



# 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](mailto: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 veeleelvoudigd 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](http://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

<b>Samenvatting</b>	<b>3</b>
<b>Lijst van begrippen en afkortingen</b>	<b>6</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>9</b>
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
<b>2 Onderzoeksmethoden</b>	<b>15</b>
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
<b>3 Forensisch-medische diensten in Nederland: de organisaties en het systeem</b>	<b>21</b>
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
<b>4 Forensisch-medische dienstverlening in Nederland: het vakgebied en de uitvoering</b>	<b>39</b>
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

<b>5 Samenvatting en discussie</b>	<b>56</b>
5.1 Samenvatting	56
5.2 Discussie	62
<b>Literatuur</b>	<b>65</b>
<b>Bijlagen:</b>	
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 structurend 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 hoofdvraag 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 inkoopende 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 hoofdvraag 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.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> Daarnaast kan men de volledige opleiding tot arts M&G volgen die nog eens 2 jaar duurt, waarna men zich in het RGS kan registreren 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

<sup>1</sup> Nederlands Forensisch Instituut (2016) De lijkschouw en sectie beschouwd. Een vergelijkend onderzoek naar systemen van lijkschouw en gerechtelijke sectie'.

<sup>2</sup> 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 vervolgoopleidingen. 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 werkerterrein 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<sup>3</sup>. 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<sup>4</sup> 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 verwachte 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<sup>5</sup> en het herhaalde onderzoek dat het

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

<sup>4</sup> Capaciteitsorgaan (2016). Capaciteitsplan 2016. Deelrapport 4; Sociaal geneeskundigen. Utrecht: Capaciteitsorgaan.

<sup>5</sup> De Keuzemonitor Geneeskunde: een nationaal en longitudinaal meetinstrument voor het volgen van specialisatievoorkeuren en

Capaciteitsorgaan door KIWA Carity periodiek laat uitvoeren onder basisartsen<sup>6</sup>.

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 ‘vliegreuven’ 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 werkveld 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.

<sup>6</sup> 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.

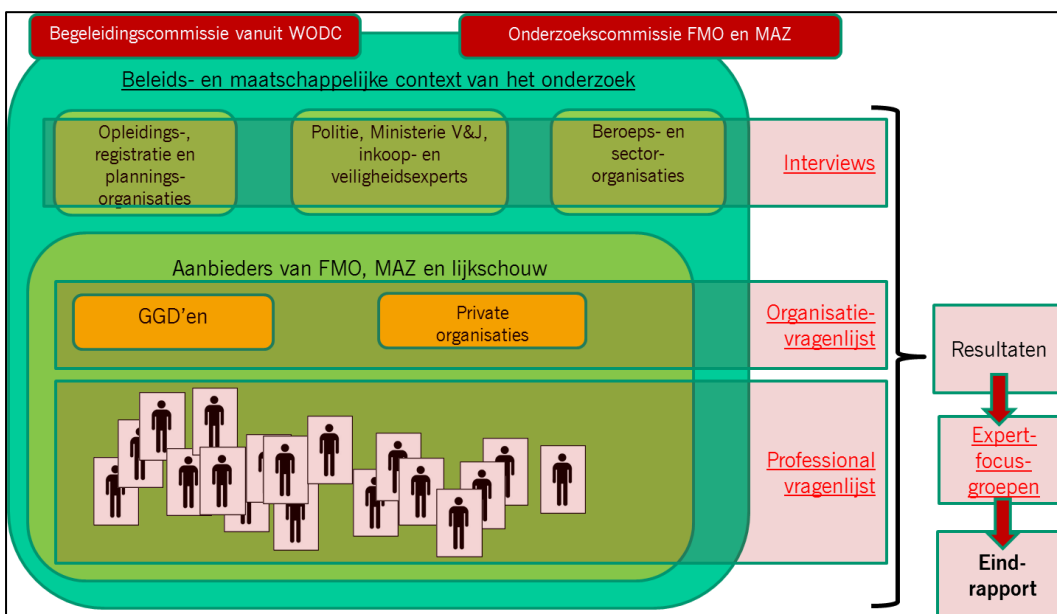
## 2 Onderzoeksmethoden

### 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 vroeg 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<sup>7</sup>. 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 kantoor tijden 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;

<sup>7</sup> 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<sup>8</sup>, 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<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Capaciteitsorgaan (2016). Capaciteitsplan 2016. Deelrapport 2; Huisartsen. Utrecht: Capaciteitsorgaan, pagina 50.

<sup>9</sup> 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 productievolumen-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)*

Politie-eenheid	Forensisch Medisch Onderzoek		Medisch Arrestantenzorg		Lijkschouw	
	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)*

Aanbieder	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
FMO	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	
MAZ	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x	x	x	x
Lijkschouw	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x	x	x	x			

