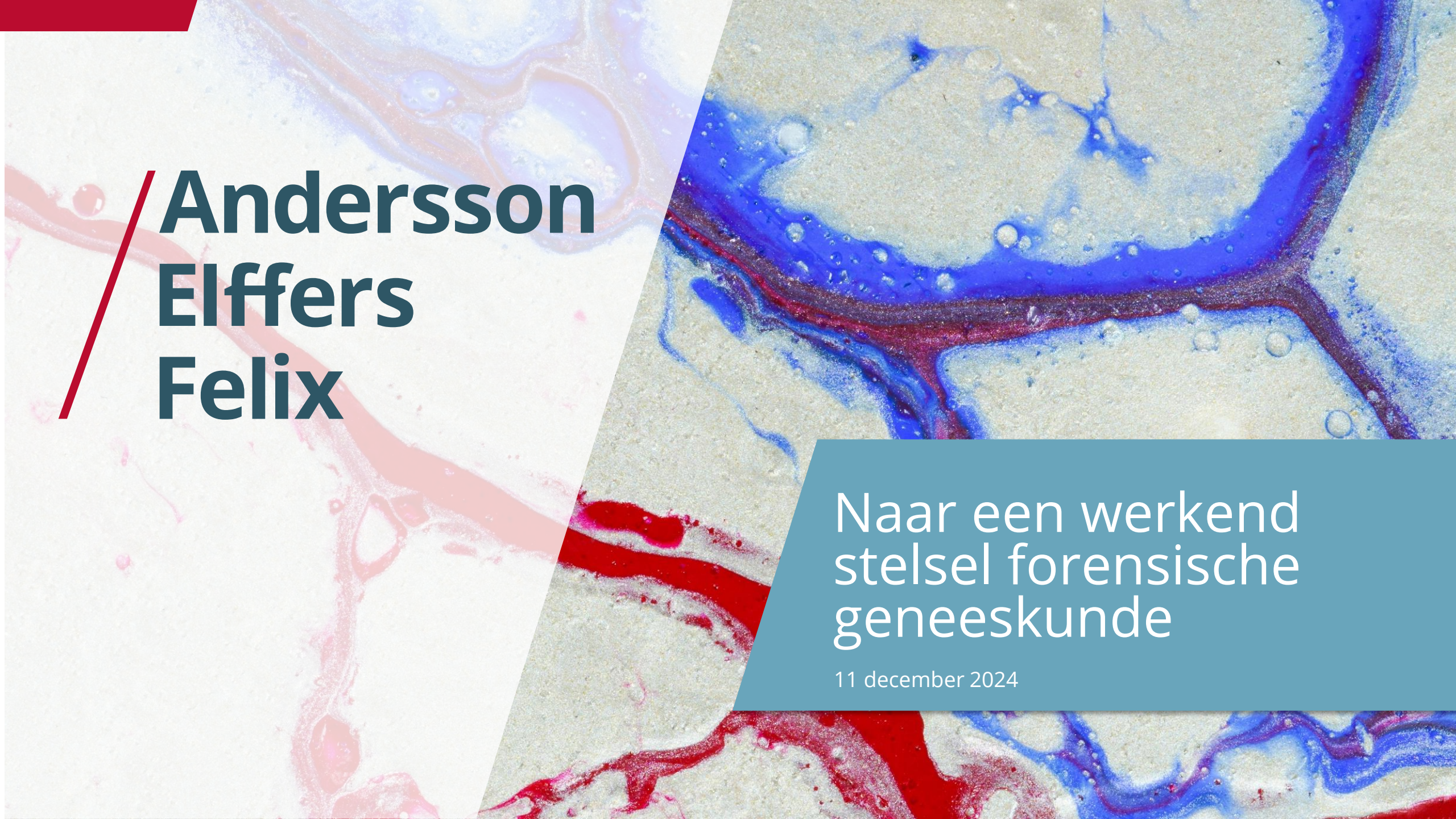




Andersson Elffers Felix

Naar een werkend
stelsel forensische
geneeskunde

11 december 2024



*Klik om terug naar
inhoudsopgave te gaan*

Inhoudsopgave

1. Over dit traject

2. Over forensische
geneeskunde

3. Knelpunten

4. Over regie

5. Advies

6. Actieagenda

Klik om hierheen te gaan

1. Over dit
traject

2. Over
forensische
geneeskunde

3. Knelpunten

4. Over regie

5. Advies

6. Actie-
agenda

Klik om hierheen te gaan



1. Over dit traject

Andersson Eiffers Felix

1. Over het traject

Aanleiding en doelstelling

Aanleiding van het traject

De afgelopen tien jaar lieten diverse onderzoeken zien dat er (grote) zorgen bestaan over de kwaliteit, capaciteit en continuïteit van de forensische geneeskunde¹. Zoals aangekondigd in het kabinetsstandpunt van 2018, zijn diverse maatregelen getroffen om de problemen in het werkveld aan te pakken.

Eén van de maatregelen die wordt benoemd om de werking te verbeteren, is het organiseren van **regie**:

*“forensische medische expertise in Nederland (lijkschouw, niet bedoelende de eerstelijns schouw door de huisarts en forensisch medisch onderzoek) worden met oog voor lokaal maatwerk zo veel mogelijk samengebracht onder **regie** van de GGD-GHOR”.²*

In dit standpunt is niet uitgewerkt wat wordt verstaan onder regie en hoe dit verder ingevuld wordt. De landsadvocaat³ heeft onlangs advies uitgebracht over de inrichting van de regiefunctie. Daarin benoemt de landsadvocaat dat de GGD-GHOR deze rol in kan vullen, maar verbindt hier ook voorwaarden aan (zoals het inrichten van een aparte entiteit om voldoende onafhankelijkheid te borgen).

Doelstelling van het traject

De ministeries van JenV, BZK en VWS (via de stuurgroep forensische geneeskunde) hebben AEF gevraagd om te **adviseren over de inrichting van de regiefunctie** zoals benoemd in het kabinetsstandpunt.

AEF is gevraagd:

- Om te kijken naar het inrichten van regietaken rondom **capaciteitsverdeling, kwaliteitsborging, financiering** en de beschikbaarheid van een **aanspreekpunt** voor stelselverantwoordelijken en opdrachtgevers;
- Om te onderzoeken hoe deze regiefunctie bij (een aparte entiteit van) **GGD GHOR Nederland (hierna: GGD GHOR)** eruit kan zien (zoals opgenomen in het kabinetsstandpunt) en daarnaast ook **alternatieve opties** te onderzoeken.

Hierbij dient rekening gehouden te worden met de kaders en eisen gesteld in het advies van de landsadvocaat.

1. Over het traject

Visie op doelstelling

Visie op doelstelling van het traject

Gedurende het traject spraken we met de verschillende betrokken partijen bij de forensische geneeskunde, o.a. de uitvoerende organisaties, opdrachtgevende organisaties en de stelselverantwoordelijke departementen. We spraken met hen over het doel, de reikwijdte en invulling van de regiefunctie.

In de gesprekken benadrukken alle partijen dat **regie geen doel op zich is, maar dat het doel moet zijn om structureel de knelpunten in de forensische geneeskunde op te lossen**. Het liefst willen partijen dit zo eenvoudig mogelijk organiseren, waar mogelijk aansluitend op de huidige rollen en verantwoordelijkheden. Ook blijkt dat er nog **geen gedeeld beeld** bestaat in het veld over wat regie precies inhoudt, welke taken hieronder zouden kunnen vallen en hoe dit ingevuld kan worden.

Dit vraagt ons inziens om een **breder benadering** van dit traject en de mogelijke ontwikkelrichtingen waar aan kan worden gedacht. Daarbij is het van belang om eerst de knelpunten scherp te krijgen en vanuit hier na te denken over mogelijke oplossingsrichtingen. Regie kan nog steeds (deel van) de oplossing zijn, maar dient dan wel gedefinieerd te worden en kan op verschillende wijze invulling krijgen.

Wat dit betekent voor de aanpak

We kiezen voor een benadering die zich richt op het daadwerkelijke doel van dit traject: **het structureel oplossen van knelpunten in de forensische geneeskunde**. Daartoe hanteren we de volgende aanpak:

- We brengen de **huidige situatie** en de **knelpunten** in beeld, minimaal op het gebied van capaciteitsverdeling, financiering en kwaliteitsborging;
- We onderzoeken **verbeterrichtingen** voor deze knelpunten: wat is nodig om structureel tot een betere situatie te komen? Welke (regie)taken moeten hierbij worden vervuld?
- Vervolgens onderzoeken we **varianten van regie** en welke **randvoorwaarden** er nodig zijn om dit uit te voeren.

Het startpunt van het onderzoek is een afweging van de mogelijkheid om regie bij **GGD GHOR** te beleggen (zoals opgenomen in het kabinetsstandpunt), ten opzichte van andere mogelijke varianten.

