE forensisch arts tevens tussen de €100.000 – €150.00 geschat. De overheadkosten werden in deze notitie op €52.000 geschat, waarvan €5.000 aan opleiding wordt besteed, €35.000 aan overhead en leidinggevenden en €12.000 aan vervoerskosten. Het bedrag van €116.000 per FTE binnen dit bereik van €100.000 en €150.000 en tevens binnen het bereik van €100.000 en €125.000 per FTE op basis van de GGD GHOR budgetschatting zoals hiervoor berekend.

Naast arbeidskosten zijn er ook kosten voor administratieve ondersteuning, beheer, opleiding, materiaal en vervoer. Deze zogeheten 'overheadkosten' wordt door verschillende bronnen[10] rond de 45% van de salariskosten geschat. Het bedrag van €52.200 overhead per FTE (45% van €116.000) is meegenomen in tabel 10 waarin de totale arbeidskosten van de inzet van forensisch artsen voor de uitvoering van FMO en lijkschouw worden berekend.

Tabel 10: Arbeidskosten van de totale capaciteit aan forensisch artsen in Nederland voor de uitvoer van FMO en lijkschouw op jaarbasis

	Aantal FTE forensisch artsen	Schatting salariskosten per FTE	Overhead per FTE	Totale kosten in euro's
Totale capaciteit Waarvan:	85	116.000	52.200	14.297.000
• Capaciteit die besteed wordt aan FMO (aandeel=16%)	13,6	116.000	52.200	2.287.520
• Capaciteit die besteed wordt aan lijkschouw (aandeel=37%)	31,45	116.000	52.200	5.289.890
Capaciteit die besteed wordt aan FMO en lijkschouw samen	*45,05*	*116.000*	*52.200*	*7.577.410*

Bron: Enquête onder forensisch artsen (2016) en aanvullende aannamen uit verschillende secundaire bronnen.

Uit tabel 10 kunnen we aflezen dat de totale arbeidskosten voor FMO op jaarbasis (afgerond) 2,3 miljoen euro bedragen en voor lijkschouw (afgerond) 5,3 miljoen euro. Deze kosten van 2,3 miljoen voor FMO en 5,3 miljoen euro voor lijkschouw liggen boven de eerste schatting die we deden op basis van de GGD GHOR Nederland publicatie, namelijk tussen 1,6 en 1,9 miljoen voor FMO en tussen de 3,7 en 4,4 miljoen voor lijkschouw.

Bij de berekeningen voor tabel 10 vormt de verdeling van de werktijd van forensisch artsen over FMO en lijkschouw een cruciale aanname, net als het bedrag beschikbaar voor overheadkosten. Ook is een belangrijke veronderstelling dat de kostprijs van 1 FTE voor lijkschouw even hoog is als die voor 1 FTE FMO. De kosten per FTE kunnen in de realiteit wellicht lager per FTE zijn omdat forensisch artsen FMO en lijkschouw als taken combineren. Dit kan onder meer een verklaring zijn waarom de kosten uit tabel 10 ietwat hoger uitvallen dan dat we zouden vermoeden op basis van de cijfers van GGD GHOR.

2.3.2 Schatting van FMO kosten op basis van productie- en volumecijfers

De tweede benadering om de totale kosten van FMO en lijkschouw op jaarbasis en nationaal niveau te schatten is op basis van het aantal zaken en de kostprijzen die daarvoor in rekening worden gebracht. Ook hiervoor kunnen we putten uit verschillende bronnen.

Een eerste bron is het rapport van de Gezondheidsraad uit 2013[11] dat spreekt van de volgende aantallen die jaarlijks uitgevoerd zouden worden:

- 1.000 zedenonderzoeken,
- 9.000 letselbeschrijvingen,
- 4.800 bloed en/of weefselafnames.

[10] Volgens Berenschot bedroeg in 2002 het percentage FTE 'overheadpersoneel' op het totaal aantal FTE bij ministeries 45%, bij gemeenten 34% (Huijben, M. PM. en Geurtsen, A. (2003) Overhead in publieke organisaties: Benchmark laat grote verschillen zien, in Tijdschrift Controlling 10, oktober)).
[11] Gezondheidsraad (2013) De Forensische Geneeskunde ontleed. Den Haag: Gezondheidsraad.

Opgeteld zouden er dus 14.800 FMO-zaken per jaar plaatsvinden. Daarbij zijn echter een aantal FMO-taken buiten beschouwing gelaten zoals psychiatrie-gevallen en slachtoffer- en verdachtenonderzoek van geweldsdelicten.

De volgende stap is het bepalen van de kostprijs en/of de tarieven van deze FMO-zaken. Dit is lastig omdat hier geen uniforme richtlijnen voor bestaan. Dit heeft deels te maken met variatie in het bekostigingssysteem. In sommige contracten tussen aanbieders en politie worden FMO-zaken op uurtarieven gedeclareerd, in andere op stukbasis waarin soms verschil wordt gemaakt in zaken die overdag en zaken die in de ANW-uren worden uitgevoerd. Soms worden bijkomende kosten (zoals voorrijkosten) in het tarief meegenomen, in andere gevallen gelden bijzondere voorwaarden en uitzonderingen op de tarieven of uurprijzen. Een aantal aanbieders heeft een *lump sum* afspraak in het contract gespecificeerd. Al deze verschillen maken vergelijken en schattingen op landelijk niveau lastig. Daarbij speelde de beperking dat de factuur- en contractgegevens vanuit de politie niet aan externe onderzoekers overgedragen kunnen worden vanwege vertrouwelijkheid en privacy. Het voerde binnen de tijdsspanne van dit aanvullende onderzoek te ver om alle inkoopgegevens van de politie te inventariseren en vergelijkbaar te maken – voor zover dat volledig mogelijk zou zijn.

In de praktijk is het lastig om te bepalen wat de exacte kostprijs van de verschillende verrichtingen van forensisch artsen bedraagt. Deze verkoopprijs, het tarief wat wordt gebruikt in contracten en facturen voor de verrichtingen van een forensisch arts, is niet hetzelfde als de kostprijs van de verrichtingen van een zaak. In het algemeen ligt de verkoopprijs boven de kostprijs, hetgeen we in dit geval ook kunnen aannemen. Op basis van enkele voorbeelden uit de inkoopgegevens van de politie, aangevuld met gegevens die verstrekt zijn door een aantal GGD'en en tarieven die openbaar gepubliceerd zijn, is toch voor de drie categorieën van FMO die het rapport van de Gezondheidsraad hanteerde, een gemiddelde 'verkoopprijs' berekend. Voor een zedenonderzoek komen we uit op een verkoopprijs van 337 euro, voor de een letselbeschrijving 160 euro, en voor een bloed/weefselafname 157 euro per zaak. In de praktijk kan er dus variatie rond deze gemiddelden zijn, zoals hiervoor aangegeven.

De doorrekening van de totale kosten van alle FMO-zaken die in 2016 naar schatting zijn uitgevoerd staat hieronder in tabel 11. In de laatste twee regels van de tabel is tevens gerekend met het totaal aantal FMO-zaken dat de forensisch artsen zelf hadden aangeven uit te voeren, en wat uit de volume-inventarisatie onder de aanbieders naar voren kwam (ruim 11.000[12]). Deze totaal aantallen FMO-zaken zijn met een gewogen tarief van €189 vermenigvuldigd, gebaseerd op de gemiddelde tarieven van de drie verschillende FMO-categorieën en rekening houdend met het feit dat deze verschillen in de mate waarin zij uitgevoerd worden.

[12] Het aantal FMO-zaken is gevalideerd door middel van de volume-inventarisatie die we onder de aanbieders hielden in 2016 (zie hoofdstuk 3 van rapport I). Aangevuld met gegevens uit jaarverslagen voor ontbrekende gegevens komen we daarbij uit op 11.438 FMO-zaken per jaar. Hierbij zijn wél alle FMO-categorieën meegenomen, dus niet alleen de drie die in het Gezondheidsraad-rapport worden gehanteerd. Daarnaast is in de enquête onder de forensisch artsen gevraagd naar hun productie in één maand in 2016 (zie eveneens rapport I, hoofdstuk 3). Dit doorgerekend en gewogen naar het totaal aantal van 85 FTE aan forensisch artsen in Nederland, en het maandcijfer vermenigvuldigd met 10,5 gebaseerd op de 42 weken die forensisch artsen gemiddeld werken per jaar, komen we uit op 15.808 FMO-zaken per jaar.

Tabel 11: Totale kosten van FMO in Nederland op jaarbasis in 2016, gebaseerd op het aantal en gemiddelde tarief van FMO-zaken

	Aantal zaken	Tarief in euro's	Kosten in euro's
FMO-zaken gebaseerd op rapport Gezondheidsraad			
- Zedenonderzoeken	1.000	337	337.000
- Letselbeschrijvingen	9.000	160	1.440.000
- Bloed en/of weefselafnames	4.800	157	753.600
Totaal	14.800		2.530.600
FMO-zaken gebaseerd op de volume-inventarisatie onder aanbieders			
- Totaal aantal FMO-zaken	11.438	189	2.161.782
FMO-zaken gebaseerd op de enquête onder forensisch artsen			
- Totaal aantal FMO-zaken	15.808	189	2.986.363

Bron: Rapport 'De Forensische Geneeskunde Ontleed' (2013), kostenschattingen en opgave in de enquête onder forensisch artsen (2016).

Tabel 11 geeft aan dat de totale kosten voor FMO op jaarbasis ruim 2,5 miljoen bedragen als we uit gaan van het totaal aantal zaken dat door het rapport van de Gezondheidsraad wordt genoemd. De schatting op basis van het geëxtrapoleerde aantal dat de forensisch artsen in de enquête opgaven ligt met bijna 3 miljoen hoger. De schatting op basis van de volume-inventarisatie onder de aanbieders ligt met ruim 2,1 miljoen daar weer onder.

Zetten we alle berekeningen op een rij, dan komen we tot een range van 2 tot 3 miljoen dat de uitvoering van FMO jaarlijks zou kosten. Gezien de spreiding van de verschillende schattingen binnen deze bandbreedte beschouwen we 2,5 miljoen aan als de meest aannemelijke schatting van de kosten die jaarlijks voor FMO in Nederland worden gemaakt.

2.3.3 Schatting van lijkschouwkosten op basis productie en volumecijfers

Voor het bepalen van de totale kosten van het aantal lijkschouwen dat in Nederland wordt gedaan is het aantal bronnen beperkt. Zoals eerder aangegeven houden niet alle aanbieders van lijkschouw deze productie bij voor de politie. Hierdoor is de volume-inventarisatie onder de aanbieders die we in het najaar 2016 hielden, geen geschikte bron (zie hoofdstuk 2 en 3 van rapport I). Ook de aantallen lijkschouwen die de forensisch artsen in de enquête voor één maand in 2016 hebben ingevuld bleken bij nadere beschouwing minder betrouwbaar. In de enquête is namelijk gevraagd naar het aantal lijkschouwen in het algemeen zonder verdere toelichting, waardoor het waarschijnlijk is dat forensisch artsen dit breder hebben geïnterpreteerd dan de *eerstelijns forensische* lijkschouw (zie ook de voetnoten bij de betreffende passage in rapport I). De schatting van het aantal lijkschouwen op basis van de enquête onder forensisch artsen zou uitkomen op 25.209 per jaar[13].
Er is een aantal secundaire bronnen dat het aantal (forensische) lijkschouwen in Nederland schat op 10.000 per jaar. Dit getal wordt onder meer genoemd in het rapport *De lijkschouw nader beschouwd* van het NFI uit 2016 dat in een voetnoot verwijst naar een enquête onder alle GGD-en in 2016 waaruit het getal van 10.000 naar voren komt. Een eerder publicatie, het

[13] Hierbij hebben we dezelfde methodiek toegepast als bij het bepalen van het totaal aantal FMO-zaken per jaar op basis van weging naar de gehele populatie werkzame forensisch artsen in Nederland; zie voetnoot hiervoor.

Handboek forensische en penitentiaire geneeskunde[14] uit 2011 vermeldt ook dat 10.000 maal per jaar lijkschouw wordt verricht door de gemeentelijke lijkschouwers. Dit getal wordt ook genoemd in het rapport van de Gezondheidsraad uit 2013 (p. 59). Het is niet duidelijk of het aantal van 10.000 per jaar een stabiel gegeven is en hoe dit aantal per regio varieert. Wel gaat het bij deze drie bronnen om het aantal lijkschouwen exclusief het aantal euthanasiegevallen. Zoals uit tabel 4 in het vorige hoofdstuk bleek, waren er in het jaar 2016 meer dan 6.000 meldingen van euthanasie. Deze dienen bij het aantal van 10.000 lijkschouwen per jaar worden opgeteld, omdat ook voor euthanasie de wet bepaalt dat altijd een forensisch arts als lijkschouwer opgeroepen dient te worden[15].

Wat betreft de kostprijs en/of de tarieven van een lijkschouw is informatie te vinden in de secundaire bronnen die ook voor de tarieven van FMO-zaken zijn gebruikt. Naast voorbeelden uit de inkoopgegevens van de politie, zijn er gegevens die verstrekt zijn door een aantal GGD'en en enkele tarieven die openbaar gepubliceerd zijn op de website www.fomat.nl voor enkele gemeenten. Middelen we deze tarieven, die variëren tussen de 213 en 512 euro, dan is €375 euro per lijkschouw de beste schatting. De rekensom die dan gemaakt kan worden is dat uitgaande van 10.000 lijkschouwen plus 6.000 euthanasiegevallen per jaar, de totale kosten voor lijkschouw in Nederland op jaarbasis €6 miljoen bedragen. Dit ligt boven de eerdere schatting op basis van de jaarlijkse arbeidskosten voor lijkschouw, die op €5,2 miljoen uitkwam (zie tabel 10).