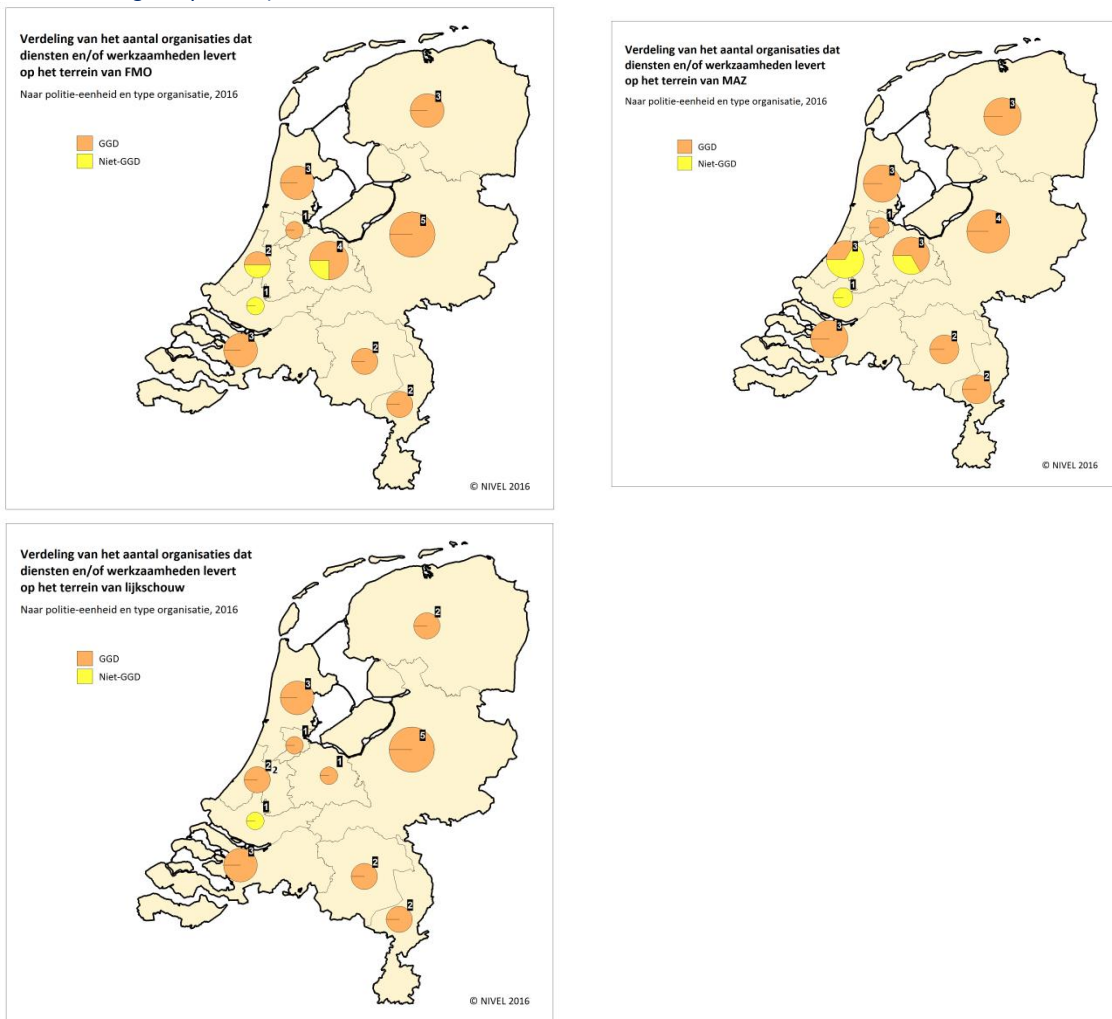
Kijkend naar regio's waar die deze organisaties de diensten uitvoeren, dan concluderen we dat:

- 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, MAZ 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<sup>10</sup>, 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

<sup>10</sup> 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<sup>11</sup>. Corrigeren we hiervoor, dan is het totaal aantal ‘unieke’ forensisch artsen dat voor deze organisaties werk uitvoeren ( $240 \cdot 0,86 =$ ) 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  $242 \cdot 0,35 = 84,7$  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 repondeerden. 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  $(10,44 \cdot 0,86 =)$  8,98 personen. Daarmee komen we op basis van de organisatie-enquête tot de schatting dat er landelijk  $206 + (4 \cdot 8,98 =)$  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<sup>12</sup> 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<sup>13</sup> in 2016 bleek dat van de 115 respondenten die aangaven als forensisch arts geregistreerd te zijn, 49% aangaf een

*box 3.1 - wordt vervolgd -*

<sup>11</sup> Slechts enkele forensisch artsen gaf aan voor 3 of meer organisaties werkzaamheden uit te voeren.

<sup>12</sup> Capaciteitsorgaan (2016). Capaciteitsplan 2016. Deelrapport 4; Sociaal geneeskundigen. Utrecht: Capaciteitsorgaan (p. 49-50)

<sup>13</sup> Ongepubliceerd document.