1. Over het traject

Onderzoeks- en besluitvormingsproces

Dit onderzoek is tot stand gekomen in vier fasen

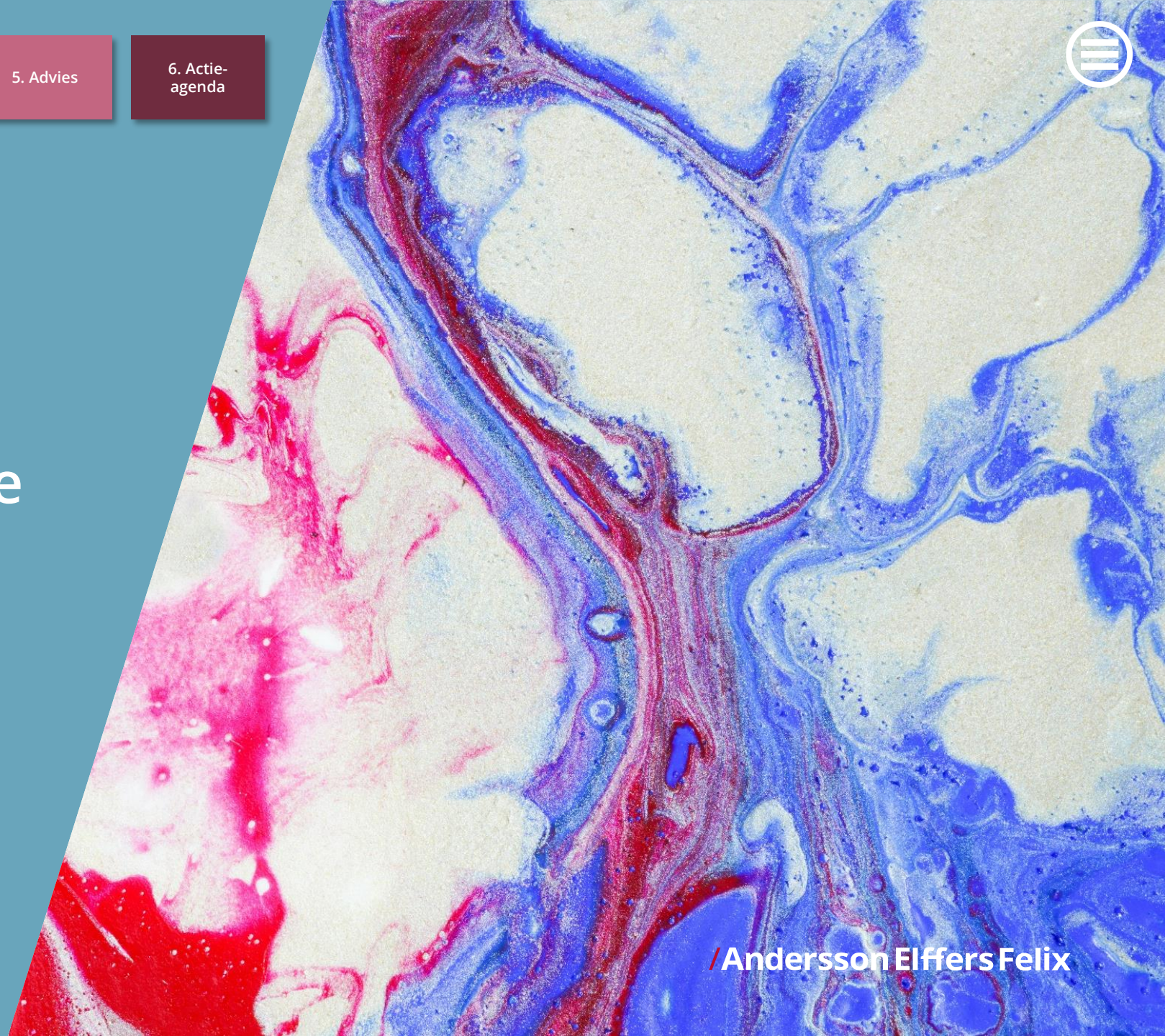
- 1. Verkenning (augustus 2024):** een eerste beeld van de huidige situatie, de knelpunten en de betrokken partijen. Dit deden we door een documentstudie. Op basis hiervan selecteerden we in overleg met het breed programmamteam Versterking FG (JenV, BZK en VWS) vier varianten om verder te onderzoeken, op basis van een 'quick scan' van kansrijkheid van varianten.
- 2. Onderzoek en ontwerp (sept – half okt 2024) :** onderzoek op basis van interviews met betrokken partijen, verdere documentstudie, een financiële 'deep dive' en meeloopdiensten met artsen (zie tabel hiernaast). Op basis hiervan deden we een verdere analyse van de huidige situatie (hoofdstuk 2) en bestaande knelpunten (hoofdstuk 3). We brachten mogelijke verbeterrichtingen in kaart en ontwierpen de vier varianten (inclusief mogelijke subvarianten) verder, inclusief een analyse van de mogelijkheden en belemmeringen van elke variant.
- 3. Keuze voorkeursrichting (oktober 2024).** Op basis van het ontwerp van de varianten en de analyses, maakte de stuurgroep JenV, BZK en VWS op 21 oktober 2024 een keuze voor een verdere uitwerking van de voorkeursvariant. Tijdens de strategische tafel (23 oktober 2024) gaven partijen uit het veld hun aandachtspunten mee voor de verdere uitwerking van deze variant.
- 4. Uitwerking advies AEF (eind okt – begin nov 2024).** AEF werkte haar advies uit over de inrichting van deze voorkeursvariant (en een actieagenda met welke vervolgstappen en condities dit vraagt). Op 18 november 2024 heeft de stuurgroep (JenV, BZK en VWS) dit advies vastgesteld en besloten hier verdere invulling aan te gaan geven.

Methode	Toelichting
Interviews	• JenV, VWS, BZK • OM, Politie • VNG, Gemeente Rotterdam • GGD GHOR, LOEF, FARR, NFI • FMG, IGJ, Universiteit Maastricht
Financiële 'deep dive'	• GGD'en Amsterdam, Hollands Midden, Brabant Oost, Fryslân, FARR (financieringsstromen)
Meelopen met artsen	• 3 (delen van) diensten van forensisch artsen

Tabel: toelichting onderzoeksmethoden



2. Over forensische geneeskunde



2. Over forensische geneeskunde

Wat is forensische geneeskunde?

Het werkveld van forensisch artsen bestaat op dit moment uit drie⁴ categorieën verrichtingen:

1. Forensisch Medisch Onderzoek (FMO)

Onder FMO vallen verschillende soorten onderzoek. Het gaat bijvoorbeeld om afname van lichaamsmateriaal, onderzoek in het lichaam, zedenonderzoek en letselonderzoek. FMO kent ook een aantal specialisaties, zoals FMO gericht op kinderen en kwetsbare groepen (FMEKK).

FMO wordt grotendeels uitgevoerd en gefinancierd in opdracht van politie en/of OM⁵. Het OM gaat over het deskundigenonderzoek, waarbij de forensische arts formeel wordt benoemd als gerechtelijk deskundige door een rechter of OvJ, in het kader van een strafrechtelijk onderzoek. De overige taken worden uitgevoerd in opdracht van de politie. Voor FMEKK geldt dat dit in opdracht van Veilig Thuis wordt uitgevoerd. FMO wordt gezien als 'overheidsprerogatief' en staat den dienste van de waarheidsvinding in het kader van de opsporing en vervolging strafbare feiten. JenV is stelselverantwoordelijk voor (FMO en lijkschouw t.b.v.) de strafrechtketen. VWS heeft hierbij ook een verantwoordelijkheid, in relatie tot de publieke gezondheid.

2. Gemeentelijke lijkschouw

In de meerderheid van alle sterfgevallen verricht de behandelend arts de lijkschouw en geeft deze een verklaring van een natuurlijke dood af. Als de behandelend arts geen doodsoorzaak kan vaststellen en twijfelt aan een natuurlijke dood, of als er aanwijzingen zijn voor een niet-natuurlijke dood (ongeval, verdachte letsels, mogelijke overdosis, suïcidale uitingen), wordt in principe een forensisch arts ingeschakeld. Dit is ook het geval als de identiteit van een overledene of de plaats en/of datum van overlijden niet vaststaat ('lijkfinding'), of als er geen behandelend arts beschikbaar is.

Forensisch artsen hebben ook een rol bij euthanasie, zij controleren of de uitvoering hiervan door de behandeld arts goed is verlopen. Daarnaast moet bij (natuurlijk) overlijden van een minderjarige een forensisch arts worden ingelicht door de behandeld arts.

Deze dienstverlening valt onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid in het kader van de Wet op de Lijkbezorging. Ook dit wordt gezien als overheidsprerogatief, BZK is stelselverantwoordelijk voor het functioneren van het openbaar bestuur. Daarnaast geldt hier een verantwoordelijkheid voor VWS i.r.t. publieke gezondheid.

3. Medische arrestantenzorg (MAZ)

De forensisch arts treedt op als behandelend arts voor arrestanten van de politie. De ingesloten kunnen via de politie of KMar een consult aanvragen. Ook kan de politie of KMar zelf de forensisch arts verzoeken een persoon te onderzoeken. Daarbij gaat het vooral om de vraag of de persoon ingesloten kan worden, en of medische zorg ter plekke of in het ziekenhuis nodig is (medische advisering).

De dienstverlening bestaat dus uit fysieke aanwezigheid van een arts op het cellencomplex (of ophoudlocaties) van de politie of KMar en om telefonisch overleg over een arrestant met politie of Kmar, waarbij de forensisch arts advies geeft.

Medische arrestantenzorg is anders dan FMO en lijkschouw, in de zin dat het niet 'forensisch' is (namelijk: het is niet gericht op waarheidsvinding, maar op gezondheid van de arrestant). MAZ valt niet onder het overheidsprerogatief en hier is de aanbestedingswet op van toepassing. Er loopt thans een aanbestedingstraject. Nu wordt de MAZ nog wel uitgevoerd door forensisch artsen, (forensisch) verpleegkundigen, basisartsen onder supervisie van forensisch artsen en huisartsen met aanvullende scholing, maar dit kan wijzigen na de nieuwe aanbesteding.

MAZ gebeurt in opdracht van politie en wordt door politie gefinancierd.

4. Naast deze drie categorieën voeren forensisch artsen soms nog enkele overige taken uit, bijv. een medical statement of uitstelverklaring voor een uitvaartonderneming en enkele (specifieke) regionale andere diensten.

5. FMO kan ook uitgevoerd worden n.a.v. een melding of aanvraag van bijvoorbeeld de KMar, huisartsen, medisch specialisten, Veilig Thuis en CSG.

2. Over forensische geneeskunde

Wat zijn forensisch artsen?

Hoe word je forensisch arts?

Een forensisch arts werkt op het grensvlak van geneeskunde en recht. De opleiding tot forensisch arts kan gevolgd worden na de opleiding geneeskunde, waarbij naast de medische specialisatie ook aandacht is voor het juridisch kader en specifieke onderzoeksvaardigheden t.b.v. strafrechtelijk onderzoek. Op dit moment is de opleiding gericht op alle drie de typen dienstverlening die forensisch artsen uitvoeren (FMO, lijkschouw en MAZ), met ook specifieke aandacht voor minderjarigen. Na het afronden van de opleiding wordt de forensisch arts geregistreerd in het profielregister als forensisch arts KNMG.

Forensisch artsen worden ondersteund door (forensisch) verpleegkundigen. Hiervoor is er een 1,5 jarige opleiding van de NSPOH waarin verpleegkundigen leren over forensisch onderzoek. Ook kunnen forensisch artsen ondersteund worden door een ANIOS, die bepaalde delen van het werk kunnen uitvoeren (zoals de medische arrestantenzorg). Zo kan een ANIOS laagcomplexiteit lijkschouw uitvoeren, wanneer er sprake is van een registratie in het vooropleidingsregister van FMG en een cursus lijkschouw bij de NSPOH. Met aanvullende scholing kunnen huisartsen ook MAZ uitvoeren.

Waar werken forensisch artsen?

Forensisch artsen kunnen in dienst zijn bij verschillende organisaties, zowel publieke organisaties als private partijen. In Nederland zijn er 22 GGD'en waar forensisch artsen in dienst zijn. Voor de regio Rotterdam en een deel van de regio Den Haag is er een private partij waar forensisch artsen werken (FARR). Daarnaast kunnen artsen werken voor landelijke partijen als het NFI en LOEF. Deze organisaties voeren vooral specialistisch (deskundigen)onderzoek uit. Ook zijn er nog enkele andere organisaties (Arts en Zorg en MedTZorg) waar forensisch artsen werken. MedTZorg en Arts en Zorg focussen voornamelijk op MAZ, waarbij MedTZorg ook een klein deel FMO doet.

Forensisch artsen kunnen werkzaam zijn voor twee (of meer) van deze verschillende organisaties. Een deel van de forensisch artsen doet dit als zzp-er. Tijdens de duur van de opleiding is er sprake van landelijk werkgeverschap, in dienst van de SBOH (werkgever voor artsen in opleiding).

2. Over forensische geneeskunde

Welke partijen zijn betrokken bij de forensische geneeskunde?

Wie heeft welke rol?