Een andere bron en methode die we kunnen hanteren is gebaseerd op de kosten die de gemeenten maken voor het (laten) uitvoeren van lijkschouw. Hierover zijn geen volledige en systematische cijfers voor alle gemeenten in Nederland beschikbaar. We hebben daarom gebruik gemaakt van een 24-tal gemeenten die hun jaarlijkse uitgaven aan 'forensische geneeskunde' op de website of de begroting vermeldden[16]. Deze berekening leidt tot een totaalbedrag van 4,4 miljoen euro dat door de gemeente uitgegeven zou zijn aan lijkschouwingen. Dit ligt onder de 5,2 miljoen die we eerder schatten op basis van de arbeidskosten voor lijkschouw.

Zetten we de schattingen van de totale kosten van lijkschouw per jaar op een rij, dan hebben we te maken met een bandbreedte van 4,4 tot 6 miljoen euro. Daarbij hebben we geen reden hebben om de verschillende bronnen te prefereren op basis van hun validiteit en betrouwbaarheid. Gezien de spreiding van de verschillende schattingen binnen deze bandbreedte beschouwen we dat (afgerond) 5 miljoen de meest aannemelijke schatting is van de kosten die voor lijkschouw in Nederland op jaarbasis.

[14] W.L.J.M. Duijst & C. Das (Eds.) (2011) Handboek forensische en penitentiaire geneeskunde. Antwerpen/Apeldoorn: Maklu.

[15] Op basis van gegevens van factsheets van 10 GGD'en, opgehoogd naar landelijk niveau, kunnen we concluderen dat de aantallen van 10.000 lijkschouwen en 6.000 euthanasiegevallen per jaar redelijke betrouwbare schattingen zijn. Eventuele discrepantie is hoogstwaarschijnlijk het resultaat van het feit dat de regio's Den Haag en Rotterdam, waar relatief veel zaken plaatsvinden, niet zijn meegenomen in de factsheets.

[16] Het betreft hier een mix van kleine en grote gemeenten in verschillende delen van het land. Gedeeld op het aantal inwoners, blijkt voor de meeste gemeenten dat het gaat om een bedrag tussen de 19 en 72 eurocent per inwoner. Het gemiddelde van €0,26 per inwoner per jaar is tevens ook de modus; het meest voorkomende getal. Vermenigvuldigen we dan dit getal van €0,26 met het totaal aantal inwoners van Nederland op 1/1/2016 (het jaar waarop de meeste gemeentecijfers betrekking hebben), dan komen we hiermee uit op een totaalbedrag van 4,4 miljoen euro.

2.3.4 Conclusie eerste set onderzoeksvragen: deelvraag 3

- Jaarlijks worden in Nederland circa 15.000 FMO-zaken door forensisch artsen uitgevoerd. Deze zaken zijn grofweg op te delen in zedenonderzoeken, letselbeschrijvingen en bloed en/of weefselafnames.
- Naar schatting is het tarief voor zedenonderzoeken gemiddeld €337, het tarief voor letselbeschrijvingen varieert tussen de €160 euro en €157 euro.
- De meest aannemelijke schatting van de totale kosten van FMO-zaken in Nederland is, op jaarbasis, €2,5 miljoen.
- Naar schatting is het tarief voor een lijkschouw circa €375. Dit vindt naar schatting 10.000 keer plaats in Nederland. Daarbovenop vinden jaarlijks ongeveer 6.000 lijkschouwen als gevolg van euthanasie plaats.
- De meest aannemelijke schatting van de totale kosten van lijkschouw bedraagt op jaarbasis €5 miljoen.

2.4 Beperkingen bij beantwoording van de eerste set onderzoeksvragen

Om tot een beantwoording van de onderzoeksvragen van dit hoofdstuk te komen zijn veel keuzes gemaakt omtrent de bronnen, variabelen en waarden waarmee is doorgerekend. Het gebrek aan verschillende cijfers en bronnen met betrekking tot volumes en tarieven hebben ervoor gezorgd dat veel bedragen schattingen waarbij er sprake is van ranges of bereiken waarbinnen deze vallen. Onzekerheden zijn zoveel mogelijk gereduceerd door schattingen op basis van verschillende bronnen te kruis-valideren. Deze kruisvalidaties zijn toegelicht in de tekst en voetnoten, en tevens met de leden van de begeleidingscommissie besproken.

2.5 Conclusies eerste set onderzoeksvragen: deelvragen 1 t/m 3

- FMO en lijkschouw zijn evenredig verdeeld met het aantal inwoners in de tien politieregio's in Nederland. Oost-Nederland is qua inwoners de grootste regio en kent in absolute aantallen dan ook de het grootste aantal sterfgevallen in het algemeen en met uitwendige doodsoorzaak in het bijzonder.
- Kijken we naar het aantal FMO-zaken en lijkschouwen zoals verzameld onder de aanbieders en forensische artsen, dan wordt in de Randstedelijke politieregio's het grootste aantal FMO-zaken en lijkschouwen uitgevoerd.
- Het aantal FMO-zaken en lijkschouwen is de afgelopen jaren toegenomen. Vooral in de regio Noord West Nederland is er sprake van een snelle toename op basis van de bevolkingsontwikkeling. Daarnaast is er sprake van een snelle toename van het aantal euthanasiemeldingen dat de vraag naar lijkschouw heeft doen toenemen. Daarmee vergeleken is de toename van in het aantal FMO-zaken en lijkschouw beperkt.
- Alle bronnen en schattingen afwegend, bedragen de kosten van FMO op landelijk niveau en jaarbasis naar schatting 2,5 miljoen.
- Alle bronnen en schattingen afwegend, bedragen de kosten van lijkschouw (inclusief euthanasie) op landelijk niveau en jaarbasis naar schatting 5 miljoen.

3 Het centralisatie-scenario: uitwerking en uitkomsten

3.1 Inleiding

Nadat in hoofdstuk 2 de eerste set onderzoeksvragen is beantwoord richt dit hoofdstuk 3 zich op de tweede set van onderzoeksvragen. Deze betreffen het centralisatie-scenario zelf, waarbij, onder een aantal voorwaarden, de inzet van forensisch artsen voor FMO en lijkschouw centraal wordt ingericht en aangestuurd.

We richten ons allereerst op de onderzoeksvraag over de basiseisen van het scenario, namelijk de minimale werkzaamheid van forensisch artsen en de maximale aanrijdtijden voor FMO en lijkschouw:

4. *Hoeveel forensisch artsen zijn er nodig voor het centralisatie-scenario, waarbij forensisch medisch onderzoek en lijkschouw voor heel Nederland wordt voorzien conform de voorwaarden dat:*
   a. *forensisch artsen continu ('24x7') beschikbaar zijn voor heel Nederland het geen door één centrale organisatie wordt gecoördineerd;*
   b. *elke forensisch arts minimaal 16 dan wel minimaal 24 uur per week aan FMO en lijkschouw besteed;*
   c. *elke forensisch arts binnen een aanrijtijd van 1, anderhalf of 2 uur ter plaatse zal zijn?*

En beantwoorden in combinatie hiermee de vraag:

5. *Gegeven de antwoorden op vraag 1 en 2, op welke locaties zouden in dit centralisatie-scenario forensisch artsen geografisch gezien het beste gelokaliseerd/gehuisvest kunnen worden?*

Vervolgens gaan we verder in op de onderzoeksvragen 6, 7 en 8:

6. *Hoeveel fte per forensisch arts is in het centralisatie-scenario bovenop de 0,4 nodig voor alle kwaliteitsaspecten, zoals bijscholing, intervisie, onderzoek e.d.?*
7. *Gegeven de antwoorden op voorgaande vragen:*
   a. *Wat zijn naar schatting de meerkosten van het centralisatie-scenario ten opzichte van de huidige kosten c.q. begrote bedragen (zie vraag 3 van vragenset 1 hierboven) en waar bestaan die meerkosten uit?*
   b. *Wanneer de randvoorwaarden a) b) en c) van het centralisatie-scenario zoals in vraag 1 benoemd aangepast worden door te rekenen met langere aanrijtijden en/of langere werktijden van forensisch artsen, wat zijn dan de meerkosten?*
8. *Kan, gegeven de antwoorden op de voorgaande vragen, met het centralisatie-scenario op een adequate wijze voldaan worden aan de vraag en de (varianten in de) randvoorwaarden, en is er sprake van een haalbaar en in de praktijk uitvoerbaar model?*

Voordat deze sets van onderzoeksvragen beantwoord worden, gaan we in de volgende paragraaf kort in op de potentiële voor- en nadelen (cq. kosten en baten) van het centraliseren van diensten en zakelijke activiteiten. Daarbij baseren we ons op de bestaande literatuur en geven een aantal voor- en nadelen van centralisatie waarop terug gekomen wordt in de conclusie van dit hoofdstuk.

3.1 Enkele voor- en nadelen van centralisatie zoals genoemd in de literatuur

In de economische en bedrijfskundige literatuur wordt als belangrijke motivatie voor centralisatie de mogelijkheid tot kostenbeheersing genoemd. Afhankelijk van het soort organisatie kunnen diverse voor- en nadelen optreden als gevolg van centralisatie.

In verschillende onderzoeken, van onder andere *Baldi & Vannoni (2017)*[17]*, Cousins et al. (2008)*[18]*,* en *Faes et al. (2000)*[19], worden de voordelen van centralisatie opgesomd. Veel genoemde voordelen zijn: schaalvoordeel, procesvoordeel en informatievoordeel. Schaalvoordelen kunnen ontstaan door het *poolen* van volume en de kortingen die daarbij komen kijken[15-17]. In de zorg wordt in dit verband centralisatie beschouwd als een manier om bijvoorbeeld ziekenhuizen hogere volumes aan patiënten en verrichtingen te laten bewerkstelligen. Dit kan kwaliteit verhogend werken omdat hoge volume-aantallen de ervaring verhoogt en de kans op fouten verlaagt, met positieve klinische effecten voor de patiënt als resultaat[20]. Procesvoordeel treedt op wanneer door centralisatie één gemeenschappelijke, gestandaardiseerde wijze van werken kan ontstaan. Dit biedt mogelijkheden om de *best practice* uit te wisselen. Hierdoor worden kosten door fouten minder en kunnen bijvoorbeeld administratieve kosten dalen. Standaardisatie betekent tevens tijdswinst: het wiel hoeft immers niet steeds opnieuw uitgevonden te worden[15-17]. Ook andere kosten, zoals bijvoorbeeld inventarisatiekosten en facilitaire investeringskosten, kunnen dalen door centralisatie[21]. Daarnaast kunnen informatievoordelen worden behaald door het uitwisselen van kennis en informatie door de gehele organisatie heen. Hierdoor kunnen specialistische vaardigheden verder ontwikkeld worden[15-17].

Naast verschillende voordelen kent centralisatie ook nadelen. Veel van deze nadelen zijn op het logistieke vlak gelegen. Centralisatie dient namelijk te worden afgestemd op het soort organisatie waar deze betrekking op heeft[17]. Niet overal zijn mogelijkheden om te standaardiseren omdat sommige processen variabel, heterogeen, onvoorspelbaar en dus flexibel (moeten) zijn[15]. Daarbij kunnen de gevoelens en attitudes van werknemers met betrekking tot centralisatie een rol spelen. Zij kunnen namelijk weerstand of hiërarchie ervaren[16]. Hieruit kan worden afgeleid dat voor succesvolle centralisatie het belangrijk is dat de werknemers de meerwaarde van centralisatie inzien. Dat geldt mogelijk ook voor afnemers en klanten van de organisatie. Centralisatie kan namelijk tot grotere reisbelasting leiden. Hoewel de literatuur hierover beperkt is, bleek bijvoorbeeld uit onderzoek naar centralisatie

[17] Baldi, S., & D. Vannoni (2017). The impact of centralization on pharmaceutical procurement prices: the role of institutional quality and corruption. *Journal Regional Studies,* 51(3): 426-438.
[18] Cousins, P., R. Lamming, B. Lawson, & B. Squire (2008). Strategic supply management, Principles, theories and practice. Harlow: Pearson Education Limited.
[19] Faes, W., P. Matthyssens, & K. Vandenbempt (2000). The Pursuit of Global Purchasing Synergy. *Industrial Marketing Management*, 29: 539-553.
[20] Zuiderent-Jerak, T., T. Kool, &, J. Rademakers J (red.) (2012). De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg: tijd voor een brede benadering. Utrecht/Nijmegen/Rotterdam: Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg.
[21] Pedersen, S.G., F. Zachariassen, & J.S. Arlbjorn (2012). Centralisation vs decentralisation of warehousing: A small and medium-sized enterprise perspective. *Journal of Small Business and Enterprise Development*, 9(2): 352-369.

van kanker chirurgie dat patiënten door centralisatie verder moesten reizen om zorg te ontvangen[22].