- vervolg box 3.1 -

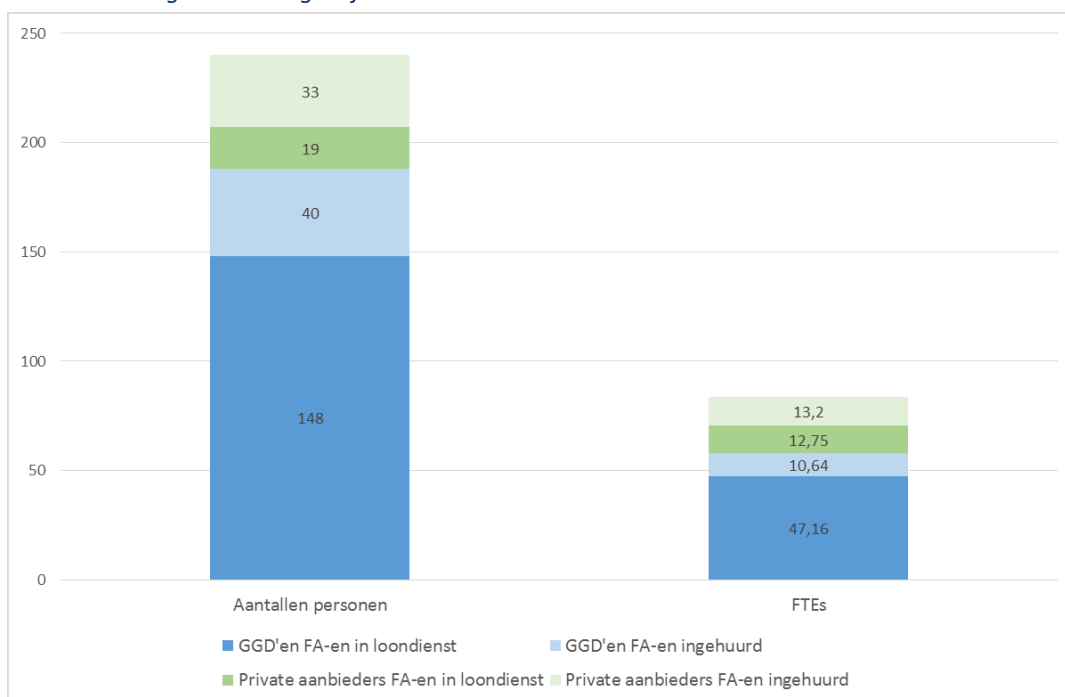
registratie als arts M&G of als profielarts te hebben. De andere 51% gaf aan geregistreerd te zijn als 'Forensisch arts FMG'. Deze verhoudingen komen redelijk overeen met de web-enquête onder (forensisch) artsen die wij hielden. Van de 98 forensisch artsen die reageerden op onze web-enquête en werk op 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  $2 \cdot 122 = 244$  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 informatie 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 kantoor tijden 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<sup>14</sup>. 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 tijdsbesteding 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

<sup>14</sup> 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 ( $1,8 \cdot 42 =$ ) 75,6 dagen per jaar inzetbaar is. Uitgaande van 242 werkzame forensisch artsen in Nederland betekent dit zij jaarlijks tezamen  $242 \cdot 75,6 = 18.295$  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  $42 \cdot 12,1 = 508$  uur binnen kantoor tijden aan FMO, MAZ en lijkschouw. Voor alle forensisch artsen tezamen is deze capaciteit  $242 \cdot 508 = 122.984$  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 kantoor tijden:

- 16%  $\cdot 122.984 = 19.678$  uur besteed aan FMO,
- 47%  $\cdot 122.984 = 57.803$  uur besteed aan MAZ,
- 37%  $\cdot 122.984 = 45.504$  uur besteed aan lijkschouw.

*box 3.2 - wordt vervolgd -*

- *vervolg box 3.2 -*

Buiten kantoor tijden schatten we dat de forensisch artsen  $5,8 \cdot 14,9 = 87$  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 “politie-specifieke 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 politie-specifieke 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 ervaaarde 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 kantoor tijden. 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 zorgelijk (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 'bijkussers'). 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 frustrant is. 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 kwaliteit”.*
- *“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 werkkterrein. 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.)?

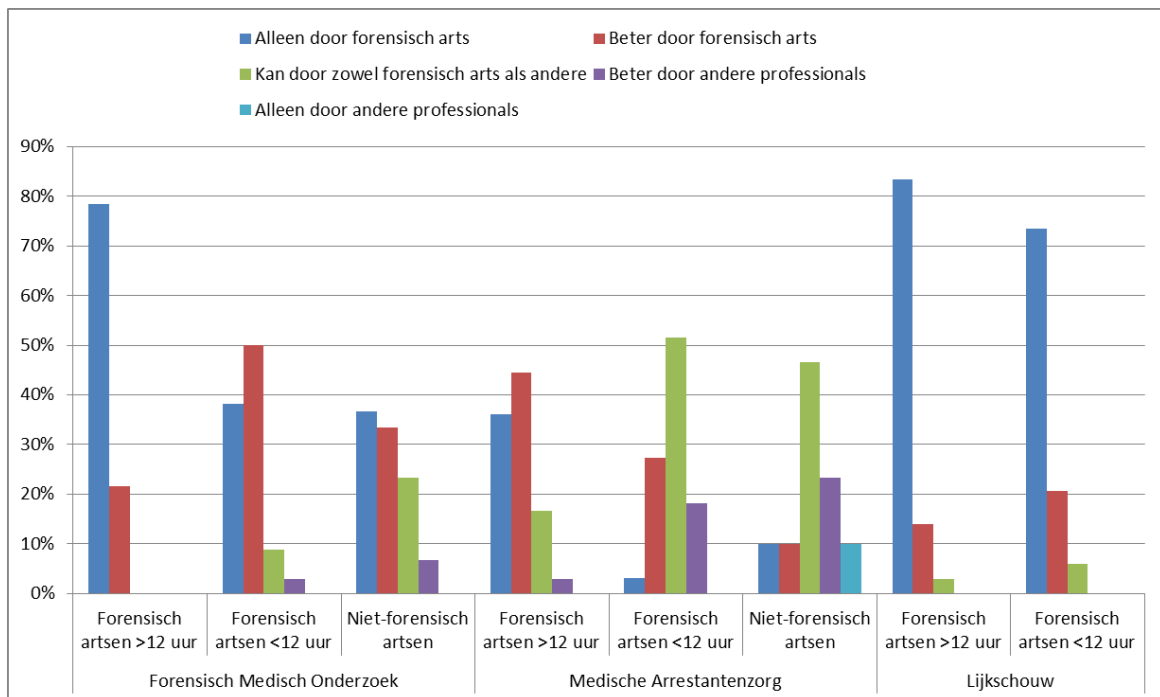
Zoals we in het voorgaande hoofdstuk zagen bieden bijna alle GGD-aanbieders zowel FMO, MAZ als lijkschouw als diensten in hun regio aan, en voeren hun forensisch artsen deze taken ook in gezamenlijkheid uit. Voor de private aanbieders ligt dit anders. Zij zijn alleen in een aantal regio's actief en bieden 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
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bloedafname</li> <li>• afname DNA</li> <li>• afname lichaamsmateriaal,</li> <li>• urine-afnames</li> <li>• zeden</li> <li>• letselbeschrijvingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bloedafname</li> <li>• DNA-afname.</li> <li>• afname materiaal</li> <li>• urineafname</li> <li>• zeden bij kinderen door kinderarts.</li> <li>• letselbeschrijving</li> </ul>