Naast de vraag welke dienstverlening onder de forensische geneeskunde valt, is niet altijd duidelijk welke partijen betrokken zijn en welke rollen en verantwoordelijkheden zij hebben. Dat komt doordat het werkveld organisch is gegroeid en veel verschillende partijen (deels) betrokken zijn geraakt bij FMO, gemeentelijke lijkschouw en/of MAZ, ondanks dat dezelfde forensisch artsen (op dit moment) voor alle drie categorieën dienstverlening worden ingezet. Op hoofdlijnen zien we **acht rollen**, die relevant zijn voor de voorliggende vraag:

- **Stelselverantwoordelijke:** (mede)verantwoordelijk voor de (beschikbaarheid en kwaliteit van uitvoering FMO, MAZ en lijkschouw t.b.v. de strafrechtketen, het stelsel van publieke gezondheid en borging van forensische kennis of de Wlb. Dit zijn de ministeries van JenV, VWS en BZK. Afstemming vindt plaats in de stuurgroep forensische geneeskunde.
- **Opdrachtgever:** opdrachtgever van FMO of lijkschouw. Dit zijn primair Politie (incl. KMAR) en OM (specifiek voor deskundigenonderzoek op grond van wetboek van Strafvordering), maar kunnen ook andere partijen zijn. Zo kunnen aanvragen worden gedaan door o.a. Veilig Thuis, CSG, uitvaartondernemingen. Ook zijn gemeenten formeel opdrachtgever voor de gemeentelijke lijkschouw en kan J&V opdrachtgever zijn voor zedenonderzoek minderjarigen.
- **Financier:** financier van FMO, lijkschouw en MAZ. Dit zijn primair Politie (FMO en MAZ) en gemeenten (gemeentelijke lijkschouw) (gemeenten, vanuit gemeentefonds). Voor diensten die het OM zelf afneemt (FMO; deskundigenonderzoek), betaalt OM. Daarnaast verstrekt JenV een subsidie aan GGD GHOR (voor systeemkosten, implementatie en maatregelen m.b.t. continuïteit en kwaliteit van forensisch geneeskundige dienstverlening). JenV (DGRR) financiert ook LOEF direct. VWS financiert daarnaast FMEK en Nader Onderzoek Doodsoorzaak Kinderen (NODOK) via GGD GHOR en betaalt subsidie aan SBOH.
- **Uitvoerder:** heeft forensisch artsen in dienst (of huurt ZZP'ers in) en biedt diensten op het gebied van FMO en lijkschouw (en nu ook MAZ). Dit zijn GGD'en (FMO, gemeentelijke lijkschouw, deskundigenonderzoek en MAZ) en private partijen als FARR (FMO, gemeentelijke lijkschouw, deskundigenonderzoek en MAZ), LOEF (zedonderzoek minderjarigen, deskundigenonderzoek) en NFI (FMO: deskundigenonderzoek). Daarnaast zijn enkele andere uitvoerende partijen actief (zie vorige pagina).
- **Belangenbehartiger:** behartigt de belangen van (een deel van de) uitvoerders. GGD GHOR is de brancheorganisatie voor de GGD'en. GGD GHOR heeft een rol in het verdelen van de financiële middelen vanuit JenV over de GGD'en en FARR.
- **Toezichthouder:** houdt toezicht op (delen van) de forensische geneeskunde. De IGJ doet dit (deels) voor MAZ en lijkschouw. De JlenV heeft geen specifieke rol in het toezicht op de forensische geneeskunde, los van dat zij in algemene zin toezicht houdt op de taakuitvoering van politie.
- **Beroepsvereniging en registraties:** FMG heeft een rol in het opstellen van kwaliteitsrichtlijnen specifiek voor forensische geneeskunde, in samenspraak met beleid, opdrachtgevers en wetenschap. Daarnaast is er het KNMG waarin artsen (ook forensisch artsen) geregistreerd staan. Het NRGD beheert het register waarin artsen geregistreerd kunnen staan voor de uitvoering van deskundigenonderzoek.
- **Opleiding.** SBOH is de werkgever van AIOS'en forensische geneeskunde en wordt gefinancierd door VWS. De NSPOH verzorgt de opleiding tot forensisch arts. Daarnaast verzorgen de GGD'en als erkende opleidingsinstellingen de praktijkopleiding. Ook het NFI en LOEF verzorgen opleidingen.

Op de volgende pagina zijn de rollen schematisch (versimpeld) weergegeven. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen FMO en gemeentelijke lijkschouw. MAZ is (i.v.m. het kabinetstandpunt uit 2018) buiten beschouwing gelaten.

2. Over forensische geneeskunde

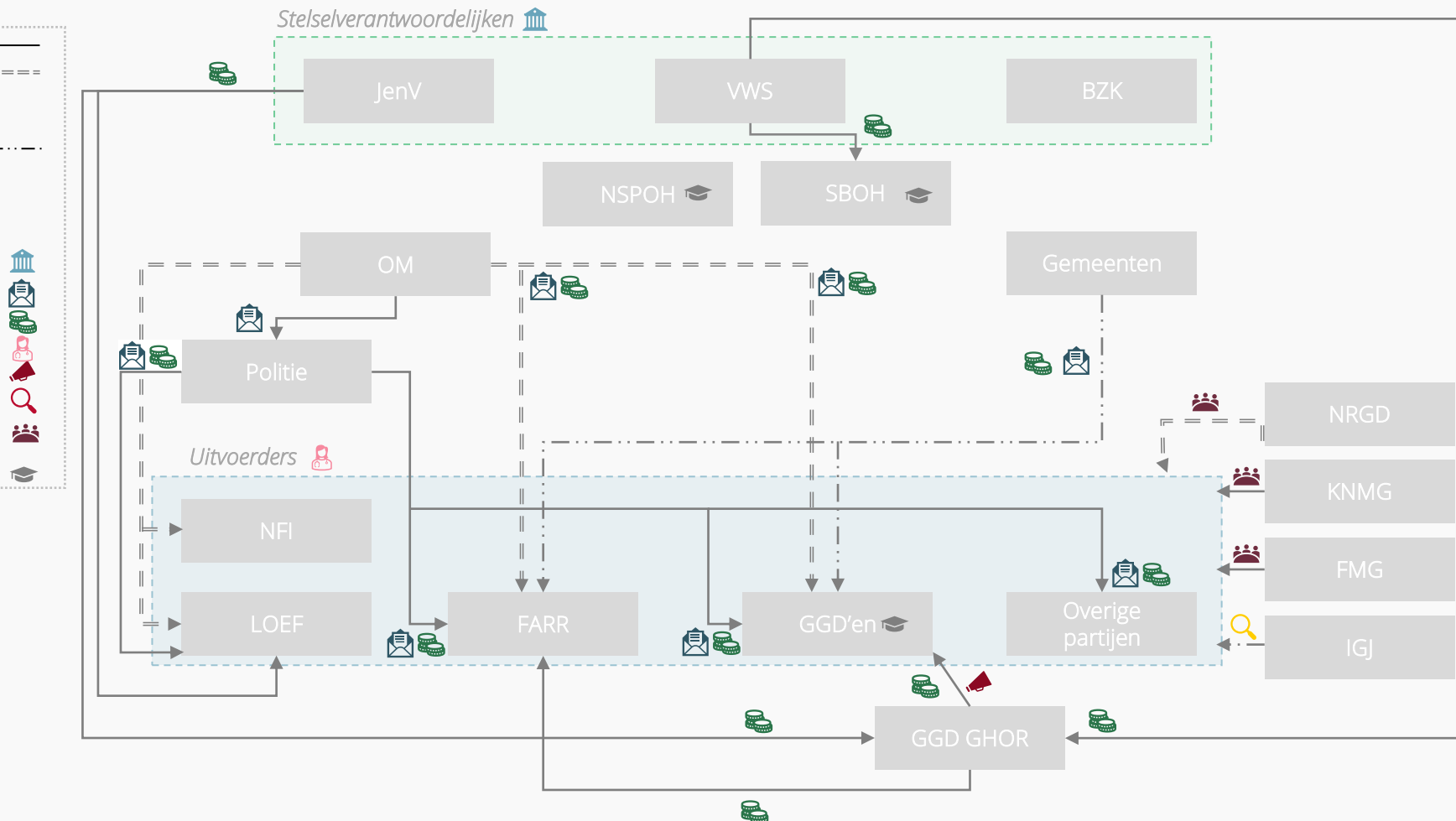
Overzicht van betrokken partijen

Dit is een **versimpelde weergave**, gericht op de meest relevante rollen en verantwoordelijkheden met oog op de regiefunctie. Dit is gericht op FMO en gemeentelijke lijkschouw.

Legenda

FMO
FMO, deskundigen-
onderzoek/benoeming
deskundigen
Gem. lijkschouw

Stelselverantwoordelijke
Opdrachtgever
Financier
Uitvoerder
Belangenbehartiger
Toezichthouder
Beroepsvereniging
/ registratie
Opleiding



2. Over forensische geneeskunde

Hoe heeft de forensische geneeskunde zich ontwikkeld?



Dit overzicht geeft achtergrond bij de ontwikkeling van de inrichting van de forensische geneeskunde op hoofdlijnen. Het is daarmee niet bedoeld als compleet overzicht.

2. Over forensische geneeskunde

Het kabinet gaf in 2018 enige richting aan de forensische geneeskunde

Het kabinet heeft in haar reactie (2018) standpunten ingenomen over de inrichting van de forensische geneeskunde (o.a. advies commissie Hoes):

- **FMO en lijkschouw als publieke taak.** Het kabinet stelt dat “forensisch medisch onderzoek een taak van de overheid is. Forensisch medisch onderzoek staat ten dienste van strafrechtelijke opsporing en vervolging van overtredingen en misdrijven. Deze functie – evenals de lijkschouw door de gemeentelijke lijkschouwer – dient een zwaarwegend publiek belang. Dit geldt specifiek ook voor de voor het forensisch medisch onderzoek vereiste forensisch medische expertise voor kinderen (FMEK).” Tegelijk stelt het kabinet dat dit “niet hoeft te betekenen dat FMO uitsluitend door overheidsorganisaties wordt uitgevoerd. Ook niet overheidsorganisaties mogen en kunnen overheidstaken, zoals FMO, onder voorwaarden verrichten.”⁸
- **Onderscheid FMO en MAZ.** Ze maakt een onderscheid tussen FMO en MAZ. “Het [MAZ, red.] is gericht op de urgente medische hulpvraag van de arrestant of van politie en is niet expliciet forensisch, omdat het niet ten dienste staat van strafrechtelijke opsporing en vervolging. Daarmee is het een wezenlijk andere discipline dan forensisch medisch onderzoek.” MAZ is gericht op gezondheid (het welbevinden van de arrestant), in tegenstelling tot FMO (dat gericht is op waarheidsvinding). Daarbij wordt gesteld (omdat we een privaat zorgstelsel hebben) “MAZ moet worden gecontracteerd na een verplichte lichte vorm van aanbesteden” (art. 2:38 aanbestedingswet voor sociale of maatschappelijke diensten).⁹
- Het kabinet geeft niet expliciet aan het advies over te nemen van de commissie Hoes over om de uitvoering van de forensische geneeskunde te centraliseren, regionaal te categoriseren en te werken met een verdeelmodel. Wel wil ze meer regie organiseren:
 - “Forensische medische expertise in Nederland (lijkschouw, niet bedoelende de eerstelijns schouw door de huisarts en forensisch medisch onderzoek) worden **met oog voor lokaal maatwerk zo veel mogelijk samengebracht onder regie van de GGD-GHOR**”.
 - “Het ligt in de rede dat de aan de overheid voorbehouden taken van de forensische geneeskunde, namelijk het **forensisch medisch onderzoek en de lijkschouw door de gemeentelijke lijkschouwer zoveel mogelijk worden gebundeld en dat de GGD-GHOR daar de regie in neemt**. Dat ligt anders bij de medische arrestantenzorg, want daar is zoals hiernaast aangegeven een lichte vorm van aanbesteding verplicht. Dit heeft tot gevolg dat ook andere partijen deze taak kunnen aanbieden.”