3.2 Het centralisatie-scenario voor FMO en lijkschouw geoperationaliseerd

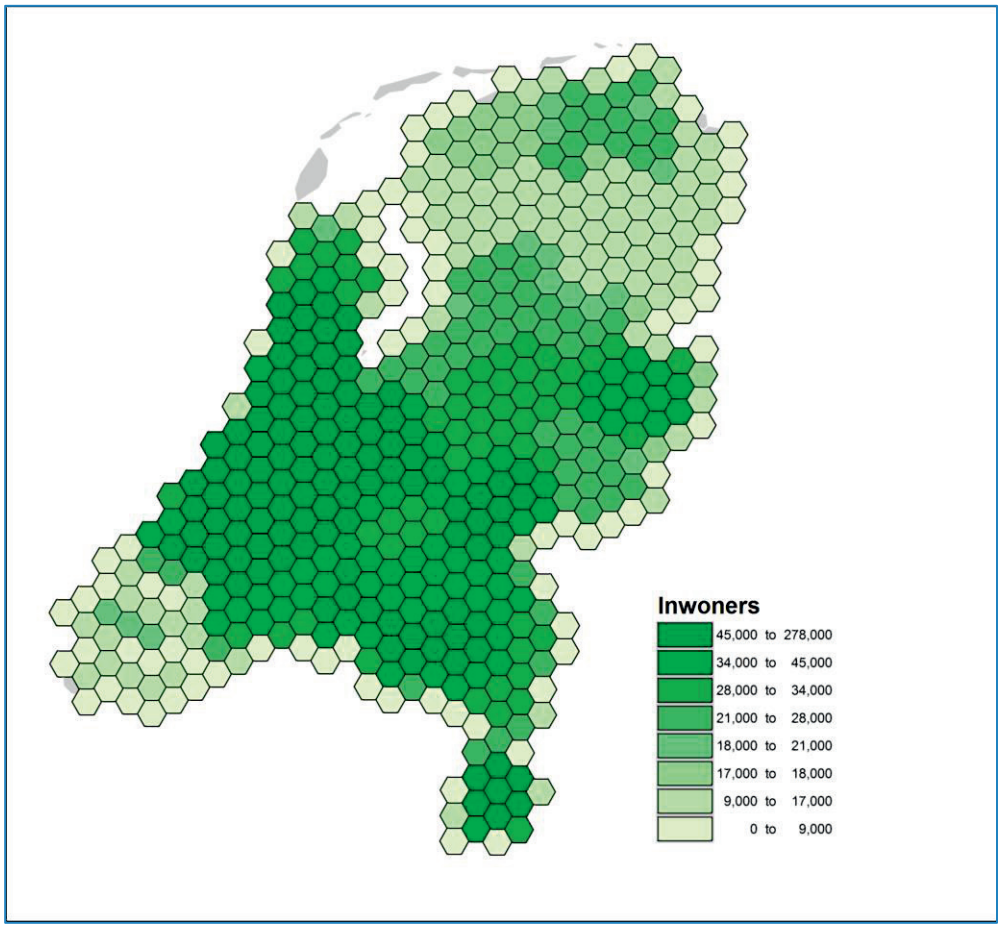
Het centralisatie-scenario is voor dit onderzoek in verschillende stappen uitgewerkt aan de hand van twee simulatiemodellen. Hieronder zal stapsgewijs worden uitgelegd hoe de ontwikkeling van deze modellen tot stand is gekomen en wat daarvan de resultaten zijn.

Simulatiemodel 1: Het bepalen van het minimale aantal locaties op basis van aanrijtijden

De vraag hoeveel forensisch artsen er op welke locaties nodig zijn om geheel Nederland te voorzien van FMO en lijkschouw binnen een aanrijtijd van 1, anderhalf of 2 uur, is verwant aan allocatie- en optimalisatie-opgaven die niet onbekend zijn binnen de distributie- en transportsector. Ook voor het plannen van distributiecentra, uitvalsbasis voor ambulances en zendmasten bijvoorbeeld, is de opgave om met zo min mogelijk investeringen in bezetting en locaties een zo groot mogelijk bereik te realiseren. Voordat we de vraag kunnen beantwoorden hoeveel forensisch artsen er landelijk en jaarlijks nodig zijn met een tijdsbesteding aan lijkschouw en FMO van minimaal 16 uur per week, is de eerste opgave te bepalen wat het minimaal aantal locaties is om heel Nederland te bestrijken. Dit 'bestrijken' kan op twee manieren worden geoperationaliseerd, namelijk in termen van geografische locaties (bereiken we elke fysieke plek in Nederland) en in termen van inwoners (bereiken we elke inwoner in Nederland). Het is in dit geval voor de primaire aanrijtijdanalyses van belang rekening te houden met de bevolkingsdichtheid, omdat we eerder zagen dat het plaatsvinden van lijkschouw sterk gecorreleerd is met de bevolkingsaantallen per regio.

Alhoewel Nederland één van de dichtstbevolkte landen ter wereld is, zijn haar ruim 17 miljoen inwoners niet gelijk verdeeld over het landoppervlakte van 41.543 km². De onderstaande figuur illustreert dit:

[22] Stitzenberg, B.K., E.R. Sigurdson, B.L. Egleston, R.B. Strakey, & N.J. Meropol (2009). Centralization of Cancer Surgery: Implications for Patient Access to Optimal Care. *Journal of Clinical Oncology*, 27:4671-4678.



De kaart van Nederland is voor dit figuur verdeeld in 500 zogenaamde hexagonen; gebieden met een radius van 5 km op basis waarvan reistijden berekend kunnen worden. Hexagonen kunnen ook kleiner ingesteld worden, maar voor het bepalen van de locaties waar de forensisch artsen hun basis zullen hebben in het centralisatie-scenario is de radius van 5 km voldoende. In het simulatiemodel voor aanrijtijdanalyses wordt rekening gehouden met het wegennet waarover elke hexagon met de auto bereikt kan worden. Daarbij is steeds uitgegaan van het meest ongunstige tijdstip van aanrijden in Nederland in maart 2017, namelijk donderdagmiddag om 17:00 uur. Dit 'pessimistische tijdstip' past in een '*better safe than sorry*' benadering aangezien aanrijtijden vooral vanuit verschillende perspectieven van primair belang zijn. Om het aantal potentiële vestigingslocaties te beperken, en deze tevens te lokaliseren in de buurt van reeds bestaande werkplekken van forensisch artsen, is uitgegaan van 34 bestaande, middelgrote plaatsen in Nederland (waaronder Zwolle, Assen, Lelystad, Tilburg). Deze 34 plaatsen zijn geografisch gezien maximaal over heel Nederland verspreid. Daarnaast worden de Waddeneilanden buiten beschouwing gelaten. Eerste iteraties van de software laten zien dat het includeren van de Waddeneilanden het oplossingsbereik onevenredig beperkt. Vanwege het feit dat de eilanden (en hun inwoners) niet via aaneengesloten wegen bereikt kunnen worden en dus een afwijkend vervoersmodel vergen, worden deze niet in de verdere analyses betrokken. In de praktijk zal hiervoor een aparte oplossing moeten worden gevonden hetgeen verder buiten het bestek van dit onderzoek valt.

Op basis van bovenstaande uitgangspunten is het simulatiemodel opgebouwd met Google-Maps-aanrij-data als bron. Met dit model zijn optimalisatie-iteraties uitgevoerd waarin de rijtijden tussen alle mogelijke locatiecombinaties en hun 'servicegebieden' zijn berekend. Hieruit blijkt dat er 45 combinaties zijn van twee, drie en vier stedelijke locaties (die behoren tot de hiervoor genoemde lijst van 34 middelgrote plaatsen in Nederland) waarmee alle

inwoners van Nederland kunnen worden bereikt. Bij vier locaties is daarbij een maximale aanrijtijd van 2 uur gehanteerd, bij drie locaties 2,4 uur en bij twee locaties 2,75 uur[23].

Zoals tabel 12 laat zien, komen zeven vier-locatie-combinaties naar voren die een gemiddelde aanrijtijd hebben die varieert tussen de 1,05 uur (1 uur en 3 minuten) en 1,13 uur (1 uur en 8 minuten). Vanuit deze vier-locatie-combinaties is de aanrijtijd naar een inwoner op de verste locatie maximaal 2 uur. Daarnaast laat tabel 12 zien dat er 32 drie-locatie-combinaties zijn die een gemiddelde aanrijtijd kennen die varieert tussen de tussen de 1,15 (1 uur en 7 minuten) en 1,31 uur (1 uur en 18 minuten). Tenslotte komen er vier twee-locatie-combinaties naar voren met een gemiddelde aanrijtijd tussen de 1,38 uur (1 uur en 23 minuten) en 1,55 uur (1 uur en 33 minuten).

Wanneer we de focus leggen op de qua aanrijtijd meest optimale locatie-combinatie dan laat tabel 12 zien dat:

- de combinatie Assen-Leiden-Venlo-Goes met een gemiddelde aanrijtijd van 1,05 uur optimaal is binnen de 7 geselecteerde vier-locatie-varianten;
- de combinatie Zwolle-Haarlem-Tilburg met een gemiddelde aanrijtijd van 1,15 uur optimaal is binnen de 31 geselecteerde drie-locatie-varianten;
- de combinatie Lelystad-Tilburg met een gemiddelde aanrijtijd van 1,38 uur optimaal is binnen de 4 geselecteerde twee-locatie-varianten.

[23] Voor het simulatiemodel zijn deze maximale aanrijtijden gekozen als afkappunten om uit alle mogelijke locatiecombinaties de eerste selectie te maken van de (qua aanrijtijd) meest optimale locatiecombinaties. Deze afkappunten verschillen naar gelang het gaat om combinaties van twee, drie en vier locaties omdat hun bereik (‘aanrijgebied’) per definitie verschillend is. In het vervolg laten we per locatiecombinatie alleen de gemiddelde aanrijtijd zien omdat dit de meest relevante ‘prestatie-indicator’ voor de varianten is die doorgerekend zullen worden.

Tabel 12: Resultaten van het eerste simulatiemodel: de locatie -combinaties van waaruit de elke inwoner van Nederland (behalve de Waddeneiland-bewoners) binnen maximaal 2 uur kan worden bereikt tijdens pessimistische reistijden uitgaande van vier locaties, binnen maximaal 2,4 uur bij drie locaties en maximaal 2,75 uur bij twee locaties; geordend naar de gemiddelde reistijd binnen het gemodelleerd aanrijtijdgebied van de locaties

Variant	Gemiddelde aanrijtijd binnen de aanrijgebieden van deze variant, in uren	De stedelijke locaties van deze variant:			
4 locaties	1,050	Assen	Leiden	Venlo	Goes
	1,083	Assen	Venlo	Zaandam	Goes
	1,086	Assen	Haarlem	Venlo	Goes
	1,101	Amsterdam	Assen	Venlo	Goes
	1,101	Assen	Alkmaar	Venlo	Goes
	1,120	Leiden	Zwolle	Tilburg	Goes
	1,126	Assen	Bussum	Venlo	Goes
3 locaties	1,150	Zwolle	Haarlem	Tilburg	
	1,155	Zwolle	Tilburg	Zaandam	
	1,162	Assen	Leiden	Tilburg	
	1,164	Alkmaar	Zwolle	Tilburg	
	1,176	Amsterdam	Zwolle	Tilburg	
	1,184	Den Haag	Zwolle	Tilburg	
	1,194	Assen	Tilburg	Zaandam	
	1,194	Zwolle	Venlo	Rotterdam	
	1,199	Assen	Haarlem	Tilburg	
	1,199	Eindhoven	Zwolle	Rotterdam	
	1,213	Assen	Alkmaar	Tilburg	
	1,214	Amsterdam	Assen	Tilburg	
	1,216	Bussum	Zwolle	Tilburg	
	1,230	Assen	Bussum	Tilburg	
	1,230	Tilburg	Zwolle	Rotterdam	
	1,234	Zwolle	Rotterdam	Tilburg	
	1,235	Assen	Den Haag	Tilburg	
	1,235	Nijmegen	Zwolle	Rotterdam	
	1,239	Zwolle	Rotterdam	Geleen	
	1,239	Assen	Venlo	Rotterdam	
	1,260	Assen	Nijmegen	Rotterdam	
	1,263	Leeuwarden	Venlo	Rotterdam	
	1,270	Eindhoven	Assen	Rotterdam	
	1,274	Leeuwarden	Nijmegen	Rotterdam	
	1,276	Lelystad	Zwolle	Tilburg	
	1,276	Assen	Lelystad	Tilburg	
	1,284	Groningen	Venlo	Rotterdam	
	1,292	Lelystad	Enschede	Tilburg	
	1,295	Nijmegen	Groningen	Rotterdam	
	1,298	Assen	Rotterdam	Tilburg	
	1,307	Assen	Rotterdam	Geleen	
2 locaties	1,381	Lelystad	Tilburg		
	1,459	Eindhoven	Lelystad		
	1,485	Leeuwarden	Tilburg		
	1,554	Eindhoven	Leeuwarden		

Naast de varianten waarbij het simulatiemodel heeft doorgerekend hoe qua reistijd zo min mogelijk locaties binnen Nederland gerealiseerd kunnen worden, is tevens een variant gekozen die uitgaat van 10 locaties. Hierbij is het uitgangspunt dat er in elke politieregio één uitvalsbasis voor forensisch artsen is. Dit sluit aan bij het feit dat de politie de opdrachtgever tot FMO-verrichtingen en lijkschouwen is en op dit moment per regio de contracten en

opdrachten voor FMO en lijkschouw ingericht zijn. In deze variant wordt het centralisatie-scenario dus vertaald naar de politieregio's en is de doelfunctie niet om binnen heel Nederland, maar binnen elke politieregio een optimale locatie voor uitvoerding van FMO-zaken en lijkschouwingen te bepalen.

Voor de 10-locatie-variant is vanuit alle huidige GGD-locaties de gemiddelde reistijd (gewogen naar de bevolkingsdichtheid) tot elke mogelijke andere locatie binnen de betreffende politieregio berekend. Vervolgens is per politieregio één locatie geselecteerd die de laagste gemiddelde aanrijtijd kent. Tabel 13 laat zien welke van de huidige GGD-locaties dit zijn.