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
<ul style="list-style-type: none"> <li>• alle taken beter door huisarts</li> <li>• huisarts met voldoende affiniteit voor populatie (arrestanten) en goede kennis van intoxicerende middelen (verslaving)</li> <li>• curatieve zorg</li> <li>• medische zorg zonder forensische vraagstelling.</li> <li>• triage en verzamelen medische info/medicatie</li> <li>• basale screening en uitdelen medicatie</li> <li>• bepaalde taken op gebied van medicatieverstrekking</li> <li>• eigen medicatie continueren</li> <li>• medicatie e.d. door forensisch of justitieel verpleegkundige</li> <li>• medicatie toediening door verpleegkundige</li> <li>• medicatie uitzetten, administratie</li> <li>• medicatieverzorging en -bewaking door apothekersassistent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• volledig door een huisarts over te nemen</li> <li>• huisartsen met aanvullende opleiding, specialisme en affiniteit</li> <li>• strikt curatieve zorg</li> <li>• somatische zorg</li> <li>• insluitwaardigheid beoordelen en eerstelijns zorg leveren</li> <li>• medicatie uitzetten en andere zaken</li> <li>• beoordeling medicatie</li> <li>• medicatie controles en beoordelingen</li> <li>• medicatievoorziening</li> <li>• medicatie bewaking,</li> </ul>

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 responderden. 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 aanbieder 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 productievolumecijfers 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 kantoor tijden). Een FMO-zaak meer dan de helft meer tijd in beslag (bijna 3 uur binnen en 5 uur buiten kantoor tijden). 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 kantoor tijden per lijkschouw zou een redelijke schatting van 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*

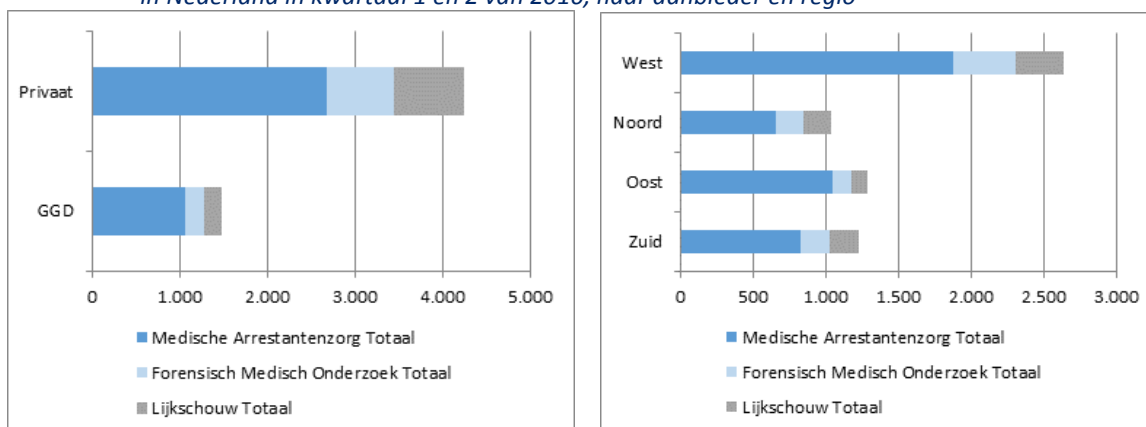
*kwartaal 1 en 2 van 2016 voor vier regio's (gebaseerd op gegevens aangeleverd door 22 GGD'en en 3 private aanbieders, inclusief schatting voor 3 ontbrekende GGD'en)*

	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 kantoortijden*

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 bijscholing 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)
<i>Bijscholing gevolgd?</i>			
Nee	2%	5%	19%
Ja	98%	95%	81%
Totaal	100%	100%	100%
<i>Door wie gefinancierd?</i>			
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
<b>Totaal</b>	<b>18</b>	<b>4</b>

\* 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:

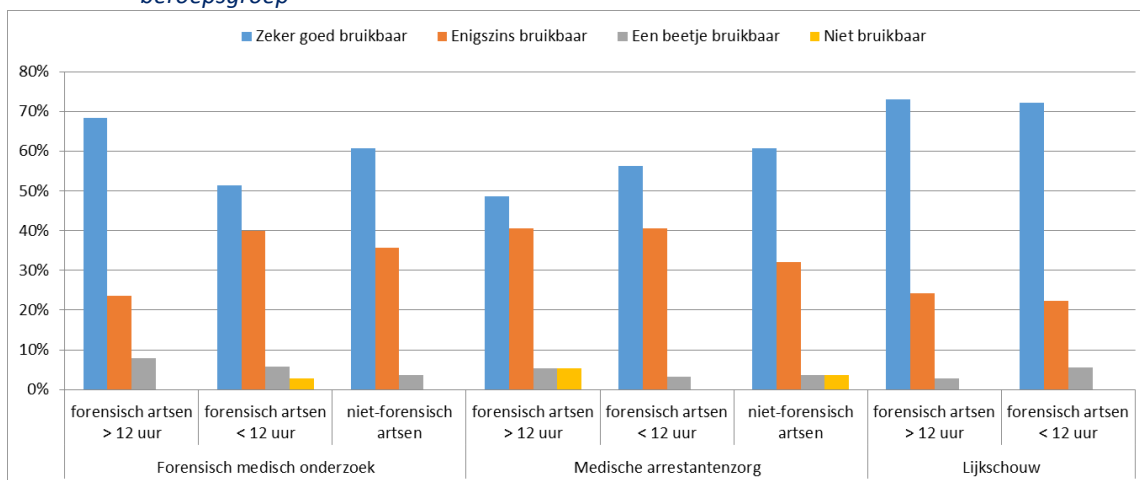
*Tabel 4.9 Antwoorden op de vraag “Welke werkprotocollen gebruikt uw organisatie voor het uitvoeren van eerstelijns forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw? En zijn er nieuwe werkprotocollen in ontwikkeling?”, naar type organisatie (n=22 organisaties, 18 GGD’en en 4 private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

	Forensisch Medisch Onderzoek		Medische Arrestantenzorg		Lijkschouw	
	GGD’en	Private aanbieders	GGD’en	Private aanbieders	GGD’en	Private aanbieders
Gebruik van werkprotocollen van de Vakgroep Forensische Geneeskunde	17	2	15	2	18	3
Gebruik van eigen zelf-ontwikkelde werkprotocollen	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<sup>15</sup>.

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 verwachte 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

---

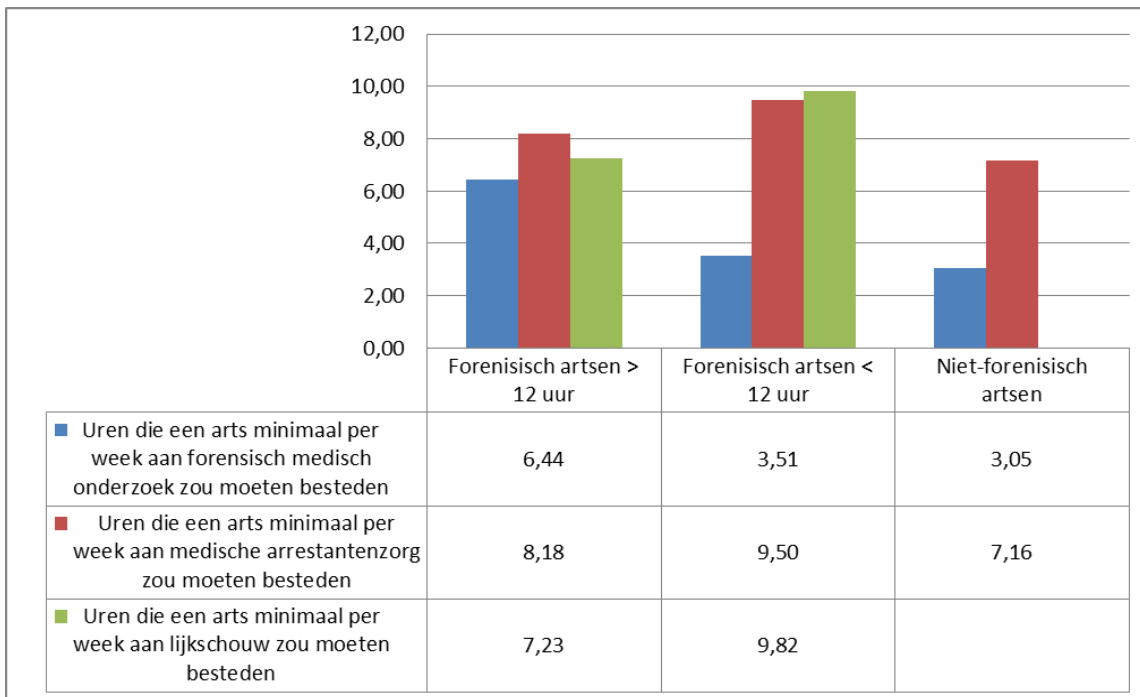
<sup>15</sup> Marieke van Twillert. Werk & inkomen. Arbeidsmarktmonitor. Opleiding bedrijfsgeneeskunde lijdt aan marktfalen. Medisch Contact 46, 17 november 2016, pagina 14-15.

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*



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 kantoor tijden. 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 kantoor tijden 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 tijdsbesteding 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 tijdsbesteding 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 kantoor tijden 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/lijkshouw?
- 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 lijkshouw. 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) lijkshouw 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-responderenten 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 inkoopende 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<sup>16</sup>. 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

<sup>16</sup> 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 bevoegenheid 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 vliegueren’ 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 registreren. 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 ‘populatiebepaling’. 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 dicht 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 Eerstelijns. 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<sup>17</sup>. 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.