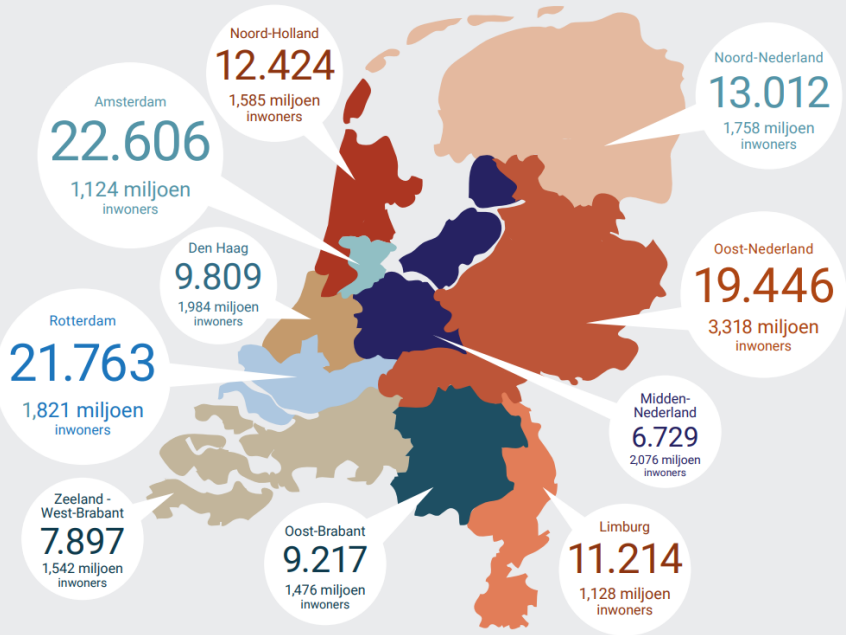
2. Over forensische geneeskunde

Wat is de omvang van de dienstverlening?

In 2023 zijn er in totaal 134.117¹⁰ verrichtingen uitgevoerd door de GGD'en en FARR

De afbeelding hiernaast geeft een beeld van de verdeling hiervan over de 10 politieregio's. De meeste verrichtingen werden uitgevoerd in Amsterdam, Rotterdam en Oost-Nederland. De cijfers van 2023 laten zien dat er in totaal in totaal 134.117 verrichtingen zijn geweest, waarvan 57.576 MAZ, 22.008 FMO, en 22.841 lijkschouw (9.003 euthanasie en 13.838 verdere lijkschouw). 31.682 verrichtingen vallen onder 'overige activiteiten'. Een kanttekening bij deze cijfers is dat een groter aantal verrichtingen niet direct wijst op meer tijdsbesteding. De verschillende type verrichtingen zijn immers ongelijksoortig. MAZ verrichtingen kunnen bijvoorbeeld relatief kort duren (zoals het voorschrijven van medicatie), terwijl lijkschouw verrichtingen doorgaans juist meer tijd vragen.

Categorie	Aantal
Totaal MAZ	57.576
Totaal FMO	22.008
Bloedafname	17.544
Letselonderzoek	3.080
Zedenonderzoek	774
Overig	610
Totaal Gemeentelijke lijkschouw	22.841
Euthanasie	9.003
lijkschouw overig	13.838
Overig	31.692



Bron afbeelding: Registratienetwerk Forensische Geneeskunde

10. Bron: Registratienetwerk Forensische Geneeskunde (2024). Eerstelijns forensische geneeskunde in kaart - Jaarcijfers 2023 (o.b.v. cijfers van de GGD'en en FARR).

2. Over forensische geneeskunde

Hoeveel forensisch artsen zijn er?

In 2023 waren er 187 forensisch artsen geregistreerd in het register van het KNMG¹¹

Het KNMG-register is sinds 2023 de invulling van de wettelijke registratievereiste zoals benoemd in de wet op de lijkbezorging: artsen moeten geregistreerd staan en benoemd worden als gemeentelijk lijkschouwer. Het aantal artsen dat geregistreerd staat in het KNMG-register is door de jaren heen gestegen. Op dit moment zijn 187 artsen geregistreerd als forensisch arts in het register van het KNMG. Het is niet zeker of het aantal forensisch artsen ook daadwerkelijk gestegen is. Voorheen konden forensisch artsen ook geregistreerd worden in het register van het FMG. Per 1 januari 2024 is het register dat het FMG beheerde overgedragen aan het KNMG. Het FMG beheert op dit moment het vooropleidingenregister.

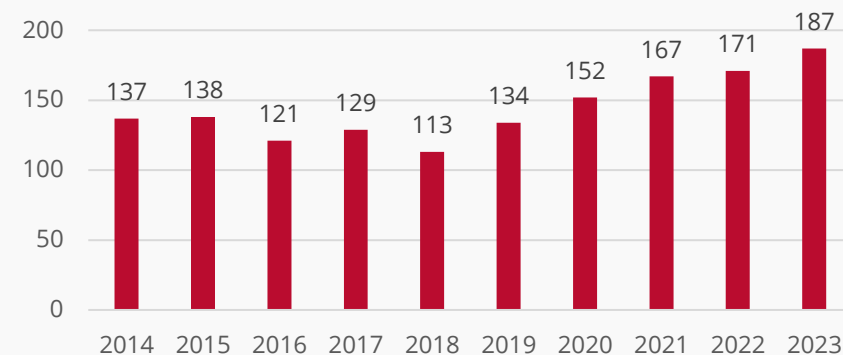
Van de 187 artsen zijn er 15 geregistreerd in het NRGD.

Sinds 2021 kunnen forensisch artsen zich registreren in het Nederlands Register Gerechtelijk Deskundigen (NRGD) op het deskundigheidsgebied van FMO¹². NRGD is de forensische kwaliteitsorganisatie voor de rechtspraak. Het NRGD stelt kwaliteitsnormen aan de ingeschreven artsen, specifiek gericht op het deel deskundigenonderzoek van FMO. Het OM stelt als eis dat een arts ingeschreven staat in het NRGD om deze aan te kunnen wijzen als deskundige. Per september 2022 zijn de eerste forensisch artsen geregistreerd in het NRGD.

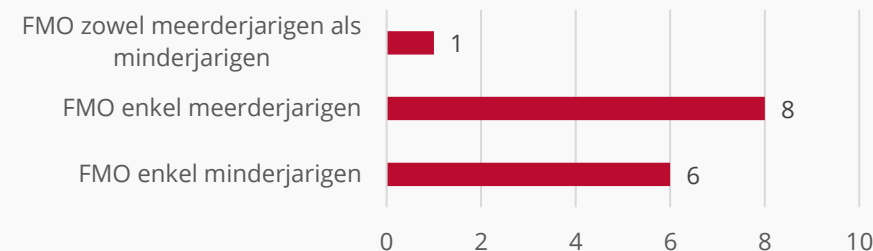
Het is onduidelijk hoeveel uur deze artsen werken als forensisch arts

Er zijn geen goede gegevens beschikbaar over de daadwerkelijke capaciteit die beschikbaar is, ofwel hoeveel fte de ingeschreven artsen beschikbaar zijn als forensisch arts. Het beeld is dat een groot deel van de artsen parttime de rol van forensisch arts vervult. Daarnaast werken artsen regelmatig tegelijkertijd voor verschillende organisaties, al dan niet als zzp'er. In 2022 heeft het capaciteitsorgaan een instroomadvies berekend van 27, het aantal artsen in opleiding zou volgens het advies ongeveer moeten verdubbelen. De verwachting is dat er de komende jaren een grote uitstroom plaatsvindt.

Aantal geregistreerde forensisch artsen KNMG¹³



Aantal artsen in NRGD



11. Bron: KNMG, registratiecommissie geneeskundig specialisten.

15 12. Het deskundigheidsgebied FMO beperkt zich op dit moment tot letselonderzoek en zedenonderzoek door middel van forensische interpretatie en rapportage van medische bevindingen, zowel bij levenden als bij overledenen en zowel bij meerderjarigen als minderjarigen.

13. Dit zijn (naast forensisch artsen) ook (specialistisch) verpleegkundigen, ANIOS, fellows pediatrie.

2. Over forensische geneeskunde

Hoe is de financiering geregeld?

Vergoedingen voor FG zijn deels vast en deels gebaseerd op verrichtingen

De uitvoering van de FG kent een bekostiging die bestaat uit deels vaste vergoedingen (lumpsum) en verrichtingsvergoedingen. Deze bekostiging komt voornamelijk via politie en gemeenten bij de GGD'en, FARR, LOEF en andere uitvoerders. Daarnaast zijn er tussen 2021 en 2023 subsidies verstrekt aan de GGD'en en FARR voor het project Versterking forensische geneeskunde (JenV) en het landelijke project FMEK (VWS) en zijn er sinds 2023 programmagelden bijgekomen (o.a. beschikbaarheidsvergoeding om de 24/7 te kunnen bekostigen, i.v.m. de ontvlechting van FMO en MAZ). Deze programmagelden worden over de GGD'en en FARR verdeeld via de GGD GHOR.

Er is geen actueel overzicht van de totale bekostiging

De totale bekostiging van de uitvoering is voor 2019 en 2020 door Lysias in beeld gebracht¹⁴. In die jaren bedroeg het totaalbedrag respectievelijk 22,1 miljoen en 23,7 miljoen euro. Hiervan kwam ongeveer 60% vanuit Politie en 40% vanuit gemeenten. Er bestaat op dit moment geen geactualiseerd totaaloverzicht. Wel weten we over 2023 het volgende:

- De totale kosten van de politie bedroeg 15 miljoen euro.
- Vanuit JenV gaat in totaal 4,3 miljoen euro naar GGD GHOR voor ongedekte beschikbaarheid en meerkosten gemeenten voor lijkschouwen en beoordeling euthanasie.
- Het inzicht in de ontwikkeling van de bekostiging vanuit de gemeenten ontbreekt, maar als dit dezelfde groei door zou hebben gemaakt als de politie (+10% sinds 2020) zou de huidige bekostiging van de uitvoering ongeveer 30 miljoen euro bedragen.