Tabel 13: De tien meest optimale GGD-locaties per politieregio gebaseerd op gemiddelde aanrijtijd gewogen naar bevolkingsdichtheid

Politieregio	**Meest optimale GGD-locatie**
Noord-Nederland	Groningen
Oost-Nederland	Nijmegen
Midden-Nederland	Bussum[24]
Noord-West-Holland	Alkmaar
Amsterdam	Amsterdam
Den Haag	Den Haag
Rotterdam	Rotterdam
Zeeland-West- Brabant	Tilburg
Oost-Brabant	Eindhoven
Limburg	Geleen

Simulatiemodel 2: Het bepalen van de aannames voor het (technische) centralisatie-scenario

Voortbouwend op de uitkomsten van het eerste simulatiemodel waarbij de optimale uitrijlocaties binnen Nederland zijn bepaald, is een tweede simulatiemodel opgesteld. Het doel hiervan is de optimale bezetting voor de locatiecombinatie-varianten te berekenen. Om hiertoe te komen is een vijftal aannames uitgewerkt die onderliggend zijn aan dit tweede allocatie-simulatie-model. Deze vijf aannames zijn:

1. Op elk moment en elke locatie dient 24x7 en het hele jaar door minstens één forensisch arts beschikbaar te zijn om direct op een oproep voor FMO-zaak of lijkschouw te reageren. Dit betekent dat continu een forensisch arts 'stand-by' moet zijn om vanuit de locatie af te reizen naar een FMO-zaak of lijkschouw. Zodra een forensisch arts dit doet, dient een andere forensisch arts zijn positie direct over te nemen omdat anders de locatie niet meer volledig bezet is. Conform de praktijk wordt in het model rekening gehouden dat er oproepen zijn die door wisseling van de wacht of andere reden niet *direct met een reactie van een forensisch arts* worden beantwoord. Voor deze simulatie is er vanuit gegaan dat bij 20%[25] van de binnenkomende verzoeken er geen forensisch arts is die direct kan reageren en het enige tijd duurt voordat er een arts vrij komt die tijd heeft voor een

[24] In dit geval is gebleken dat op het niveau van populatiedichtheid en maximale reistijden locatie Bussum de voorkeur krijgt boven de locatie gevestigd in Utrecht.

[25] Het handelingsrespons-percentage van 80% is gebaseerd op de norm die ook wordt gehanteerd bij het 0900-8844 nummer van de politie. In het Realisatieplan (zie http://www.raadslid.nu/sites/www.raadslid.nu/files/redactie/tweede_onderzoek_vorming_nationale_politie.pdf) is de ambitie opgenomen om ten minste 80% van de binnenkomende telefoontjes binnen 20 seconden op te nemen. Het respons-percentage betreft hier de reactie/actie van de forensisch arts, niet het beantwoorden van de telefoon aangezien telefoontjes in eerste instantie in de meldkamer binnenkomen.

nieuwe oproep én dus een nieuwe zaak[26]. In het simulatiemodel wordt dit het handelingsrespons-percentage genoemd. Het respons-percentage gaat in het simulatiemodel ervan uit dat 80% van alle oproepen het gehele jaar en op alle locaties direct door handeling/actie van een forensisch arts wordt beantwoord.

2. Elke forensisch arts besteedt in totaal 42 weken per jaar, minimaal[27] 16 uur per week aan FMO-zaken of lijkschouw. Het model houdt geen rekening met hoe deze 16 uur per persoon verspreid worden. Naast de 16-uur variant is – conform de voorwaarden eerder gepresenteerd en door de commissie Hoes opgesteld (zie box 1) – ook gerekend met een variant waarin elke forensisch arts minimaal 24 uur per week besteedt aan FMO en lijkschouw.
3. FMO-zaken en lijkschouwen duren gemiddeld 1,5 uur (zie verklaring in bijlage 2), exclusief reistijd welke via het simulatiemodel in aanrijtijden heen en terug wordt berekend. Daarbij moet steeds rekening worden gehouden met het feit dat de gemiddelde tijdsbesteding van zowel lijkschouwen als FMO-zaken sterk afhankelijk is van de context zoals bijvoorbeeld de aanleiding van het onderzoek, de persoon in kwestie e.d.. Voor de modellering is dan ook een naar-boven afgerond gemiddelde van 1,5 uur per verrichting gehanteerd. Daarnaast kan verondersteld worden dat deze 1,5 uur niet in zijn geheel op de plaats van de betreffende FMO-zaak of lijkschouw hoeft te worden besteed. Delen kunnen ook op de centrale locatie plaats vinden, bijvoorbeeld de administratieve taken en nazorg rond de FMO-zaak of lijkschouw. Dit zal dus door de forensisch arts kunnen worden gedaan tijdens de wachttijd die beschikbaar is tussen twee oproepen door, één van de uitkomsten van het simulatiemodel die hierna wordt gepresenteerd.
4. Binnen het simulatiemodel gaan we er vanuit dat oproepen voor een FMO of lijkschouw willekeurig[28] plaats vinden, dus willekeurige over de dag, een week, een maand en het jaar. De kans op een oproep wordt in het simulatiemodel geschat op basis van de aanwezigheid van inwoners in het betreffende aanrijgebied.
5. Voor het aantal lijkschouwen per jaar gaan we uit van 16.000 (inclusief euthanasiegevallen) en 15.000 FMO-zaken, zoals in het vorige hoofdstuk bepaald. Voor het simulatiemodel is afgerond uitgegaan van 30.000 oproepen per jaar waarvoor forensisch artsen opgeroepen worden om een FMO-zaak of een lijkschouw te doen. Dit is dus de totale werkbelasting op jaar- en landelijk basis, welke in het simulatiemodel verdisconteerd wordt in de oproepkans per locatie (zie aanname 4).

Het tweede simulatiemodel is zo opgesteld dat het op basis van de bovenstaande aannamen de landelijk benodigde beschikbaarheid van de forensisch artsen op elk willekeurig moment van de dag, week, maand en jaar berekent. Ook berekent het model wat de benodigde beschikbaarheid op elk locatie zal zijn (binnen de twee-, drie-, vier- en tien-locatie-variant) en hoeveel procent van de beschikbaarheid zal bestaan uit ‘wachttijd’ tussen twee oproepen.

In het simulatiemodel wordt geen rekening gehouden met regionale afstemming van capaciteit, samenwerking of roulatie tussen locaties. In de praktijk is het een efficiënte optie om een arts van de ene locatie bij te laten springen als bij een andere locatie de vraag tijdelijk hoog is. Tevens kan het effectief en efficiënt zijn om in te spelen op gevallen waarin een arts al

[26] Het model gaat er dus vanuit dat bij het beantwoorden van een oproep een forensisch arts de tijdsbesteding aan de FMO-zaak of lijkschouw ook ‘start’.
[27] Het simulatiemodel gaat uit van een ‘exacte’ tijdsbesteding per forensisch arts van 16 of 24 uur per week. De term ‘minimaal’ impliceert dat er ook mensen zijn die meer werken dan 16 of 24 per week maar in het model wordt hiervan geabstraheerd. Elke arts werkt in het model dus ‘exact’ 16 of ‘ exact’ 24 uur per week, wat rekenkundig overigens overeenkomt met een gemiddelde van 16 of 24 uur.
[28] Sommige lijkschouw (zoals euthanasie) is wel enigszins ‘planbaar’, maar hiervan abstraheren we in het model.

in de buurt is van een zaak waardoor hij deze kan doen in plaats van terug te reizen naar de centrale locatie. Het modelleren van deze dynamische allocatie vergt echter een verfijning van de simulaties die buiten het bestek van dit onderzoek vallen. Het simulatiemodel rekent dus, net als bij de aanrijtijden, met een pessimistisch variant voor wat betreft de benodigde capaciteit.

Samengevat zijn de hoofdaannamen in het model als volgt:

- er zijn 30.000 oproepen (FMO-zaken en lijkschouwen) per jaar,
- de gemiddelde tijdsbesteding per oproep aan een FMO-zaak/lijkschouw, exclusief reistijd, is 1,5 uur,
- elke forensisch arts is 42 weken per jaar inzetbaar,
- het handelingsrespons-percentage op oproepen is 80% en
- de maximale aanrijtijd naar elke locatie van een zaak is twee uur.

Vervolgens zijn acht varianten van het model doorgerekend. Deze varianten zijn gebaseerd op twee 'beleidskeuzes' (eerder in de rapportage werden deze keuzes 'varianten' genoemd) die binnen het centralisatie-scenario gemaakt kunnen worden namelijk:

- er kan gekozen worden voor twee, drie, vier of tien locaties,
- er kan gekozen worden voor de eis of situatie dat forensisch artsen minimaal 16 of minimaal 24 per week aan FMO en lijkschouw besteden.

Tabel 14 toont de resultaten. Voor de twee-, drie-, vier- en tien-locatie-combinaties zijn vier 'uitkomstmaten' door het model berekend:

- het aantal benodigde forensisch artsen dat landelijk per jaar nodig is om een FMO-zaak of lijkschouw-oproep te beantwoorden,
- het aantal benodigde forensisch artsen dat op elk moment en op elke locatie nodig is om een FMO-zaak of lijkschouw-oproep te beantwoorden,
- het gemiddelde percentage van de beschikbaarheidstijd die dienstdoende forensisch artsen *niet* besteden aan het aan- of terugrijden, of de FMO-zaak of lijkschouw zelf,
- de gemiddelde aanrijtijd (in uren) naar elke willekeurige inwoner in het aanrijgebied van de locatie-variant.

Tabel 14: Resultaten van het tweede simulatiemodel: het totaal aantal benodigde forensisch artsen (FA-en) per jaar, op alle locaties op elk moment van het jaar, de gemiddelde tijd tussen twee oproepen voor dienstdoende forensisch artsen, en de gemiddelde aanrijtijd per oproep, voor de drie locatie- en daarbinnen twee tijdsbestedingsvarianten

	Totaal aantal FA-en (personen) nodig per jaar	Aantal FA-en nodig op elk moment en alle locaties	Gemiddelde aandeel tijd tussen twee oproepen (%)	Gemiddelde aanrijtijd in uren
Twee-locatie-variant (Lelystad-Tilburg)				
Tijdsbesteding aan FMO en lijkschouw:				
16 uur/week	249	19	22,9	1,39
24 uur/week	166	19	22,9	1,39
Drie-locatie-variant (Zwolle-Haarlem-Tilburg)				
Tijdsbesteding aan FMO en lijkschouw:				
16 uur/week	237	18	27,7	1,15
24 uur/week	158	18	27,7	1,15
Vier-locatie-variant (Assen-Leiden-Venlo-Goes)				
Tijdsbesteding aan FMO en lijkschouw:				
16 uur/week	225	17	27,5	1,05
24 uur/week	150	17	27,5	1,05
Tien-locatie-variant (Groningen-Nijmegen-Bussum-Alkmaar-Amsterdam-Den Haag-Rotterdam-Tilburg-Eindhoven-Geleen)				
Tijdsbesteding aan FMO en lijkschouw:				
16 uur/week	257	19	41,8	0,87
24 uur/week	171	19	41,8	0,87

Uit tabel 14 blijkt dat het antwoord op de centrale vraag van dit hoofdstuk, 'hoeveel forensisch artsen zijn in het centralisatie-scenario nodig', tussen de 150 en 257 ligt. Het meeste aantal artsen (257) is nodig bij de 10-locatie-variant, waarbij forensisch artsen ieder 16 uur per week aan FMO en lijkschouw besteden. Het minst aantal forensisch artsen is nodig bij de vier-locatie-variant waarbij forensisch artsen ieder 24 uur aan FMO en lijkschouw besteden.

Vooral het aantal uren dat een forensisch arts besteedt aan FMO-zaken en lijkschouw bepaalt voor een groot deel het benodigde aantal forensisch artsen. Het aantal locaties voor de twee-, drie- of vier-locatie-varianten maakt onderling relatief weinig verschil[29], voor de 10-locatie-variant ligt het aantal benodigde artsen wel systematisch hoger[30]. Daarnaast laat tabel 14 zien dat de invloed van het aantal locaties direct doorwerkt in het gemiddelde aandeel tijd tussen oproepen en de gemiddelde reistijd per forensisch arts. De gemiddelde aanrijtijd is het laagst in de tien-locatie-variant (0,87 uur), maar het aandeel tijd dat tussen twee oproepen zit is daar ook het hoogst (42%).

Zetten we deze uitkomsten af tegen de huidige situatie, waarin er 242 (zie rapport I) forensisch artsen beschikbaar zijn die ieder gemiddeld 16 uur per week aan FMO en lijkschouw besteden, dan zien we dat de huidige capaciteit alleen toereikend is voor de drie- en vier-locatie-variant zoals berekend in het simulatiemodel[31]. De capaciteit schiet op dit moment tekort voor de

[29] De verschillen in het aantal benodigde FA-en per jaar bij twee, drie of vier locaties zijn niet groot, omdat voor elke locatiecombinatie een maximale aanrijtijd is gesteld (zie tabel 12 hiervoor).

[30] Een verklaring hiervoor is dat voor deze variant Nederland in 10 (politie)regio's is verdeeld, waarbinnen de optimale vertreklocatie is bepaald. In de andere (2, 3 en 4 locatie) varianten is Nederland als het ware als één gebied beschouwd, een veel groter landoppervlak beslaat waarvoor de optimale locatiecombinaties modelmatig zijn bepaald.