---

<sup>17</sup> 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)orderingsvraagstukken 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 wanneer 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 verrichtingen 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
<b>Medische arrestantenzorg</b>		
Visite/consult totaal (DAG/ANW) :		
-Visite/consult DAG :		
-Visite/Consult ANW :		
Telefonisch consult totaal (DAG/ANW) :		
-Telefonisch consult DAG :		
-Telefonische consult ANW :		
<b>Forensisch Medische Zorg</b>		
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

Vervolg vragen Inventarisatie forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg

Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg

Geachte mevrouw/heer,

*Dit is de Excel-vragenlijst 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 aanbieder 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](mailto: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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oost-Nederland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Midden-Nederland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noord-Holland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amsterdam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Den Haag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotterdam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeeland/West-Brabant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oost-Brabant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

<i>(meerdere antwoorden mogelijk; type een '1' in het oranje vakje om een antwoord te kiezen)</i>	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.:			
...			
...			

- 1 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:

- 1 Welke knelpunten ervaart uw organisatie ten aanzien van het eerstelijns forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw?  
1 *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 onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkschouw? En zijn er nieuwe werkprotocollen in ontwikkeling?  
 3 (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 Forensische Geneeskunde:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruik van eigen zelf-ontwikkelde werkprotocollen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nieuwe werk-protocollen die door onze organisatie ontwikkeld worden, namelijk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 1 Welke van de volgende personeelsinstrumenten heeft uw organisatie voor artsen die werkzaamheden 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Een opleidingsplan voor (forensisch) artsen met een flexibel dienstverband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaarlijkse functionerings- en beoordelingsgesprekken met (forensisch) artsen in vaste dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaarlijkse functionerings- en beoordelingsgesprekken met (forensisch) artsen met een flexibel dienstverband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jaarlijkse functionerings- en beoordelingsgesprekken met (forensisch) artsen in opleiding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere personeelsinstrumenten, namelijk:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

...

DE TOEKOMST

1 Heeft uw organisatie plannen of ambities om het eerstelijns forensisch medisch onderzoek, arrestantenzorg en lijkshouw 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	Lijkshouw
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:			
...			

1 Bij een nieuwe aanbesteding, voor welk perce(e)l(en) van de politie zou uw organisatie eerstelijns forensisch medisch onderzoek, medische arrestantenzorg en lijkshouw 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	Lijkshouw	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				

1 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]				

1 Zou u bereid zijn deel te nemen aan een focusgroepbijeenkomst op woensdag 2 of donderdag 3 november, van 8 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 Onderzoekscmissie 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 uw 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)

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

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

10. 10. 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?

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

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	<input type="text"/>
- Medische Arrestantenzorg	<input type="text"/>
- Lijkschouw	<input type="text"/>
Totaal aantal zaken/verrichtingen	<input type="text"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medische arrestantenzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lijkschouw	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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. 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Medische arrestantenzorg wordt alleen door huisartsen uitgevoerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg worden alleen uitgevoerd door artsen die beide uitvoeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg worden als expertisegebieden gescheiden en kunnen door verschillende professionals uitgevoerd worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f.	Medische arrestantenzorg wordt onderdeel van penitentiaire zorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Anders, namelijk: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Medische Arrestantenzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Lijkschouw	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Anders, namelijk: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Anders, namelijk: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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. 24. Wat is uw geboortjaar?

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	<p>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.</p> <p>Het is niet toegestaan andere tarieven te hanteren dan de door het NZa voorgeschreven maximum tarieven voor “reguliere consulten”.</p> <p>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.</p> <p>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).</p>
2	Consult regulier korter dan 20 minuten	Conform Tariefbeschikking TB/CU-7089-01; conform 1.2 Consult; ‘Reguliere consulten’; <b>Let wel</b> , 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’; <b>Let wel</b> , 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 tarifiering.
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 tarifiering.



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 tarifiering. 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 ingesloten 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.

Forensisch Medisch Onderzoek		Toelichting
1	Bloed/urine onderzoek	De afname van bloed en/of urine op locatie, niet zijnde 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' verrekenend worden, dient een openbegroting bijgevoegd te worden. Iedere begroting dient te bestaan uit gelijke componenten. Schrijft Inschrijver 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				
<b>Medische Arrestantenzorg (MAZ)</b>				
<b>Prestaties Huisartsenzorg</b>				
<b>Prestatie</b>	<b>Voorgeschreven vaste DAG- en ANW tarieven NZa (2015)</b>			
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		
<b>Apothekersassistent op locatie</b>	<b>Tarief</b>	<b>BTW %</b>	<b>Factor</b>	<b>Totaal</b>
Dagelijkse aanwezigheid apothekersass. 09.00-18.00 (uurtarief) DAG			10,24	€ -
Dagelijkse aanwezigheid apothekersass. 09.00-18.00 (uurtarief) ANW			19,01	€ -
<b>Politiespecifieke dienstverlening</b>	<b>Tarief</b>	<b>BTW %</b>	<b>Factor</b>	<b>Totaal</b>
Tarief per ingeslotene per geleverde DAG prestatie			16,01	€ -
Tarief per ingeslotene per geleverde ANW prestatie			29,74	€ -
<b>Totaal Medische Arrestantenzorg (excl. Prestaties Huisartsenzorg): € -</b>				
<b>Forensisch Medisch Onderzoek (FMO)</b>				
<b>DAG</b>	<b>Tarief</b>	<b>BTW %</b>	<b>Factor</b>	<b>Totaal</b>
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	€ -
<b>Totaal verrichtingen DAG</b>				<b>€ -</b>
<b>ANW</b>	<b>Tarief</b>	<b>BTW %</b>	<b>Factor</b>	
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	€ -
<b>Totaal verrichtingen ANW</b>				<b>€ -</b>
<b>Totaal verrichtingen Forensisch Medisch Onderzoek</b>				<b>€ -</b>
<b>Totaal dienstverlening</b>				<b>€ -</b>
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.			
<b>Note:</b> 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