- Er bestaat geen centraal overzicht van de kostenopbouw voor de uitvoering per GGD en FARR. Bekend is dat de grootste kostenpost personeel is. Hoeveel personeel (en van welk type: forensisch arts, (forensisch) verpleegkundige, ANIOS en overig) er wordt ingezet is niet op landelijk niveau inzichtelijk,

Verdieping: kosten- en capaciteitsopbouw bij GGD'en

Om beter zicht te krijgen op de bekostiging van forensisch geneeskunde in de praktijk, heeft AEF bij 5 verschillende GGD'en een verdiepend gesprek gevoerd over de kosten- en capaciteitsopbouw. Daaruit zijn de volgende inzichten gekomen:

- De kosten- en capaciteitsopbouw (bijv. type vergoedingen en contracten) voor de uitvoering van forensische geneeskunde verschilt per GGD en soms zelfs binnen dezelfde GGD. Aan de inkomstenkant is er sprake van versnippering, doordat er diverse opdrachtgevers (Politie, gemeenten en andere, kleinere opdrachtgevers) betrokken zijn. Met name de combinatie met financiering van gemeenten voor de gemeentelijke lijkschouw zorgt voor verschillen in de kostenopbouw.
- De onzekerheid rondom de aanbesteding voor de MAZ en de financiering hiervan beïnvloedt beslissingen over het aanstellen van nieuw en/of vast personeel, waaronder de inzet van (forensisch) verpleegkundigen.
- Het ontbreken van structurele financiering leidt daarnaast tot minder en kleinere vaste contracten en een grotere inzet van flexibele krachten, bijvoorbeeld in de vorm van inhuur.

2. Over forensische geneeskunde

Hoe wordt de kwaliteit geborgd?

Het kabinet heeft in haar reactie (2018) standpunten ingenomen over de inrichting van de forensische geneeskunde (o.a. o.b.v. advies commissie Hoes):

- **Opleiding.** De eerder genoemde opleiding tot forensisch arts. Sinds 2022 is dit een fulltime vervolgopleiding voor (basis)artsen, daarvoor viel de opleiding onder de arts M+G opleidingen. De opleiding duurt drie jaar, wordt verzorgd door de NSPOH en is gesubsidieerd door een gezamenlijke claim van de drie departementen. VWS geeft de subsidie aan SBOH vorm en beheert deze.
- **Registraties.** Artsen kunnen zich registreren in het **KNMG als forensisch arts**. Ze moeten daartoe de opleiding hebben gevolgd en voldoende exposure hebben en voldoende opleidingen volgen om deze registratie te behouden, o.a. moeten artsen minimaal 16 uur per week werkzaamheden vervullen in het specialisme FG.¹⁵ Ook kunnen artsen zich laten registreren in het **NRGD** (forensische kwaliteitsorganisatie voor de rechtspraak). Hier vindt een vijfjaarlijkse toets plaats. Er staan nu 15 artsen geregistreerd in het NRGD.
- **Richtlijnen.** Er diverse **richtlijnen** o.a. opgesteld door het FMG. Deze zijn grotendeels verouderd.
- **Kwaliteitseisen in contractering.** Het OM wijst voor de uitvoering van deskundigenonderzoek enkel forensisch artsen aan die in het NRGD geregistreerd staan. Het OM ziet deze registratie als basiseis en stelt aanvullende eisen (bijv. voldoende exposure) aan artsen die complexe letselrapportages opstellen. Daartoe maakt het OM kwaliteitsafspraken met uitvoerders (NFI en LOEF). In sommige regio's stelt politie in de contractering eisen aan organisaties, bijvoorbeeld dat de artsen ingeschreven dienen te zijn in het NRGD of rondom ISO-certificering van organisaties.
- **Toezicht.** De IGJ houdt thematisch toezicht op de gemeentelijke lijkschouw (echter: dit is nog geen wettelijke taak) en toezicht op basis van meldingen voor de MAZ. Inspecties houden geen toezicht op de FMO.
- Er is beperkte **kwaliteitstoets** of **handhaving** bij incidenten of knelpunten. Zeker waar het gaat om de gemeentelijke lijkschouw lijkt deze te ontbreken.

2. Over forensische geneeskunde

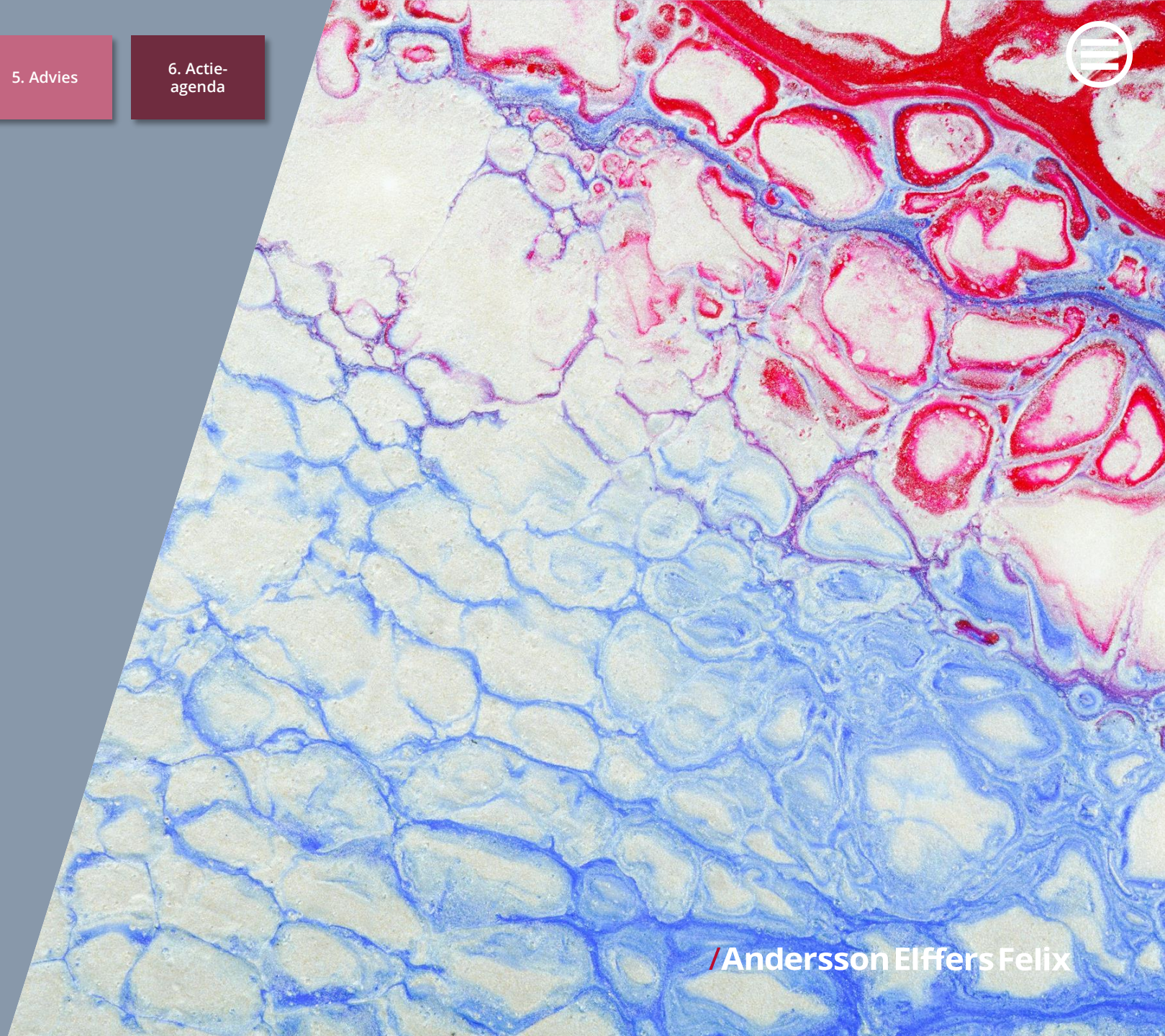
Welke keuzes herkennen we in de organisatie van het werkveld van forensische geneeskunde?

Het werkveld van forensische geneeskunde is lange tijd **organisch gegroeid**, met weinig bewuste en richtinggevende keuzes over de inrichting van het werkveld. Tegelijk zien we wel dat er bepaalde inrichtingsprincipes te herkennen zijn in het werkveld en dat er met het kabinetsstandpunt 2018 wel meer richting gegeven wordt. Dit leidt er toe dat we de volgende principes herkennen:

- Het werkveld kent meerdere stelselverantwoordelijken, waarbij JenV verantwoordelijk is voor FMO en lijkschouw t.b.v. de strafrechtketen, VWS stelselverantwoordelijk is voor publieke gezondheid, FMEK en NODOK en BZK stelselverantwoordelijk is voor het functioneren van het openbaar bestuur. JenV heeft naast de rol van stelselverantwoordelijke echter ook met een aantal partijen **individuele relaties**: het ministerie is direct opdrachtgever en financier van LOEF, NFI en (deels) GGD GHOR.
- Het kabinet heeft uitgesproken dat er een **overheidsprerogatief** bestaat voor FMO en lijkschouw. Dit geldt niet voor de MAZ. Qua marktordeningsprincipes is gekozen voor een systeem waarin uitvoering van al deze diensten zowel door **private als publieke partijen** gedaan wordt.
- Er bestaat alleen een **wettelijke basis** voor het feit dat de verantwoordelijkheid voor de lijkschouw bij gemeenten is belegd (Wlb). Voor de uitvoering benoemen gemeenten forensisch artsen (zzp-ers of in dienst van publieke of private organisaties).
- De uitvoeringstaken zijn nu belegd op basis van **aanbestedingen** (m.u.v. de opdrachten vanuit het OM), dt geldt zowel voor de publieke organisaties als voor de private organisaties.
- Het werkveld is hoofdzakelijk **decentraal** georganiseerd.
 - **Opdrachtgeverschap** ligt deels decentraal (bij gemeenten voor lijkschouw) en deels bij partijen die centraal (kunnen) sturen en decentraal uitvoeren (politie en OM voor FMO en MAZ). Er wordt vanuit verschillende hoedanigheden gestuurd op het werk van forensisch artsen en met verschillende (kwaliteits)richtlijnen. De financiering loopt deels via gemeenten en deels partijen als politie en OM.
 - De **uitvoering** is voor het grootste deel decentraal belegd (GGD'en en FARR – welke deels werken in aansluiting met politieregio's, maar nog niet overal). Meer specialistisch werk wordt voornamelijk centraal uitgevoerd (door LOEF en NFI).
- Het **toezicht** op het werkveld is onvoldoende georganiseerd. De IGJ houdt toezicht op de uitvoering van de lijkschouw en in principe op het werk van BIG-geregistreerde artsen, maar niet op FMO en MAZ. De IJenV houdt toezicht op de taakuitvoering van de politie en OM. Er is geen duidelijk systeem voor handhaving.
- Het **ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden** voor een deel van het werk (voornamelijk rondom lijkschouw, deels ook voor FMO) gebeurt nu voornamelijk lokaal door uitvoerende organisaties zelf.



3. Knelpunten



3. Knelpunten

Overzicht knelpunten

De afgelopen decennia is er veel aandacht geweest voor knelpunten in het werkveld van forensische geneeskunde

Er zijn meerdere **onderzoeken** geweest die concludeerden dat er **knelpunten** zijn binnen het werkveld (o.a. Gezondheidsraad in 2013; Capaciteitsorgaan 2016), vooral in de kwaliteit en capaciteit van de forensisch artsen. Dit leidde tot onderzoek van de **Commissie Hoes** (2017) dat o.a. beschreef dat er verheldering moest komen in het werkveld (ontvlechting FMO en MAZ) en bijvoorbeeld adviseerde over het centraliseren van het werkveld, concentreren van de forensisch artsen op bepaalde plekken in het land en invoeren van een verdeelsysteem.