[31] In het simulatiemodel wordt er vanuit gegaan dat *iedereen* 16 of 24 uur per week werkt, waarmee aan de eis wordt voldaan dat men dat minimaal 16 uur werkt. Daarmee wordt geabstraheerd van het feit

twee- en tien-locatie-variant, waarvoor jaarlijks 249 respectievelijk 257 forensisch artsen beschikbaar zouden moeten zijn. Kijken we naar de capaciteit die in de komende jaren te verwachten is gezien de in- en uitstroom binnen de beroepsgroep van forensisch artsen, dan zullen ook de bezetting van de drie- en vier-locatie-varianten al snel niet meer haalbaar zijn (als de gemiddelde tijdsbesteding aan FMO en lijkschouw 16 uur per week zal blijven). Tabel 15 laat zien dat bij een geschatte instroom van 10 forensisch artsen per jaar[32], en een te verwachtte uitstroom die gebaseerd is op de enquête die in het najaar is gehouden onder de forensisch artsen, de capaciteit zal dalen naar 229 in 2018. Dit komt dan onder de benodigde capaciteit te liggen voor de drie- en vier-locatie-varianten (jaarlijks 237 respectievelijk en 225 forensisch artsen). Kijken we 10 jaar vooruit naar 2028, dan is de capaciteit (gegeven een zelfde jaarlijkse in- en uitstroom) verder afgenomen tot 210 forensisch artsen die FMO en lijkschouw kunnen/mogen uitvoeren.

Tabel 15: De te verwachtte capaciteit aan forensisch artsen 2016-2030 op basis van in- en uitstroomschattingen

Jaar	2016	2018	2020	2022	2024	2026	2028
Instroom per jaar (N)	-	10	10	10	10	10	10
Uitstroom per jaar (N)	-	23	20	17	14	11	15
Verschil instroom – uitstroom (N)	-	-13	-10	-7	-4	-1	-5
Aantal werkzame forensisch artsen	242	229	219	212	208	207	202

Bron: NIVEL-enquête onder forensisch artsen 2016

3.3 Enkele mogelijke implicaties en (meer)kosten van het centralisatiescenario

Indien een centralisatiescenario voor de organisatie en aansturing van FMO en lijkschouw in Nederland zou worden ingevoerd zal dit veel verschillende gevolgen hebben. Deze gevolgen zijn met verschillende onzekerheden omgeven. Het valt buiten het bestek van dit onderzoek om deze nader te bepalen en te analyseren. Wel kan in het algemeen iets gezegd worden over de mogelijke gevolgen van het centralisatiescenario voor FMO en lijkschouw op aspecten als de kwaliteit en de financiering van het systeem.

Allereerst kan het stellen van een minimaal aantal uren dat forensisch artsen per week besteden aan FMO en lijkschouw (een randvoorwaarde die overigens ook zonder centralisatie kan worden gesteld), ervoor zorgen dat zij in totaal ook meer tijd besteden aan kwaliteitsaspecten zoals innovatie, bijscholing, intervisie en onderzoek. Wat hiervan de precieze financiële kosten en baten zullen zijn verdient nader onderzoek, maar het is wel gerelateerd aan de huidige herregistratie-eisen voor forensisch artsen. De huidige eis is dat een forensisch arts in de voorafgaande vijf jaren gemiddeld minstens 18 uur per jaar aan

dat in werkelijkheid spreiding binnen de groep forensisch artsen is in het aantal uren dat men besteedt aan FMO en lijkschouw. Zo besteedt nu ongeveer de helft van de artsen meer, en de andere helft minder dan 16 uur aan FMO en lijkschouw. In het model komt echter een gemiddelde tijdsbesteding van 16 uur overeen met eenzelfde tijdsbesteding van 16 uur door alle forensisch artsen (ook daarvan is het gemiddelde immers 16 uur per week). Dat laat onverlet, zoals eerder uiteen gezet, dat een deel van de huidige forensisch artsen niet aan de eis van minimaal 16 per week voldoet.

[32] Dit is een lage of minimale schatting van de instroom in de afgelopen jaren in de basisopleiding forensische geneeskunde. Deze fluctueert omdat de artsen op verschillende momenten de opleiding volgen, afronden en zich op basis daarvan laten (her)registreren in het FMG-register. De additionele instroom in de arts M&G (profiel)opleiding forensische geneeskunde KNMG was over de afgelopen jaren nagenoeg 0 (zie ook 'Capaciteitsplan 2016 Deelrapport 4 Sociaal Geneeskundigen' van Capaciteitsorgaan, en het rapport Deel I).

relevante scholing heeft gevolgd[33]. Met een verhoging van de tijdsbesteding aan FMO en lijkschouw kan deze eis makkelijker worden gehaald. Daar staat tegenover dat de jaarlijkse scholingskosten toenemen. Deze bedragen nu naar schatting circa €3.000[34] tot €5.000[35] per forensisch arts. Sowieso nemen in het centralisatiescenario waarschijnlijk de salariskosten toe omdat een deel van de huidige forensisch artsen hun werkweek zal moeten uitbreiden om minstens 16 uur per week aan FMO en lijkschouw te besteden. Daarnaast zullen er investerings- en transitiekosten gemaakt moeten worden, zoals vestigingskosten en de kosten voor de herinrichting van een meer gecentraliseerde overhead. Omgekeerd zijn besparingen te verwachten van het centralisatie-scenario. Er zullen dan immers minder locaties en werkplekken zijn. Ook zouden op termijn besparingen kunnen worden bereikt omdat er meer scholing intern gegeven kan worden om expertise en ervaring op peil te houden, bijvoorbeeld door meer mogelijkheden voor onderling kennisuitwisseling, intervisie en gezamenlijk onderzoek.
Het is dus duidelijk dat verdere verkenning en nader onderzoek noodzakelijk is om de voor- en nadelen van het centralisatiescenario, waarvan hier slechts enkele benoemd, uit te werken en te kwantificeren. In het slothoofdstuk komen we nog op terug de potentiële (meer)kosten en (meer)opbrengsten van het centraliseren van FMO en lijkschouw.

3.4 Conclusies tweede set onderzoekvragen: deelvragen 4 t/m 8

- Het antwoord op de vierde deelvraag van dit rapport: "*Hoeveel forensisch artsen zijn er nodig voor het centralisatie-scenario, waarbij forensisch medisch onderzoek en lijkschouw voor heel Nederland wordt voorzien conform de voorwaarden dat*:
    - *forensisch artsen continu ('24x7') beschikbaar zijn voor heel Nederland het geen door één centrale organisatie wordt gecoördineerd;*
    - *elke forensisch arts minimaal 16 dan wel minimaal 24 uur per week aan FMO en lijkschouw besteed;*
    - *elke forensisch arts binnen een aanrijtijd van 1, anderhalf of 2 uur ter plaatse zal zijn,*

  kent 8 varianten. Deze varianten worden bepaald door de keuze voor twee, drie , vier of tien locaties van waaruit aangereden zal worden, en de (modelmatige) keuze of forensisch artsen minimaal 16 of minimaal 24 uur per week aan FMO en lijkschouw besteden. Indien gestreefd wordt naar het minst aantal benodigd forensisch artsen, dan is de vier-locatie-variant het meest optimaal waarbij er 150 forensisch artsen per jaar nodig zijn die allen minimaal 24 uur per week aan FMO en lijkschouw besteden. Wordt gestreefd naar zo min mogelijk locaties, dan zijn voor de twee-locatie-variant 249 artsen per jaar nodig als deze minimaal 16 uur per week, en 166 als deze minimaal 24 uur per week aan FMO en lijkschouw besteden. Ook zou een streven kunnen zijn de gemiddelde aanrijtijd zo laag mogelijk te laten zijn. Dan zou de tien-locatie-variant het meest optimaal, waarbij dan 257 forensisch artsen per jaar nodig zijn als deze minimaal 16 uur, en 171 als deze minimaal 24 uur per week aan FMO en lijkschouw besteden.

[33] Zie https://www.forgen.nl/file/7fcc09e55a63c9b9f69c9ec7e74900d5.
[34] Alle geaccrediteerde scholing voor forensisch artsen wordt aangeboden door het NSPOH waar een tarief van 65,80 euro per lesuur wordt gehanteerd. In acht nemende dat forensisch artsen elke vijf jaar gemiddeld zo'n 18 uur per jaar aan scholing volgen, zijn de kosten voor scholing op jaarbasis dan ook circa 1.200 euro per persoon. Er vanuit gaande dat een forensisch arts minimaal 16 uur werkt, komen de scholingskosten neer op 3.000 euro (exclusief BTW).
[35] In een interne notitie van de politie wordt een bedrag van €5.000 aan opleidingskosten van forensisch artsen gehanteerd.

- Op de vijfde deelvraag van dit rapport: "*Op welke locaties zouden in dit centralisatie-scenario forensisch artsen geografisch gezien het beste gelokaliseerd/gehuisvest kunnen worden*" luidt het antwoord dat Lelystad en Tilburg de optimale locatie-combinatie is wanneer gestreefd wordt naar zo min mogelijk locaties waarbij wel nog voldaan wordt aan de eis dat gemiddeld binnen twee uur een elke inwoner in Nederland (met uitzondering van de Waddeneilanden) bereikt kan worden. Zou beleidsmatig gekozen worden voor drie locaties dan zijn dat Zwolle, Haarlem en Tilburg, en bij vier locaties is de optimale combinatie: Assen, Venlo, Leiden en Goes. Wordt niet op landelijk maar per politieregio geoptimaliseerd dan zijn de optimale locaties: Groningen-Nijmegen-Bussum-Alkmaar-Amsterdam-Den Haag-Rotterdam-Tilburg-Eindhoven-Geleen.
- Op deelvraag 6: "*Hoeveel fte per forensisch arts is in het centralisatie-scenario bovenop de 0,4 nodig voor alle kwaliteitsaspecten, zoals bijscholing, intervisie, onderzoek e.d."* valt op basis van het ontworpen simulatiemodel en de beperkte mogelijkheden van dit onderzoek geen specifiek antwoord te geven. Bekend is dat forensisch artsen per vijf jaar gemiddeld zo'n 18 uur per jaar aan bijscholing dienen te volgen voor herregistratie in het FMG-register, en dat hiervoor in de huidige situatie tussen de 3 à 5 duizend euro per arts wordt in begroot. Tevens verwijzen we naar de enquête onder forensisch artsen in 2016, waar uit de tijdsbestedingsvraag bleek dat 14,1% van de totale werktijd besteed wordt aan bij- en nascholing, financiële administratie, wetenschappelijk onderzoek. Dit percentage is niet gespecificeerd voor FMO of lijkschouw.
- Op deelvraag 7a van dit rapport: "*Wat zijn naar schatting de meerkosten van het centralisatie-scenario ten opzichte van de huidige kosten c.q. begrote bedragen en waar bestaan die meerkosten uit?*" luidt het antwoord dat er verschillende (meer)kosten te bedenken zijn ten gevolge van het centralisatie-scenario. Deze kosten zijn echter binnen dit onderzoek niet te kwantificeren. Om deze kosten in kaart te brengen is een *business case* analyse vereist, die buiten het bestek van dit onderzoek valt.
- Op deelvraag 7b: *"Wanneer de randvoorwaarden a) b) en c) van het centralisatie-scenario zoals in vraag 1 benoemd aangepast worden door te rekenen met langere aanrijtijden en/of langere werktijden van forensisch artsen, wat zijn dan de meerkosten?*" is het antwoord dat het simulatiemodel laat zien hoe aanpassing van de randvoorwaarden leidt tot andere resultaten in termen van het aantal benodigde forensisch artsen, aanrijtijden en tijd tussen oproepen. Deze gevolgen zijn echter *niet* uitgedrukt in meerkosten, zoals hiervoor reeds aangegeven. Zo zorgt een langere werkweek, minimaal 24 uur in plaats van 16 uur, ervoor dat er minder forensisch artsen nodig zijn. En indien minder lange aanrijtijden gewenst zijn heeft dat weer tot gevolg dat er meer locaties nodig zijn van waaruit aangereden wordt. Wat deze veranderingen betekenen in termen van (meer)kosten is gezien de strekking van dit onderzoek en de aard van het simulatiemodel niet berekend. Hiervoor is verdere verkenning en onderzoek nodig.
- Op de achtste deelvraag van dit rapport: "*Kan, gegeven de antwoorden op de voorgaande vragen, met het centralisatie-scenario op een adequate wijze voldaan worden aan de vraag en de (varianten in de) randvoorwaarden, en is er sprake van een haalbaar en in de praktijk uitvoerbaar model?"* luidt het antwoord dat er verschillende varianten van het centralisatie-scenario mogelijk zijn welke in het antwoord op deelvraag 4 zijn omschreven. Wordt onder 'in de praktijk werkbaar' verstaan of het centralisatie-scenario met de *huidige* capaciteit (242 forensisch artsen die gemiddeld 16 uur per week aan FMO en lijkschouw besteden) haalbaar is, dan zijn twee van de vier varianten op dit moment 'werkbaar'. Over twee jaar zal echter de capaciteit voor geen van de varianten voldoende zijn, tenzij de instroom in de opleiding zal toenemen en/of forensisch artsen hun tijdsbesteding aan FMO en lijkschouw van 16 naar 24 uur per week verhogen.