<b>Wegingsfactoren</b>										
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
<b>Totaal</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

## Bijlage E Aanvullende tabellen

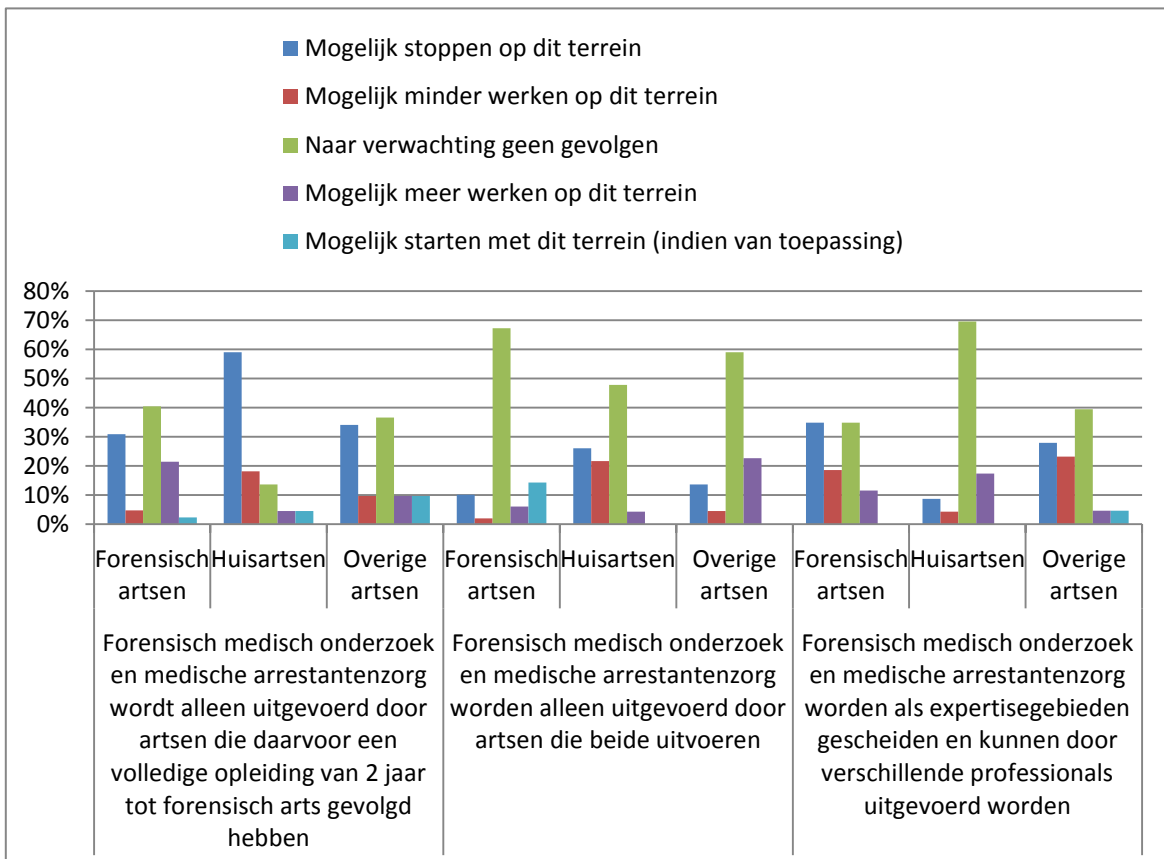
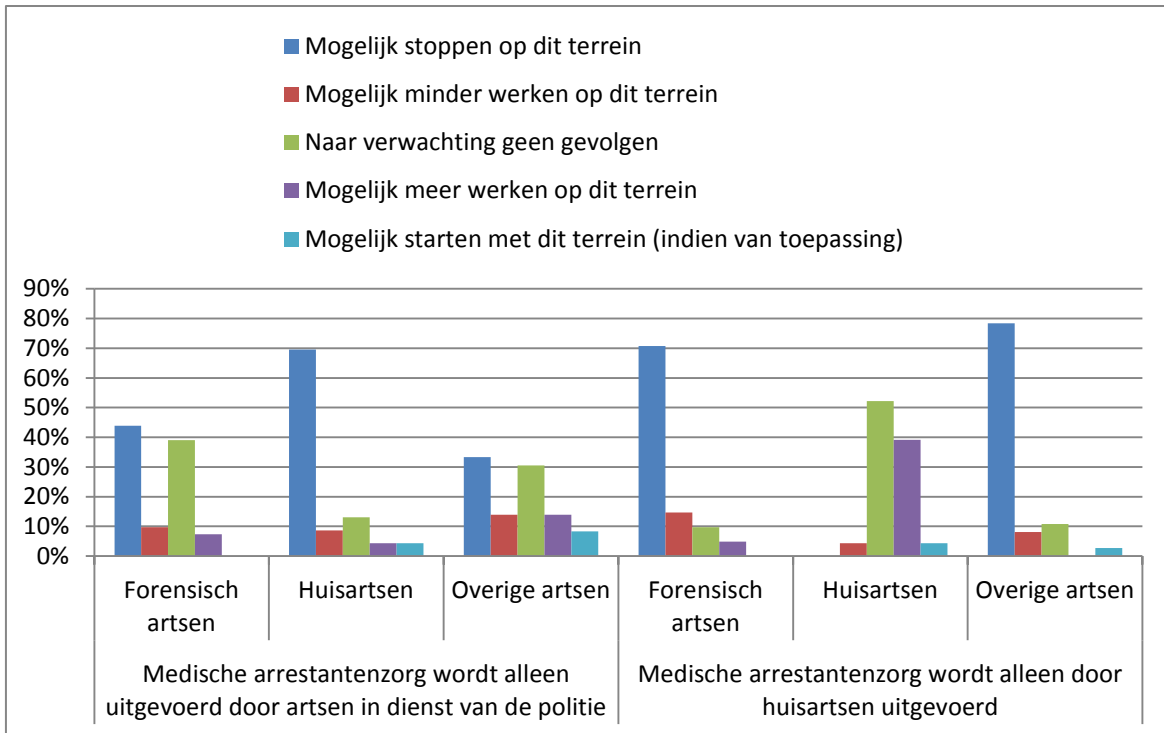
Tabel E.1: Totaal aantal verrichtingen op het terrein van MAZ, FMO en lijkschouw in Nederland in 2016 (gebaseerd op gegevens aangeleverd door 22 GGD'en en 3 private aanbieders inclusief schatting voor 3 ontbrekende organisaties)