In 2022 zijn de GGD'en en FARR gestart met de implementatie van het landelijke project FMEK, in opdracht van VWS. Het doel van dit project is om de regionale beschikbaarheid te versterken.

Van 2021 tot 2023 hebben de GGD'en en FARR het project Versterking forensische geneeskunde uitgevoerd, dat gefinancierd werd vanuit een subsidie van JenV. Dat project heeft in 2024 een vervolg gekregen. Er zijn diverse activiteiten uitgevoerd ter versterking van de continuïteit, kwaliteit en capaciteit van de forensische geneeskunde, onder andere op het gebied van versterking arbeidsvoorwaarden en opschaling van uitvoering. Dit project is nog in ontwikkeling. Vooral opschaling in de uitvoering blijkt een complexe opgave.

In 2023 is het programma **Versterking Forensische Geneeskunde** gestart. Via dit programma is geïnvesteerd in het aantrekkelijker maken van het beroep, is er een driejarige opleiding tot forensisch arts opgezet en een meerjarige wetenschapsagenda opgesteld.

Er zijn nog steeds aandachtspunten in het stelsel. Deze zijn verschillend van aard:

1. Complexiteit van het werkveld en onduidelijke rollen en verantwoordelijkheden

2. Gebrek aan een toekomstvisie op het werkveld

3. Knelpunten in capaciteit, kwaliteit en financiering

Op de volgende pagina's werken we deze knelpunten verder uit.

3. Knelpunten

Complexiteit van het werkveld en gebrek aan aanspreekbaarheid

Partijen zijn het erover eens dat het werkveld complex is

Het stelsel forensische geneeskunde is ingewikkeld ingericht. Dit zit op verschillende vlakken:

- Er is een **veelheid aan actoren** betrokken bij het opdrachtgeverschap, de uitvoering, kwaliteitsborging en financiering binnen het stelsel;
- Actoren zijn actief op **verschillende niveaus** (landelijk, regionaal, lokaal) en vanuit **verschillende domeinen** (veiligheid en zorg) die elk hun eigen dynamiek, logica's, samenwerkingsverbanden en eisen kennen.
- Er zijn zowel **publieke** als private **partijen** actief in de uitvoering, die werken vanuit verschillende belangen, in verschillende contexten en die te maken hebben met verschillende eisen.
- Er zijn drie **stelselverantwoordelijken** betrokken die verschillende rollen hebben in het stelsel. JenV vervult een **dubbele rol**: JenV is stelselverantwoordelijk, en heeft daarnaast directe relaties met het partijen in het veld.
- Het **toezicht is onvoldoende georganiseerd** en het is in de praktijk niet volledig duidelijk wie waartoe aan de lat staat en waar lacunes ontstaan.
- Waar er voor FMO en MAZ in principe een duidelijke **opdrachtgever-opdrachtnemer** relatie bestaat, ontbreekt deze bij de lijkschouw. Gemeenten of de VNG zien op dit moment geen duidelijke rol voor zichzelf bij de (sturing op) de lijkschouw (wel bij andere onderdelen van de Wlb, die niet onder de forensische geneeskunde vallen) en politie en OM sturen hier beperkt op.

De complexiteit en gebrek aan aanspreekbaarheid, belemmeren de doorontwikkeling van het werkveld

Deze complexiteit stelt hoge eisen aan de **samenwerking** in het werkveld. Op dit moment loopt deze niet goed. Dat komt ook omdat er dit moment veel '**gedoe**' bestaat tussen partijen: er is oud zeer (recent en langer terug), partijen hebben veel aannames over elkaar, over en weer gebrek aan vertrouwen. Dit maakt dat er veel energie verloren gaat aan fricties in de samenwerking.

Een complicerende factor hierin is dat het op vlakken niet duidelijk is wie waartoe aan de lat staat. Daarmee is het niet helder wie waarop **aanspreekbaar** is. Dit geldt bijvoorbeeld voor het opstellen en sturen op kwaliteitseisen, bepaalde aspecten van het toezicht en het sturen op capaciteit in de uitvoering. Partijen hebben hier verschillende verwachtingen of wensen bij. Dit zorgt voor knelpunten in de praktijk en belemmert de slagkracht om hierop actie te ondernemen.

3. Knelpunten

Gebrek aan een gedeelde toekomstvisie

Het ontbreekt aan een gedeelde toekomstvisie over de forensische geneeskunde

We zien dat het werkveld forensische geneeskunde in de loop der tijd bijna **organisch ontstaan** is met weinig bewuste, richtinggevende keuzes over de inrichting van het werkveld. Met het kabinetsstandpunt 2018 is meer richting gegeven, o.a. over het overheidsprerogatief voor FMO en lijkschouw, maar er bestaat nog steeds **geen gedeeld beeld** over wat/wel niet onder FG valt en de gewenste doorontwikkeling van het vakgebied. Ook de vertraagde aanbesteding van de MAZ helpt hier niet bij.

Dit betekent dat er nog **geen gedeelde visie bestaat** van hoe de forensische geneeskunde er over 5-10 jaar uit zou moeten zien en welke ontwikkelingen daarin een rol spelen. In het veld spelen hier verschillende ideeën over, maar deze zijn nog niet samengebracht. Daardoor ontstaan er eigenstandig verschillende initiatieven en invullingen in het veld om te werken aan deze doorontwikkeling, maar is dit onvoldoende een integrale aanpak.

Dit – in combinatie met de rolonduidelijkheid in het werkveld – zorgt dat het onduidelijk is wie waartoe aan de lat staat in de doorontwikkeling van het veld en welke keuzes hierin gemaakt worden.

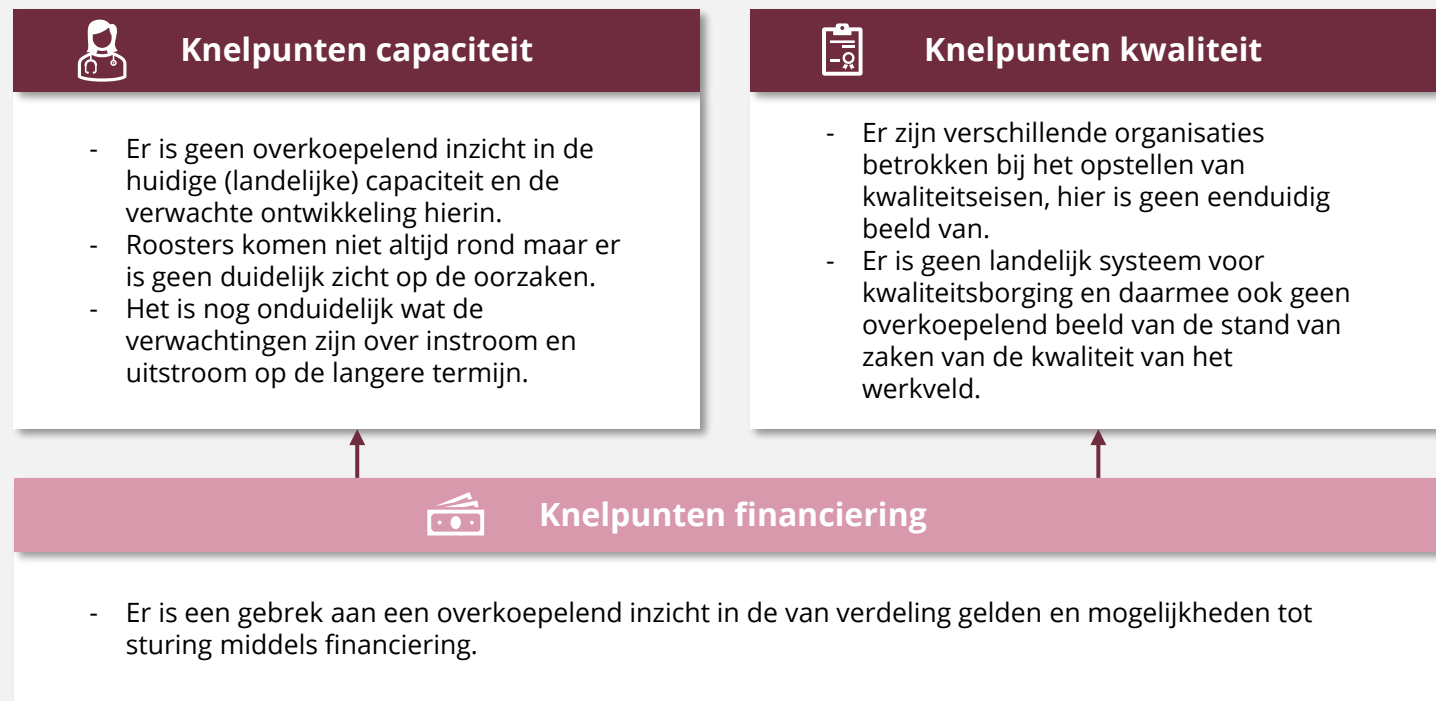
Dit heeft ook effect op de vraag over de invulling van regie. Zie bijvoorbeeld ook het 4W-model dat de studiegroep Interbestuurlijke en Financiële verhoudingen introduceerde: zij stelt dat in het gezamenlijk oppakken van maatschappelijke opgaven altijd vier vragen in samenhang beantwoord dienen te worden: (1) Wat? (doelen, visie, ambitie); (2) wie? (actoren, stakeholders); (3) wie doet wat? (rolverdeling, regie, sturingsprincipes); en (4) waarmee? (instrumenten, middelen).¹⁶ Om een goede invulling aan de regierol te geven, is het dus ook belangrijk een toekomstbestendig antwoord te formuleren op de **'wat?'** vraag.

3. Knelpunten

Capaciteit, kwaliteit en financiering

Al langere tijd is duidelijk dat er knelpunten bestaan rondom de capaciteit en kwaliteit in het werkveld. Zo zou de wijze van financiering bij moeten dragen aan sturing op kwaliteit en capaciteit. Er bestaat echter **geen helder en actueel gedeeld beeld van de omvang en oorzaken van deze knelpunten**. De partijen hebben hier verschillende beelden en aannames over en er is een gebrek aan beschikbare data.

Naast de eerder benoemde knelpunten in dit werkveld, focussen we in dit traject we op knelpunten op **capaciteit, kwaliteit en financiering**. Op de volgende pagina's beschrijven we per gebied zo goed mogelijk de **knelpunten**.





We zien enerzijds twee knelpunten als het gaat om **gebrek aan inzicht in (benodigde) capaciteit**:

- **Het ontbreekt aan landelijk inzicht in de (behoefte aan) capaciteit.** Er is geen overzicht van hoeveel artsen en hoeveel fte er landelijk in totaal beschikbaar zijn, hoe dit verdeeld is over de politieregio's en hoe dit zich verhoudt tot de vraag. Dit maakt ook dat het lastig is te achterhalen wat de oorzaken zijn als er operationele knelpunten staan in de capaciteit (bijv. rondom roostering): gaat het om een verdeelvraagstuk over het land? Zijn de artsen die zijn geregistreerd te weinig beschikbaar in aantal uur?
- **Het ontbreekt aan een continu lange termijn beeld van de benodigde instroom en verwachte uitstroom.** Dit heeft ook te maken met het feit dat er nog geen beeld is van toekomstige ontwikkelingen en de effecten die deze gaan hebben op de benodigde capaciteit (zoals keuze rondom aanbesteding in MAZ, maar bijv. ook gedeelde beelden in verdeling werkzaamheden verpleegkundigen, ANIOS, artsen).