4 Conclusies en beperkingen van dit onderzoek

4.1 Conclusie

De conclusie van dit onderzoek is dat een centralisatie-scenario praktisch haalbaar is om FMO en lijkschouw centraal te organiseren en daarbij te voldoen aan de door de Commissie Hoes opgestelde voorwaarden dat:

- forensisch medisch onderzoek en lijkschouw in Nederland continue en landelijk dekkend gegarandeerd wordt aangeboden,
- forensisch artsen hier minimaal 16 dan wel minimaal 24 uur per week aan besteden,
- het aantal locaties zo klein mogelijk is en
- de aanrijtijden zo kort mogelijk zijn, maar in elk geval tussen de 1 à 2 uur.

Op basis van een simulatiemodel is eerst bepaald welke stedelijke locaties in Nederland het meest optimaal zijn om vanuit daar forensisch artsen voor FMO-zaken en lijkschouwen uit te laten rijden. Vervolgens is met een ander simulatiemodel bepaald hoeveel forensisch artsen er nodig zijn om (onder de bovengenoemde voorwaarden) FMO en lijkschouw in Nederland continue en landelijk dekkend aan te bieden Dit resulteert in 2x4=8 varianten van het centralisatie-scenario die met het simulatiemodel zijn doorgerekend.

Het simulatiemodel laat zien hoe het aantal benodigde forensisch artsen varieert met het aantal locaties waarvoor gekozen wordt, en de eis die wordt gesteld aan het minimaal aantal uur dat forensisch artsen aan FMO en lijkschouw per week besteden. Het laagste aantal benodigde forensisch artsen is dan 150, maar daarbij zouden forensisch artsen 24 uur per week aan FMO en lijkschouw moeten besteden. Het hoogste aantal benodigde forensisch artsen is 257 per jaar, nodig voor de variant waarin uit wordt gegaan van 10 locaties (1 binnen elke politieregio) en een tijdbesteding van 16 uur per week aan FMO en lijkschouw. Daarnaast zijn met het model ook andere gevolgen van de varianten van het centralisatie-scenario doorgerekend. Zo is berekend dat de twee-locatie-variant gemiddeld de hoogste aanrijtijd kent van 1 uur en 39 minuten. De laagste gemiddelde aanrijtijd is het geval in de tien-locatie-variant: 0,87 uur per rit.
Om nu een uitspraak te kunnen doen omtrent de haalbaarheid van de varianten van het centralisatie-scenario zijn de uitkomsten naast de huidige capaciteit van forensisch artsen in Nederland gelegd. Uit het rapport I bleek dat er in totaal 242 forensisch artsen werkzaam zijn die gemiddeld 16 uur per week besteden aan FMO en lijkschouw. Vergelijken we deze huidige capaciteit van 242 forensisch artsen nu met de uitkomsten van de simulaties, dan is een centrale organisatie vanuit zowel de drie- als de vier-locatie-variant thans theoretisch haalbaar omdat daarvoor 237 en 235 forensisch artsen nodig zijn. Voor de twee- en tien-locatie-variant zijn echter meer dan 242 artsen nodig.

Een daadwerkelijke overgang naar een centralisatie-scenario van FMO en lijkschouw in Nederland zal een transitie van het huidige situatie betekenen. Daarin zijn er veel implicaties die met onzekerheden omgeven zijn. Zoals eerder aangegeven zijn deze implicaties niet in dit onderzoek nader uitgewerkt, maar alleen in zijn algemeenheid benoemd. Wat in ieder geval een implicatie zal zijn is dat de overgang naar een centralisatie-scenario de nodige tijd en inzet van alle betrokkenen zal vragen. Daarnaast is verdere verkenning en onderzoek nodig voordat het aantal locaties van diensten, zoals in kaart gebracht middels dit onderzoek, bepaald kan worden. Dat geldt ook voor de concrete personele en organisatorische inrichting van de centrale organisatie-eenheid en de decentrale locaties. Het is daarbij ook belangrijk om rekening te houden met de verschillende belangen van verschillende belanghebbende die vanuit verschillende perspectieven naar het centralisatie-scenario zullen kijken. Alle

belanghebbende hebben evenwel met een zelfde context te maken, namelijk een naar verwachting stijgende vraag naar FMO en lijkschouw, waarbij het huidige aanbod van forensisch artsen zal teruglopen wanner de instroom in opleiding en beroep niet aantrekt.

4.2 Aandachtspunten, aannames en vervolgonderzoek

In dit onderzoek zijn verschillende aannames gedaan omdat modellen zijn opgesteld die vereenvoudigde weergaven van de werkelijkheid zijn. Uiteraard kunnen de aannames die in dit onderzoek gehanteerd zijn in de realiteit anders uitpakken. Om de onzekerheidsmarges rond deze aannames en varianten van het centralisatie-scenario te expliciteren zullen deze, net als enkele aandachtspunten rond het centralisatie-scenario, hieronder worden samengevat. Dit biedt tevens aanknopingspunten voor nader onderzoek.

Aandachtspunten

In hoofdstuk 3 is het centralisatiescenario eerst vertaald in locatiemodel en daarna een capaciteits-simulatiemodel waarin acht varianten zijn doorgerekend. De resultaten in termen van het benodigde aantal forensisch artsen, aanrijtijden en gemiddelde tijd tussen twee oproepen, laten zien dat met meer locaties de aanrijtijden lager zijn maar de benodigde capaciteit hoger. De ‘optimale’ variant is dan ook afhankelijk welke ‘doelvariabele’ centraal wordt gesteld, en welke afweging tussen de verschillende uitkomsten van het model worden gemaakt. In ieder geval blijkt het centralisatie-scenario theoretisch haalbaar als vanuit drie of vier locaties forensisch artsen FMO en lijkschouw zouden uitvoeren à 16 uur per week.

Bij het verder doordenken van het centralisatie-scenario zijn veel aandachtspunten die overwogen en afgewogen dienen te worden. Een aantal is eerder benoemd in paragraaf 3.1 van dit rapport. In dit afsluitende hoofdstuk presenteren een overzicht van wat potentiële voor- en nadelen genoemd kunnen worden en waaraan gedacht kan worden. Deze zijn weergeven in tabel 16. Dit overzicht is niet uitputtend en geeft slechts een aanzet voor verdere verkenning en discussie. Over hoe zwaar deze aandachtspunten wegen, en welke kosten of opbrengsten ze met zich mee zullen brengen, kan binnen dit onderzoek geen uitspraak worden gedaan. Dit vergt zoals gezegd verder onderzoek en overleg tussen alle belanghebbenden die de verantwoordelijkheid hebben voor de beschikbaarheid, kwaliteit en betaalbaarheid van FMO en lijkschouw in Nederland.

Tabel 16: Enkele voor- en nadelen van het centralisatie-scenario

Voordeel	*Nadeel*
• Het nieuwe centralisatie-scenario kan leiden tot onderlinge taakverdeling en delegatie (naar bijvoorbeeld forensisch verpleegkundigen) • Meer arbeidsuren kunnen leiden tot meer arbeidservaring en expertise. Dit kan dan resulteren in kwaliteitswinst. • Mogelijke besparingen in verband met minder locaties • Mogelijk minder overheadkosten als gevolg van meer efficiency en centralisatie van diensten/kennis • Centralisatie biedt mogelijkheden voor één beleid, één HRM, één aanspreekpunt voor externen e.d.	• Meer arbeidskosten per arts omdat artsen meer uren gemiddeld per week (>16 uur) moeten gaan werken om aan kwaliteitseisen te kunnen voldoen • Centralisatie kan mogelijk leiden tot een verhoging van de woon-werkverkeer en werk-werkverkeer reistijd voor forensisch artsen • Het verhogen van het aantal uren besteed aan FMO en lijkschouw per forensisch arts zal mogelijk ten koste gaan van andere forensische taken die ook worden verricht zoals MAZ • Door centralisatie zullen wellicht nieuwe locaties aangeschaft moeten worden, deze zullen tevens moeten worden voorzien van nieuwe (communicatie)technologie e.d.

Aannames en vervolgonderzoek

We sluiten dit hoofdstuk af met een overzicht van de aannames die zijn gehanteerd om het centralisatiescenario te operationaliseren. Deze aannames zijn toegepast in modellen om de optimale locatiecombinaties in Nederland te bepalen, de bezetting van deze locaties en de 'prestaties' van een aantal varianten door te rekenen.

- Het simulatiemodel maakt geen onderscheid tussen de drukte van werkzaamheden en verkeer overdag of in de nacht, doordeweeks of in het weekend. Er is uitgegaan van het 'pessimistisch scenario' waarbij elke zaak op donderdagmiddag om 17:00 uur plaatsvindt. De keuze voor een ander tijdstip zal dan ook zorgen voor andere aanrijtijden en een ander benodigd aantal forensisch artsen.
- In het tweede simulatiemodel t.b.v. het centralisatie-scenario wordt uitgegaan van een handelingsrespons-percentage van 80%. Dat betekent dat 20% van alle binnenkomende oproepen niet meteen met actie worden opgevolgd. Indien er van een hogere 'norm', van bijvoorbeeld een 95 % handelingsrespons-percentage, wordt uitgegaan zal het aantal benodigde forensisch artsen toenemen.
- In het tweede simulatiemodel is eveneens de randvoorwaarde geïmplementeerd dat alle forensisch artsen minimaal 16 of 24 uur per week aan FMO en lijkschouwingen besteden. Zoals aangeven werken sommige artsen meer dan 16 of 24 uur per week en anderen minder. Met de beleidskeuze voor ogen om de gemiddelde tijdsbesteding van forensisch artsen te kunnen beïnvloeden, is nader onderzoek raadzaam onder forensisch artsen naar hun huidige en gewenste werktijden, werkweek-omvang en werklocatie. Dit kan uitsluitsel geven betreft wat het profiel is van de huidige en toekomstige groep werkzame forensisch artsen, opgebouwd uit de groep die (1) de komende 10 à 15 jaar werkzaam zullen zijn, (2) zij die net de arbeidsmarkt betreden en (3) zij die het vak (willen) gaan verlaten.
- In de simulatiemodellen is geen rekening gehouden met de mogelijkheid om overlap van vraag(schommelingen) van regio's onderling op te vangen, door roulatie en/of vormen van flexibele taak-allocatie. In de uitwerking van het centralisatie-scenario is niet expliciet ingegaan op de ontwerpvraag of de inkomende oproepen voor een FMO-zaak of lijkschouw in één landelijke centrale meldkamer binnen komen, of regionaal worden geleid naar de betreffende decentrale meldkamer (afhankelijk van het aantal locaties). Wat in het

geval van FMO-zaken en lijkschouwen het meest efficiënt is ten opzichte van de huidige melding en afhandeling per politieregio, is nader onderzoek waard. De kosten van FMO en lijkschouw bedragen 7,5 miljoen euro op jaarbasis. De vraag wat de (meer)kosten van het centralisatiescenario zouden zijn, en welke kostenbesparingen bereikt kunnen worden, kan met dit onderzoek niet worden beantwoord. Verder onderzoek is nodig om deze kosten en potentiële besparingen in kaart te brengen en deze op een betrouwbare manier in te schatten c.q. te kwantificeren.

Bijlage 1

Tabel 1a: Verandering van de procentuele verdeling van het aantal inwoners naar politieregio, 2010-2015

Politieregio	2010	2015	% verandering 2015-2010
Noord-Nederland	10,35%	10,17%	-1,73%
Oost-Nederland	18,89%	18,74%	-0,81%
Midden-Nederland	11,18%	11,31%	1,15%
Noord-Holland	8,95%	8,91%	-0,39%
Amsterdam	5,69%	5,97%	4,80%
Den Haag	10,73%	10,87%	1,22%
Rotterdam	10,35%	10,43%	0,76%
Zeeland - West-Brabant	8,77%	8,70%	-0,80%
Oost-Brabant	8,28%	8,27%	-0,14%
Limburg	6,78%	6,61%	-2,42%
Totaal	100,%	100,%	

Bron: CBS.

Tabel 1b: Verandering van de procentuele verdeling van het aantal sterfgevallen naar politieregio, 2010-2015

Politieregio	2010	2015	% verandering 2015-2010
Noord-Nederland	10,87%	11,22%	3,31%
Oost-Nederland	19,74%	18,95%	-4,03%
Midden-Nederland	9,77%	9,79%	0,21%
Noord-Holland	8,31%	9,03%	8,67%
Amsterdam	5,26%	4,81%	-8,43%
Den Haag	10,02%	10,15%	1,31%
Rotterdam	10,36%	10,43%	0,69%
Zeeland - West-Brabant	9,64%	9,38%	-2,67%
Oost-Brabant	8,02%	8,20%	2,18%
Limburg	8,01%	8,03%	0,21%
Totaal	100%	100,%	

Bron: CBS.

Tabel 1c: Verandering van de procentuele verdeling van het aantal sterfgevallen met uitwendige oorzaak naar politieregio, 2010-2015

Politieregio	2010	2015	% verandering 2015-2010
Noord-Nederland	10,18%	10,25%	0,65%
Oost-Nederland	18,19%	18,63%	2,41%
Midden-Nederland	10,94%	10,83%	-1,03%
Noord-Holland	8,01%	10,34%	29,12%
Amsterdam	6,80%	5,59%	-17,74%
Den Haag	10,98%	10,66%	-2,87%
Rotterdam	9,96%	10,36%	3,95%
Zeeland - West-Brabant	9,46%	8,56%	-9,46%
Oost-Brabant	7,88%	7,84%	-0,51%
Limburg	7,59%	6,93%	-8,72%
Totaal	100%	100%	

Bron: CBS.