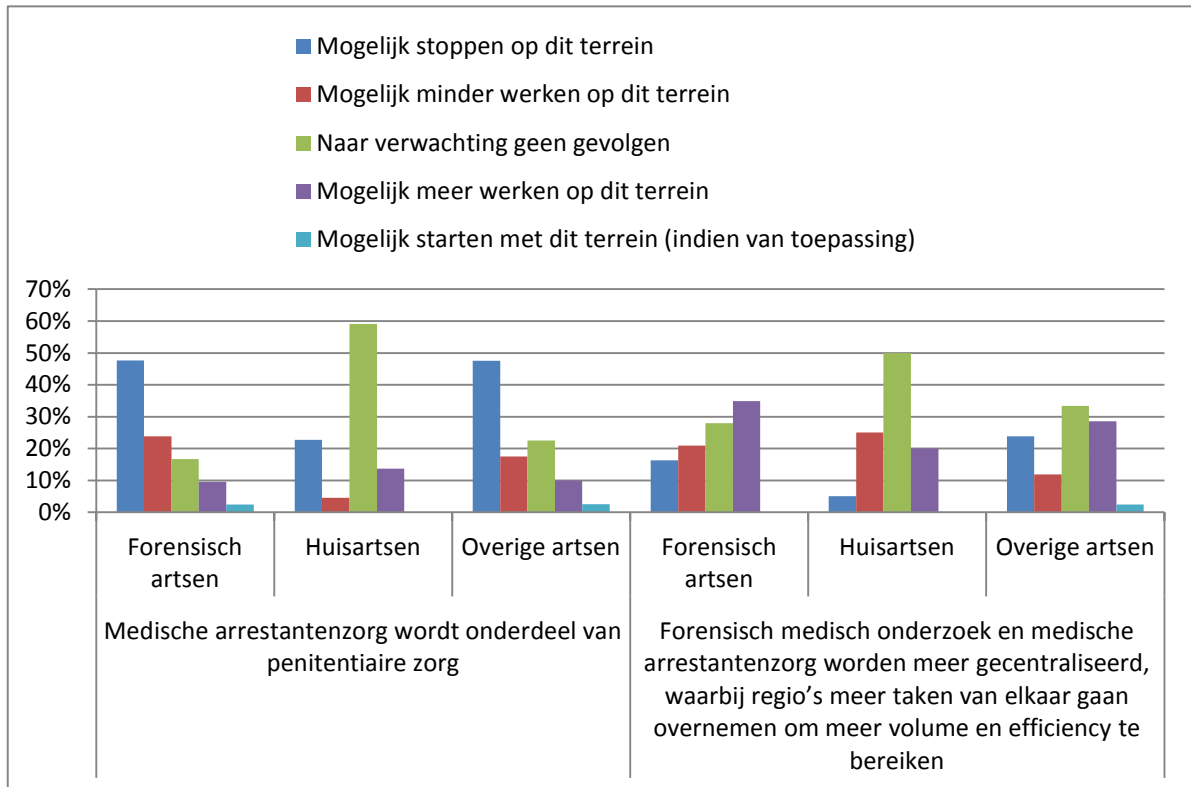
	<u>totaal</u>	<u>gem.</u>	<u>stdev</u>	<u>min</u>	<u>max</u>	<u>N.</u>
<b>Medische arrestantenzorg</b>						
Visite/consult totaal (DAG/ANW)	23.625	945	931	179	4.928	25
Telefonisch consult totaal (DAG/ANW)	7.604	304	308	9	1.495	25
<b>Forensisch Medische Zorg</b>						
Bloed/urine onderzoek totaal (DAG/ANW)	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
<b>Lijkschouw</b>						
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







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