Ook zijn er knelpunten rondom de **operationele sturing van capaciteit**:

- **Uitvoerende organisaties hebben soms moeite met roosters vullen.** Soms krijgen de uitvoerende organisaties (met name signalen uit West-Brabant en Zeeland, maar ook Noord en Oost Nederland) de roosters niet altijd rond, waardoor situaties zijn voorgegaan waarbij er geen arts beschikbaar was ('code zwart scenario'). De knelpunten zijn echter voornamelijk gebaseerd op niet structureel geregistreerde incidenten en signalen, er bestaat geen overzicht over hoe groot het probleem is en hoe dit verspreid is over de regio's.



We zien de volgende knelpunten op het gebied van **borging van kwaliteit**:

- Er is nu **geen eenduidig beeld van de kwaliteit tussen organisaties en regio's**. Partijen beschrijven de kwaliteit als wisselend en soms zelfs onvoldoende – dit is echter lastig structureel in beeld te brengen. Er is **beperkt een toets of handhaving** op de kwaliteit, naast wat uitvoerende partijen zelf organiseren. OM en Politie hebben de afgelopen jaren hun zorgen geuit over de kwaliteit.
- Het FMG heeft meerdere **incidenten** in het land geregistreerd waarbij artsen zonder KNMG-registratie als gemeentelijk lijkschouwer/forensisch arts werkten. In maart 2024 ging het om ca. 7 bevestigde incidenten. Hierbij gaat het enkel om incidenten die bij FMG gemeld zijn. Het is niet duidelijk in hoeverre deze incidenten wijzen op een breder kwaliteitsprobleem.
- Verwachtingen in het veld zijn dat FMG **kwaliteitsstandaarden kan ontwikkelen**, in afstemming met artsen en opdrachtgevers, zowel medisch als forensisch. Dit gebeurt op dit moment nog niet op gestructureerde wijze.
- Het **toezicht** is niet volledig belegd. Er is geen toezicht op FMO en nog geen wettelijke basis voor het toezicht van de IGJ op de gemeentelijke lijkschouw. Het ontbreekt aan een totaaloverzicht.
- Vanuit **opdrachtgeverschap** wordt er beperkt gestuurd op kwaliteit. Alleen het OM geeft aan dit duidelijk te doen door het stellen van kwaliteitseisen in de contractering en in het benoemen van artsen. Bij de politie is dit wisselend ingericht.



Op dit moment is het voor de opdrachtgevers **niet mogelijk om te sturen op capaciteit en kwaliteit op basis van de financiering**. We zien daarbij de volgende knelpunten:

Dit komt enerzijds omdat er op dit moment **onvoldoende inzicht in en/of verantwoording** is over hoe het geld ingezet wordt over het land: er is geen beeld van wie hoeveel geld krijgt, vanuit welke pot en hoe dit wordt besteed:

- Enerzijds is er geen (landelijk) inzicht in de verdeling van de middelen van politie, gemeenten en JenV over de uitvoerende organisaties.
- De kostenopbouw is niet transparant en nog niet gereconstrueerd. Zoals eerder aangegeven, is er sprake van versnipperde inkomsten vanuit verschillende opdrachtgevers. Met name de financiering voor de gemeentelijke lijkschouw zorgt voor verschillen. Uit het Lysias rapport blijkt dat er grote vooralsnog onverklaarde verschillen (factor 2,5 per inwoner) zijn tussen de diverse GGD'en. Dat verschil is nog buiten Amsterdam gerekend dat ver buiten deze bandbreedte ligt. Er lijkt daarbij niet een verband te zijn met regionaal of stedelijke regio's. Het is niet in te schatten op welke manier dit zich verhoudt tot de (kwaliteit van) dienstverlening.
- Het is onduidelijk wat er precies gebeurt met programmagelden JenV binnen de GGD'en en FARR en welk deel dus nu eventueel ten onrechte niet structureel in het werkveld belegd is.
- Ook ontbreekt structurele financiering (bijvoorbeeld door de aanbesteding voor de MAZ en doordat het werkveld van forensische geneeskunde in transitie is) en is het onduidelijk of er voldoende geld beschikbaar is voor het creëren van ruimte voor innovatie en doorontwikkeling van het vak.
- Dit betekent ook dat er **nauwelijks sturing** plaatsvindt. Er vindt geen echte marktwerking plaats (hoewel er zowel publieke als private organisaties FMO en MAZ uitvoeren, is er binnen regio's geen keuze tussen aanbieders) en anderzijds ook beperkte verantwoording van uitvoerders aan opdrachtgevers (m.u.v. het OM). De politie stuurt beperkt op (verantwoording over) kwaliteit en capaciteit van uitvoerders. Gemeenten financieren de gemeentelijke lijkschouw, maar hier vindt ook geen sturing plaats.

3. Knelpunten

Wat er nodig is om de knelpunten te verminderen?

Regie is geen doel op zich.

Het doel is om de knelpunten in de forensische geneeskunde structureel op te lossen.

In de tabel hiernaast beschrijven **wat er nodig is** om te komen tot verbetering op de knelpunten op gebied van kwaliteit, capaciteit en financiering. We beschrijven zes onderwerpen waar verbetering noodzakelijk is en waarop partijen **aanspreekbaar** dienen te zijn.

In dit onderzoek keken we in welke mate **'regie'** hier een rol in kan spelen. Hier gaan we op de volgende pagina's verder op in.



Gericht op knelpunten capaciteit



Gericht op knelpunten kwaliteit



Gericht op knelpunten financiering

Knelpunten		Wat is er nodig?	Wat verstaan we hieronder?
	Gebrek aan een inzicht in de (behoefte aan) capaciteit, zowel de huidige situatie als de benodigde capaciteit op de lange termijn.	1. Monitoren en signaleren knelpunten in match tussen vraag en aanbod	Inzicht verkrijgen in: (Verwachte) vraag (o.a. in type dienstverlening; verrichtingen; nodige specialisaties) per regio; - Aanbod (o.a. specialisaties; aantal artsen, verpleegkundigen, anios in fte en mensen) per regio; (Verwachte) dekking aanbod per regio; (Verwachte) instroom en uitstroom per regio. Tijdig (verwachte) knelpunten aankaarten.
	Uitvoerende organisaties krijgen roosters niet rond.	2. Operationele sturing op capaciteit	- Dagelijkse roostering van forensisch artsen - Dagelijkse aanspreekpunt voor opdrachtgevers voor inzet van forensisch artsen (meldkamerfunctie)
	Gebrek aan actuele kwaliteitsstandaarden vanuit medisch oogpunt en met oog op forensisch onderzoek	3. Ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden	- Ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden vanuit medisch oogpunt - Ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden met oog op forensisch onderzoek - Systeem voor doorontwikkeling van deze standaarden
	Gebrek aan handhaving op kwaliteit	4. Toetsing en handhaving op kwaliteit	- Systeem voor toetsing op kwaliteit van individuele artsen en/of organisaties - Handhaving op kwaliteit en optreden bij incidenten, bijv. middels sancties
	Gebrek aan inzicht in de kwaliteit van het stelsel als geheel	5. Toezicht houden op stelsel	- Toezicht op het stelsel als geheel, monitoring van kwaliteit van de forensische geneeskunde en ontwikkelingen die hier een rol in spelen - Signaleren van knelpunten in het stelsel als geheel
	Geen goede sturing mogelijk a.h.v. financiële middelen door gebrek aan inzicht en verantwoording	6. Sturing en verantwoording op middelen	- Inzicht in de verdeling van het totale budget over de uitvoerende organisaties - Verantwoording vanuit uitvoerende organisatie over aanwending budgetten t.o.v. prestaties (o.b.v indicatoren)

1. Over dit
traject

2. Over
forensische
geneeskunde

3. Knelpunten

4. Over regie

5. Advies

6. Actie-
agenda



4. Over regie

4. Over regie

Welke rol kan regie spelen?

Wat verstaan we onder regie?

Regie gaat verder dan coördinatie, maar minder ver dan directe sturing. Zoals de NSOB beschrijft¹⁷, is regie een veelgebruikt begrip als het gaat om sturing of coördinatie, maar is het hier geen synoniem voor: het zit hier eigenlijk tussenin. Bij regie heeft de ander autonome ruimte om eigen afwegingen te maken, maar is ook niet geheel vrij in de bewegingsruimte. Een regisseur stelt kaders aan en geeft aanwijzingen. Bijvoorbeeld via financiële kaders en prestatie-indicatoren, het helder verdelen van rollen en verantwoordelijkheden of het voortouw nemen in het maken van afspraken

De vraag naar regie ontstaat vaak als er spanning is in de verhouding tussen centrale en decentrale verantwoordelijkheden. Vaak wordt regie verlangd op het moment dat het partijen om diverse redenen niet lukt hun taken goed uit te voeren. Echter, waar een expliciete keuze is gemaakt om verantwoordelijkheden decentraal te beleggen, kan té veel centrale sturing door decentrale partners ook worden gezien als een te grote inmenging in decentrale verantwoordelijkheden. Bij regie is het dus van belang dat een onderscheid wordt gemaakt tussen waar meer centrale sturing nodig is en waar juist ook decentrale of andere verantwoordelijkheden liggen. We zien het duidelijk beleggen van rollen en verantwoordelijkheden dan ook als een belangrijk deel van de oplossing.

Welke rol kan regie spelen?

Het is dus van belang dat duidelijk is waar regie op gevoerd wordt en wat voor soort regie het betreft:

- We zien het als rol van de **stelselverantwoordelijke** departementen JenV, BZK en VWS om (**afgestemde**) **regie op het stelsel** te voeren, om te zorgen dat de randvoorwaarden voldoende op orde zijn en de rollen en verantwoordelijkheden duidelijk belegd zijn.
- We zien de behoefte aan meer **regie over de uitvoering**, wie heeft welke rol om te zorgen dat de uitvoering voldoet. Dit betreft bijvoorbeeld de rol die opdrachtgevers kunnen spelen richting de uitvoerende partijen en ook de verantwoordelijkheid die uitvoerende partijen zelf hebben.
- Daarnaast zien we **andere rollen en verantwoordelijkheden** om te verhelderen, die niet direct 'regie' zijn, maar die wel bij kunnen dragen aan het oplossen van de knelpunten.