Bijlage 2

In het tweede simulatiemodel van dit onderzoek wordt aangenomen dat alle typen FMO-zaken en lijkschouwen samengenomen gemiddeld 1,5 uur duren. Deze 1,5 uur is een gewogen gemiddelde van de tijdsduur van alle soorten FA-verrichtingen (1,2 uur) naar boven afgerond (zie tabel 2). De tijdsduren zijn gebaseerd op inschattingen van experts en normtijden die in de bekostigingssystematiek van de politie en contractanten worden gehanteerd. De tijdsduur is *inclusief* tijd besteed aan rapportage en communicatie met betrekking tot de verrichting of zaak.

Tabel 2a: Gewogen tijdsduurverrichtingen van FMO en lijkschouw

Type verrichting	**Aantal**	**Tijdsduur per verrichting (in uren)**
Bloed/Weefsel afname	4.800	1
Lijkschouw	16.000	1,5
Letselbeschrijving	9.000	0,5
Zedenonderzoek	1.000	2,5
Gewogen gemiddelde in uren		*1,2*

Doorrekening van het centralisatie-scenario voor forensisch medisch onderzoek en lijkschouw

Rapport II voor de Commissie Hoes

Summary

Ronald Batenburg
Simone Versteeg
Johan Hansen
Valentijn van Spijker (SEO)

Juni 2017

ISBN 978-94-6122-451-4
http://www.nivel.nl
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2017; Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum. Auteursrechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm, digitale verwerking of anderszins, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het WODC. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld. WODC kent het NIVEL een niet-exclusief en niet-overdraagbaar recht toe de resultaten uit het onderzoeksrapport te gebruiken en openbaar te publiceren.’.



NIVEL
Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Otterstraat 118-124
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729
www.nivel.nl

Summary

This summary describes the results of the study "*Exploring a centralisation scenario for forensic clinical research and forensic post-mortems*". This study is the sequel of the study *"Inventory of forensic clinical research and medical care for detainees"*. The main question concerns the feasibility of a centralized organization model to guarantee high quality and sustainable forensic clinical research and post-mortems in the Netherlands. As medical care for detainees can be organized in other models, this forensic-medical service is excluded from this study.
Currently 22 municipal health service centres and four private companies provide forensic-medical services based in 26 locations dispersed over the country. They employ 242 forensic doctors who are called by the police to execute forensic clinical research and forensic post-mortems. The Dutch police is organized by one national police force comprising ten regional units (so called 'police-regions').

The centralisation scenario that is investigated and explored in this study is predefined by five conditions or key requirement:

1. All forensic doctors are contracted by one national and public organisation that organizes the central delivery of forensic clinical research and forensic post-mortems across the Netherlands;
2. This 'national' organisation has a minimum number of base locations at which forensic doctors are standby to operate;
3. Each forensic doctors spends at least 16 hours per week on forensic clinical research and forensic post-mortems;
4. At any given time and each location, forensic doctors are standby constantly standby to operate 24/7, 7 days a week;
5. The travel time of forensic doctors to a forensic clinical research case or forensic post-mortem is as short as possible (preferably less than two hours).

Different models, methods and data sources are used for this study. Literature and desk research is performed to describe the current delivery and demand for forensic clinical research and forensic post-mortems in The Netherlands and by police region. Triangulating different sources, it is estimated that 15,000 cases of forensic clinical research are yearly executed by forensic doctors in the Netherlands. The costs of this service is approximately 2.5 million euro per year. In a similar vein, it is estimated that a total of 16,000 post-mortems are conducted by forensic doctors per year, against annual costs of approximately 5 million euro per year. It is further described that the number of forensic clinical research cases has not changed much over the years and does not differ much between the ten police regions. The number of post-mortems however, has grown significantly over the past years, specifically due to an increased number of euthanasia. All in all, it can be expected that the demand for forensic doctors to execute forensic clinical research and forensic post-mortems will keep growing in The Netherlands.

Meeting the five requirements of the potential centralisation scenario as listed above, two simulation models were developed.

The first simulation model was designed to calculate the optimal locations in the Netherlands to base the two forensic-medical services. This simulation model is based on the minimum, maximum and average travel times (by car) of forensic doctors to and from a forensic clinical research case or forensic post-mortem. Travel times are processed in the model assuming the most pessimistic day and time (i.e. the busiest day and time of the week as known from national traffic statistics, being Thursday afternoon 4 PM).
The simulation runs were executed to find the optimal locations within four location-combination option – selecting from the 26 locations that are already in place for providing forensic-clinical services. The model first calculated the optimal locations in the Netherlands aiming for a minimum number of locations, being a combination of two, three and four locations across the country. Secondly the model was ran for a combination of ten locations, in which each is located in one of the ten police regions. The optimal locations within each of the options were defined as the shortest travel time by car to every location within its service area, while reaching all Dutch inhabitants within a maximum driving time of two hours.

The second simulation model was developed to calculate the required number of forensic doctors to nationally and locally staff each of the optimal location-combinations on a permanent service basis. In addition, this model calculated the average share of time for each forensic doctor on duty between two cases, and their travel drive time to a case by car. The model was ran for the optimal two, three, four and the location-combination as derived from the first simulation model. In addition, for each optimal location-combination the model was ran assuming that forensic doctors can be allocated for 16 hours per week on forensic clinical research and forensic post-mortems, and assuming they can be allocated for 24 hours per week to execute these forensic-medical services. The model took into account that forensic doctors can be allocated 42 weeks per year due to private and national holidays, sickness. This key result of the study is presented in Table 1.

Table 1: Results of the eight runs to simulate the consequences of a pre-defined centralisation scenario for forensic clinical research and forensic post-mortems in The Netherlands

	Total required number of forensic doctors per year	**Total required number of forensic doctors at every location**	**Average share of time between two cases during duty (%)**	**Average travel time, one way (hours)**
Two-location-combination (viz. Lelystad-Tilburg)				
Assuming forensic doctors can be allocated:				
16 hr/week	249	19	22,9	1,39
24 hr/week	166	19	22,9	1,39
Three-location-combination (viz. Zwolle-Haarlem-Tilburg)				
Assuming forensic doctors can be allocated:				
16 hr/week	237	18	27,7	1,15
24 hr/week	158	18	27,7	1,15
Four-location-combination (viz. Assen-Leiden-Venlo-Goes)				
Assuming forensic doctors can be allocated:				
16 hr/week	225	17	27,5	1,05
24 hr/week	150	17	27,5	1,05
Ten-location-combination (viz. Groningen-Nijmegen-Bussum-Alkmaar-Amsterdam-Den Haag-Rotterdam-Tilburg-Eindhoven-Geleen)				
Assuming forensic doctors can be allocated:				
16 hr/week	257	19	41,8	0,87
24 hr/week	171	19	41,8	0,87

The results demonstrate that it actually depends on the objectives what option fits best the centralisation scenario in its application.
If the objection is to minimize the number of locations than obviously the two location option (viz. Tilburg and Lelystad) is optimal, but it should be recognized that: (1) this requires 249 forensic doctors a year (if they are allocated 16 hours a week) or 166 (if they can be allocated 24 hours a week), (2) there will be slack or a share time of 23% during duties, and (3) the average driving time is 1.4 hours.
If the objective of centralisation scenario is to minimize the number of forensic doctors needed then the centralisation four location option (viz. Assen, Leiden, Venlo & Goes) is optimal. Allocation each of them for 24 hours per week requires 'only' 150 forensic doctors per year while (225 is doctors are allocated 24 hours per week), the average share time is 28% and the average travel time 1.1 hour.
Another objective might be to minimize the average driving time . Then the ten location-combination option is obviously optimal with an average driving time of 0.87 hours. But it is clear that for this option a higher number forensic doctors is required (171 or 257) and the average share time between two call during one duty is also significantly higher compared to the other options (42%).

Give that our previous study shown that the current 242 forensic doctors spent (on average) 16 hours per week on forensic clinical research and forensic post-mortems, we conclude that only the three and four location-combination option are feasible – in terms that they require less than 242 forensic doctors and the other consequences of these options are acceptable. It need to be taken into account however, that the inflow of forensic doctors has been over for the last few years in The Netherlands. At the same time, a large number of the current workforce is expected to retire within a few years. If the inflow will not increase and compensate the outflow in the near future, none of the options of the centralization scenario that were simulated will be feasible. This conclusion obviously is different is forensic doctor will (or: can, wish) increase their time spent on forensic clinical research and forensic post-mortems from 16 to 24 hours per week.

The answer to the main question of this study reads that a centralisation scenario that meets the preconditions is feasible, according to the constructed simulation models and given their assumptions. It is important to note however, that this study did not investigate the *practical* feasibility of a centralisation scenario i.e. the feasibility of its actual implementation. What can be concluded is that the further exploration and realization of a centralisation scenario will take time, preparation and careful coordination concerning a large number of factors. These factors are not only related to capacity and staffing aspects such as the future in and outflow and working time of forensic doctors. Also several social and organizational aspects need to be taken into account, most importantly the attitude and willingness of the current workforce, their employers and other stakeholders to support the centralization scenario.

Bijlage 8

Forensisch Medisch Onderzoek Zorg, Medische Arrestantenzorg en Lijkschouw in het buitenland

Een vergelijking op hoofdlijnen ten behoeve van de commissie Forensisch Medisch Onderzoek en Medische Arrestantenzorg

Inleiding

Door de commissie Forensisch Medisch Onderzoek en Medische Arrestantenzorg is verzocht een overzicht van de beschikbare te leveren ten aanzien van de wijze waarop deze terreinen in een aantal andere West-Europese landen (Engeland, Denemarken, België en Duitsland) zijn georganiseerd. Dit document bevat hiervan een weergave.

Gezien de beperkte tijd is ervoor gekozen waar mogelijk gebruik te maken van reeds bestaande overzichtsstudies. Zo is informatie ontleend aan de studies 'Forensische Geneeskunde ontleed', 'Forensic Medicine in Europe' en 'De lijkschouw en sectie beschouwd'. Forensische geneeskunde in de bestudeerde buitenlanden bestaat uit de disciplines forensisch medisch onderzoek, lijkschouw en forensische pathologie. Medische arrestantenzorg lijkt in deze landen te worden beschouwd als een andere tak van sport en lijkt voornamelijk te worden uitgevoerd door "gewone" artsen. De aan de rapporten ontleende informatie is aangevuld met relevante wetenschappelijke artikelen. Ten aanzien van het de medische arrestantenzorg ontbreekt overigens een overzichtsstudie. Mede om deze reden is door middel van een vragenlijst enige aanvullende informatie opgevraagd via de betrokken ambassades. Deze informatie is ook in de tekst verwerkt, waarbij dient te worden opgemerkt dat de in Kopenhagen opgevraagde informatie nog niet ontvangen is. Hierom is de paragraaf met betrekking tot Denemarken nog beperkt.

Dit document is niet geschikt noch bedoeld voor zelfstandige publicatie. De opgenomen tekst is bedoeld als aanvullende informatie voor de leden van de commissie

1 Engeland

Forensisch Medisch Onderzoek en Lijkschouw

Forensisch Medisch Onderzoek en lijkschouw worden in Engeland door forensische artsen verzorgd. Dit zijn zelfstandige artsen of artsen in dienst van de National Health Service (NHS) die zijn geaccrediteerd door de 'Pathology Delivery Board'. Op verzoek van de politie komen zij naar de politiebureaus. De 'Pathology Delivery Board' is een onderdeel van Home Office, de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van forensische artsen ligt dan ook daar. Het is vervolgens de verantwoordelijkheid van de verschillende 'police forces' om op het juiste moment passende hulp in te roepen.

De studie 'De lijkschouw en sectie beschouwd' biedt inzicht in het systeem van de lijkschouw in Engeland. Het coronersysteem in Engeland valt onder de Lord Chancellor. Dit is de ceremoniële titel van de minister van Justitie. De Chief Coroner is het hoofd van het coronersysteem, neemt de algehele verantwoordelijkheid op zich en geeft landelijk leiding aan alle coroners. De eindverantwoordelijkheid voor de lijkschouw ligt hiermee dus bij het ministerie van Justitie.
De coroner gaat een rol spelen als er een reden is om te vermoeden dat het overlijden gewelddadig of niet-natuurlijk is, de doodsoorzaak onbekend is of het overlijden in hechtenis heeft plaatsgevonden of op een andere manier door de staat van hun vrijheid beroofd heeft plaatsgevonden. Een coroner is een onafhankelijk gerechtelijk ambtenaar, aangesteld door de lokale autoriteit (gemeenteraad) binnen het gebied van de coroner. Eenmaal gekozen dan staat de coroner niet in een hiërarchische verhouding tot de lokale overheid. Een coroner werkt binnen de wetten die door het parlement zijn vastgesteld. Een coroner heeft een neutrale positie binnen het rechtssysteem. Hij kan alleen iets zeggen over hoe en waarom iemand is overleden, maar kan geen directe uitspraak doen over een eventuele schuldvraag of strafrechtelijke kwalificatie. De coroner wordt betaald door de lokale overheid, die deels gefinancierd wordt door de rijksoverheid. De lokale overheid mag zelf een coroner uitzoeken. De kosten van de (forensisch) patholoog worden vanuit de Coroner's Office gedragen en worden dus indirect door de lokale overheid betaald.

Medische arrestantenzorg

Politie eenheden in Engeland en Wales moeten op basis van de Police and Criminal Evidence Act 1984 passende gezondheidszorg bieden aan arrestanten. Medische arrestantenzorg wordt per district bij de NHS of private zorg instellingen ingekocht. De Home Office

is ministerieel verantwoordelijk voor de politie en daarmee ook voor medische arrestantenzorg.

Uit de literatuur blijkt dat van oudsher vaak huisartsen voor medische arrestantenzorg werden ingezet als 'police surgeon'. Een wetswijziging maakte het mogelijk om ook anderen (nurses, paramedics) voor deze taken in te zetten. Deels werd hiermee beoogd de kosten voor de medische arrestantenzorg te reduceren. Meer recent wordt de medische arrestantenzorg door diverse politie eenheden uitbesteed aan commerciële dienstverleners. Deze keuze wordt door de lokale politie eenheden bepaald. Dit heeft volgens de literatuur geleid tot een diverse uitvoering, waarbij niet duidelijk is of deze in alle gevallen tot de juiste kwaliteit leidt. In de literatuur worden zorgen uitgesproken over de gevolgen voor de kwaliteit van de medische arrestantenzorg. Ook wordt betwijfeld of de kosten daadwerkelijk zijn gedaald.

Na een onderzoek naar geestelijke gezondheidszorg voor arrestanten en gedetineerden in 2013 is besloten om dit nationaal te beleggen bij de NHS om een uniforme standaard te kunnen garanderen. De NHS is daarmee ook financieel verantwoordelijk voor de geestelijke gezondheidszorg. Er is recentelijk gekeken om ook medische arrestantenzorg in navolging van de geestelijke gezondheidszorg ook onder de verantwoordelijkheid van de NHS te plaatsen. Hier is uiteindelijk niet voor gekozen omdat dit te complex zou worden qua financiering. Elke district is nu zelf verantwoordelijk voor hoe de 'police funds' worden ingezet en het plaatsen van medische arrestantenzorg bij de NHS zou een te grote verandering zijn.

2 Denemarken

Forensisch Medisch Onderzoek en Lijkschouw
Denemarken heeft drie forensisch-medische instituten die alle aan een universiteit verbonden zijn (Kopenhagen, Aarhus, Odense). In deze instituten wordt naast medisch-juridisch onderzoek ook klinisch-forensisch onderzoek verricht, zoals de letselduiding bij geweldsslachtoffers of slachtoffers van seksueel geweld. Het forensisch instituut in Kopenhagen voert ook forensisch-antropologisch onderzoek uit.

In Denemarken wordt extern forensisch onderzoek wettelijk voorgeschreven ingeval van gewelddadige dood, of wanneer vermoed wordt dat er sprake is van een niet-natuurlijke dood. Een vervolg in de vorm van een forensische autopsie volgt alleen indien de wijze van overlijden onzeker is, als een misdrijf wordt vermoed, of als een zaak op een andere wijze van belang is voor de politie. Denemarken heeft een lagere forensische autopsiefrequentie dan andere Scandinavische landen, maar een veel hogere dan bijvoorbeeld Nederland, Duitsland en België. Toch heeft dit volgens Deense forensisch pathologen tot gevolg dat de forensisch pathologen in Denemarken minder praktijkervaring kunnen opdoen, wat een kwaliteitsvermindering van de forensische autopsie tot gevolg kan hebben.

In Denemarken betaalt de politie voor forensische autopsies en het lijkentransport via hun jaarlijkse districtelijke budgetten. De politiedistricten gaan zelf over de besteding van deze budgetten.

Medische arrestantenzorg

Nog geen informatie beschikbaar.

3 België

Forensisch Medisch Onderzoek en Lijkschouw
België heeft zeven afdelingen forensische geneeskunde die verbonden zijn aan een universiteit. Sinds 2007 werken de afdelingen forensische geneeskunde van de Vlaamse universiteiten (Leuven, Brussel, Gent en Antwerpen) samen met het NFI.

Op 5 november 1971 werd daarnaast met een Koninklijk Besluit het Nationaal Instituut voor Criminalistiek opgericht. Het besluit bleef echter dode letter. In de beleidsverklaring van de regering in juni 1990 (de Pinksterverklaring) werd de oprichting van het Nationaal Instituut voor Criminalistiek aangekondigd. In januari 1993 trad het Instituut in werking. Met het Koninklijk Besluit van 29 november 1994 werden de opdrachten van het Nationaal Instituut voor Criminalistiek verruimd tot het vakgebied van de Criminologie. Vandaag de dag is het NICC uitgegroeid tot een federale wetenschappelijke instelling

Ook hier biedt de studie 'De lijkschouw en sectie beschouwd' inzicht in het systeem van de lijkschouw. De decreten betreffende de begraafplaatsen en de lijkbezorging in België worden opgemaakt door het eigen gewest, dus Vlaanderen en Wallonië en het Duitstalige deel van België. De respectievelijke parlementen zijn hier verantwoordelijk voor. Bij een overlijden mag iedere willekeurige arts verklaren dat een persoon is overleden. Het is wettelijk verplicht voor de arts die het overlijden heeft vastgesteld het overlijdensattest in te vullen. Met het invullen van het overlijdensattest is de arts verantwoordelijk voor de identiteitsbepaling van de overledene, de datum en het tijdstip van overlijden en of er 'gerechtelijk bezwaar' is tegen begraven of cremeren. Er is sprake van gerechtelijk-geneeskundig bezwaar tegen begraven of cremeren als het overlijden zeker of vermoedelijk een uitwendige oorzaak (ongeval, zelfmoord, moord of doodslag) heeft. In het begrip 'zeker of vermoedelijk' ligt dan ook veel ruimte voor eigen interpretatie van de artsen. Als een dergelijk bezwaar bestaat, dan dient de politie gewaarschuwd te worden. Deze zal onderzoek doen en dit overleggen met de procureur des Konings. Als de arts beslist dat er een gerechtelijk-geneeskundig bezwaar is tegen begraven of cremeren is hij niet verplicht de politie of de procureur des Konings hierover te verwittigen. Uiteindelijk ligt die verantwoordelijkheid bij de ambtenaar van de burgerlijke stand. Maar de arts en/of de begrafenisondernemer en/of de familie mag de politie verwittigen. In Wallonië zal de arts na het invullen van het formulier vaak aan de familie adviseren om de politie te bellen. Mocht hij dat niet aan de

familie doorgeven of de familie doet dat niet, dan zal over het algemeen de begrafenisondernemer op het formulier zien dat er gerechtelijk-geneeskundig bezwaar is en vervolgens de politie bellen. Als er gerechtelijk-geneeskundig bezwaar is, moet volgens het Burgerlijk Wetboek (art. 81) de politie een proces-verbaal opmaken en moet de procureur des Konings in kennis gesteld worden. De procureur des Konings kan in een dergelijk geval één of twee artsen aanwijzen die het overlijden onderzoeken (art. 44 Wetboek Strafvordering). De procureur des Konings is vrij om te beslissen welke geneesheer hij hiertoe wil inschakelen. Deze is dan vanaf het moment van aanwijzen wetsarts voor de duur van het onderzoek (lijkschouw en eventuele sectie). Nergens in de wet staat beschreven aan welke kwaliteiten de gevraagde medisch deskundige moet voldoen. De procureur des Konings is niet gehouden aan het kiezen van een erkend gerechtelijk-geneeskundige (of wel forensisch patholoog) als wetsarts hoewel hij dit in de praktijk wel doet. Er wordt in België naar gestreefd om in de toekomst alleen nog maar medisch deskundigen aan te kunnen wijzen als wetsarts, als de aangewezen arts in een register voor gerechtelijk deskundigen staat. De gerechtelijke geneeskunde is sinds 2002 erkend als medisch specialisme door het ministerie van Volksgezondheid. In 2006 werd een aantal artsen erkend als specialist. Hiervan was een grote groep artsen die al jaren het werk deden en op die grond erkend werden.

Verrichtingen door een wetsarts in opdracht van de procureur des Konings worden betaald door de staat. Deze forensisch pathologen werken meestal voor een universiteit. Onafhankelijke artsen worden betaald per verrichting. Artsen verbonden aan de universiteit krijgen betaald door de universiteit en verrichtingen voor justitie worden dan via de universiteit verrekend met de staat.

Medische arrestantenzorg
Over het systeem van medische arrestantenzorg in België is niet veel bekend. Uit de informatie afkomstig via de ambassade komt naar voren dat wat betreft de Belgische politiediensten altijd een beroep wordt gedaan op privéartsen. Er is geen medische dienst voorzien voor politiecellen. Indien de verwondingen dermate ernstig zijn wordt de arrestant naar een ziekenhuis gebracht. Voor medische zorgen kan eventueel de politieverzekering tussenbeide komen, afhankelijk van de omstandigheden.

Ook werd enige informatie verschaft over de organisatie en financiering van gezondheidszorg voor gedetineerden en arrestanten (voorarresten, gedetineerden en geïnterneerden). Dit is in België de bevoegdheid van het Belgische ministerie van Justitie. De Dienst voor Gezondheidszorg Gevangenissen van het ministerie organiseert de continuïteit van de zorg en betaalt de prestaties en verstrekkingen van de zorgverstrekkers. In elke gevangenis werken één of meerdere statutaire verpleegkundigen (ambtenaren) en zelfstandige artsen, tandartsen, kinesitherapeuten en andere zorgverstrekkers. Hier is dus sprake van een gedeeld publiek-private taak. Omtrent de kwaliteit van de dienstverlening probeert men met name alle opgesloten personen 'gelijkwaardige' gezondheidszorg aan te bieden. De kwaliteit van medische zorg in Belgische gevangenissen is echter een pijnpunt, waardoor indien noodzakelijk beroep gedaan wordt op een extern ziekenhuis. Aanbesteding is momenteel geen issue.

4 Duitsland

Forensisch Medisch Onderzoek en Lijkschouw
Duitsland heeft 28 forensische instituten die verbonden zijn aan universiteiten, zes staatsinstituten en vier vrijgevestigde forensische instituten. Routinematig forensisch-geneeskundig onderzoek wordt in Duitsland voornamelijk door de universitaire forensisch-geneeskundige instituten verricht. Routinematig sporenonderzoek daarentegen wordt voornamelijk in gespecialiseerde politielaboratoria verricht. De universitaire forensische instituten worden in principe gefinancierd door het ministerie van Onderwijs, terwijl de staatsinstituten gefinancierd worden door het ministerie van Binnenlandse Zaken of het ministerie van Gezondheid.

De procedure inzake de lijkschouw wordt in iedere deelstaat zelf geregeld. Er is daarmee geen duidelijke verantwoordelijkheid bij een bepaald federaal ministerie. De lijkschouw moet worden verricht door de arts die er als eerste bij is geroepen. In de praktijk zal een reguliere arts de lijkschouw verrichten. Bij (vermoeden van) niet-natuurlijk overlijden of een onduidelijke doodsoorzaak moet deze de politie bellen. De politie moet in deze gevallen (en bij een ongeïdentificeerd lichaam) onverwijld melden bij de officier van Justitie. Over het algemeen komt dan de Kriminalpolizei ter plaatse, die in het kader van het onderzoek zelf een (soort) lijkschouw verricht. Hierbij wordt naar sporen gekeken op, aan en rond het lichaam en wordt eventueel contact gezocht met een behandelend arts ten behoeve van het inwinnen van informatie betreffende de medische voorgeschiedenis. De Kriminalpolizei doet verslag aan de officier van Justitie die beslist of er een gerechtelijke sectie moet plaatsvinden. Dit moet dan verzocht worden bij de rechter, die hiervoor toestemming moet geven. De specialisten in de forensische geneeskunde zijn artsen werkzaam aan een Institut für Rechtsmedizin. Het blijft echter wel aan de officier van Justitie om te beslissen wie hij vraagt om een sectie te verrichten en/of wie hij eventueel vraagt om nogmaals onderzoek aan het lichaam ter plaatse te doen. In de praktijk zal de officier van Justitie echter altijd kiezen voor artsen van een Institut für Rechtsmedizin.

Een arts die een lijkschouw verricht wordt niet betaald vanuit justitie. Hoewel de meeste Institute für Rechtsmedizin verbonden zijn aan een universiteit, zal de inzet van een arts van het Institut für Rechtsmedizin op verzoek van de officier van Justitie worden betaald via de Staatsanwaltschaft. Forensisch medisch onderzoek en lijkschouw worden door de betrokken politieautoriteiten aangevraagd bij de bevoegde officier van Justitie en van daaruit in opdracht gegeven.

Medische arrestantenzorg
Ook de medische arrestantenzorg wordt door de deelstaten zelf geregeld. Voor bijvoorbeeld bloedopname zijn externe artsen

verantwoordelijk, die een overeenkomst met de politie hebben afgesloten. Deze overeenkomsten en de betalingen zijn een zaak van de artsen en de politie-eenheid. Deze artsen zijn niet verantwoordelijk voor de medische verzorging van de arrestanten. Die wordt door erkende artsen of ziekenhuizen verzorgt. Zodra de gevangene aan Justitie is overgedragen is het ministerie van Justitie verantwoordelijk, dat over eigen artsen en ziekenhuizen beschikt.

In de literatuur is veel aandacht voor de 'Gewahrsamstauglichkeit', de geschiktheid voor detentie. In de diverse deelstaten wordt met het medische onderzoek dat deze geschiktheid moet vaststellen op verschillende wijzen mee omgegaan. Er zijn geen nationale richtlijnen, hetgeen als een gemis wordt ervaren. In Duitsland kan iedere arts het onderzoek uitvoeren. Zij kunnen hiertoe echter niet worden verplicht. De uiteenlopende regelingen, onduidelijke wettelijke verankering en daaruit voortkomende terughoudendheid bij artsen zouden leiden tot per deelstaat uiteenlopende aantallen consulten.

Deze brochure is een uitgave van:

Rijksoverheid
Postbus 00000 | 2500 AA Den Haag
T 0800 646 39 51 (ma t/m vrij 9.00 – 21.00 uur)

Oktober 2017 | 105942