4. Over regie

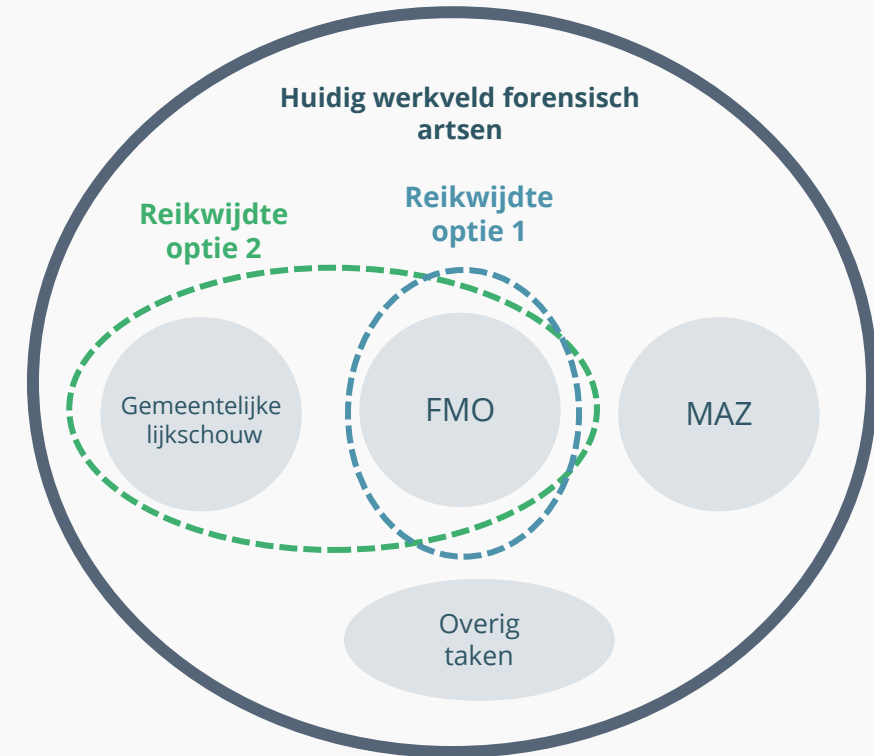
Wat zijn mogelijke reikwijdtes van regie?

In het kabinetsstandpunt wordt benoemd dat de regie zou gaan over FMO en de gemeentelijke lijkschouw, en dat de MAZ buiten beschouwing wordt gelaten.¹⁸ Het gaat dus over de onderdelen van het werkveld van forensisch arts en waarop het ‘overheidsprerogatief’ geldt. Dit pleit er dus voor dat dit traject voornamelijk de focus legt op FMO en gemeentelijke lijkschouw.

Een factor die meeweegt, is dat **FMO onder verantwoordelijkheid van ministeries** valt en de **gemeentelijke lijkschouw onder de verantwoordelijkheid van gemeenten**. Afhankelijk van de inrichting van regie, zullen de sturingsmogelijkheden voor een regisseur verschillend zijn voor deze aspecten en/of zullen er verschillende bevoegdheden nodig zijn. We zien daarom twee mogelijke reikwijdtes van regie, afhankelijk van de wijze waarop regie vormgegeven wordt. **Optie 1 reikwijdte betreft enkel FMO (inclusief lijkschouw t.b.v. de strafrechtketen)** en **Optie 2: reikwijdte betreft zowel FMO als gemeentelijke lijkschouw**.

Daarnaast spelen nog **twee aanvullende afwegingen** waar we rekening mee dienen te houden in het ontwerpen van regie:

- **Onderscheid binnen FMO.** Bij FMO is er een onderscheid te maken tussen het deskundigenonderzoek in opdracht van het OM en overige FMO uitgevoerd in opdracht van de politie. Hier zijn dus andere opdrachtgevers en zijn er deels verschillende eisen.
- **Het is nog onduidelijk of MAZ onderdeel blijft van het werkpakket van (een deel van de) forensisch arts.** Het is nog de vraag of de forensische geneeskunde ook in de toekomst nog al deze drie taken beslaat, of dat de MAZ vanuit het nieuwe aanbestedingstraject (ook) uitgevoerd gaat worden door andere artsen.¹⁹ Op het moment van schrijven is hier nog niets over bekend en vallen al deze taken nog onder het werkveld van forensisch arts. Mogelijk blijft een deel van de forensisch artsen dit ook doen in de toekomst. Hoewel MAZ dus nu niet als onderdeel van de regiefunctie wordt gezien, kan dit mogelijk wel gevolgen hebben als de regisseur dient te sturen op capaciteitsinzet van de forensisch artsen.



In de stuurgroep (JenV, BZK en VWS) en vanuit het veld is een voorkeur uitgesproken om zo mogelijk reikwijdte optie 2 aan te houden, om zoveel mogelijk eenheid te bewaken.

18. Kabinetsstandpunt 2018 stelt: “Het ligt in de rede dat de aan de overheid voorbehouden taken van de forensische geneeskunde, namelijk het forensisch medisch onderzoek en de lijkschouw door de gemeentelijke lijkschouwer zoveel mogelijk worden gebundeld en dat de GGD- GHOR daar de regie in neemt. Dat ligt anders bij de medische arrestantenzorg, want daar is zoals hierboven aangegeven een lichte vorm van aanbesteding verplicht.”

19. Het kabinetsstandpunt 2018 vermeldt hierover dat MAZ “een wezenlijk ander discipline is dan forensisch medisch onderzoek”. Het kabinet stelt dat MAZ gericht is op “de urgente medische hulpvraag van de arrestant en is niet expliciet forensisch, omdat het niet ten dienste staat van strafrechtelijke opsporing en vervolging”. MAZ is dus gericht op gezondheid (het welbevinden van de arrestant) in tegenstelling tot FMO (dat gericht is op waarheidsvinding). Het kabinet maakt daarmee een helder onderscheid tussen FMO en MAZ, maar geeft nog niet aan of MAZ wel of niet gezien dient te worden als forensische geneeskunde. Wel wordt gesteld dat MAZ niet onder het overheidsprerogatief valt en dus moet worden gecontracteerd na een verplichte lichte vorm van aanbesteden.



4. Over regie

Welke varianten van regie hebben we onderzocht?

In dit traject onderzochten we verschillende mogelijkheden voor meer 'regie' op de uitvoering

We verkenden vier varianten (en aanvullende subvarianten) in dit onderzoek. Deze hebben we beoordeeld op basis van verwachte effectiviteit, doelmatigheid, uitvoerbaarheid en draagvlak. Een samenvatting is hiernaast opgenomen.

De stuurgroep heeft op 21 oktober 2025 de wens uitgesproken om een variant uit te werken die zo dicht mogelijk bij de rolverdeling binnen het stelsel blijft, waarmee zoveel mogelijk samenhang bewaakt kan worden tussen gemeentelijke lijkschouw en FMO en waarvan wordt verwacht dat deze de knelpunten voldoende oplost, mits de juiste condities worden gecreëerd.

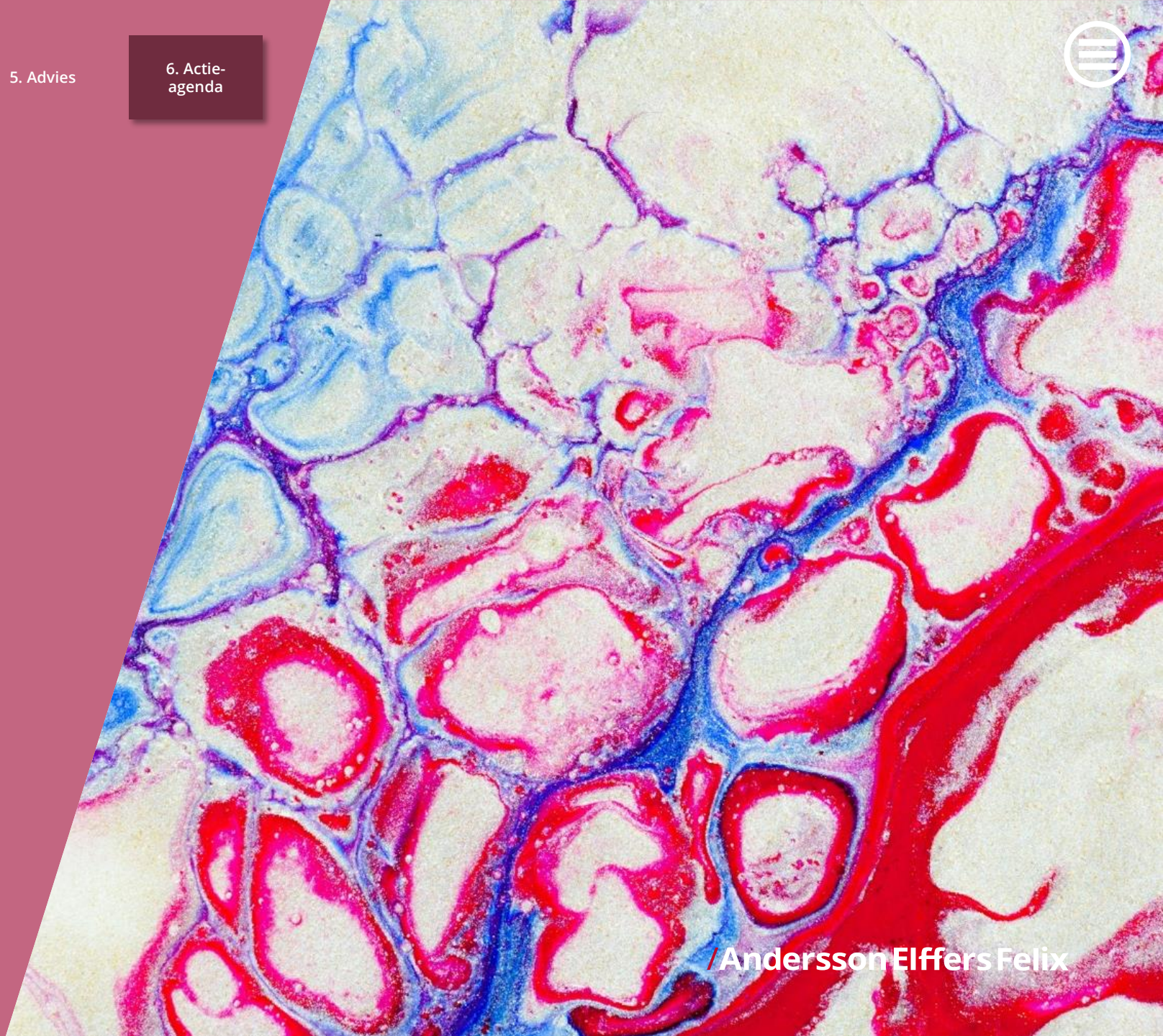
AEF acht het mogelijk om deze doelstellingen te bereiken door een combinatie van variant C en D te ontwerpen, die gericht is op het toewerken naar een *samenhangend stelsel van forensische geneeskunde en op professionalisering van de rollen en verantwoordelijkheden hierin.*

In de volgende twee hoofdstukken werken we dit advies verder uit.

Beschrijving variant	Oordeel AEF
Variant A: aparte entiteit GGD GHOR als regisseur In deze variant wordt een aparte entiteit binnen GGD GHOR aangewezen als de centrale regisseur over de uitvoering. De uitvoering blijft liggen bij GGD's en andere organisaties. De aparte entiteit is verantwoordelijk voor de coördinatie en aansturing van de taken zowel binnen GGD's als daarbuiten. De entiteit zou een rol hebben in monitoring van vraag en aanbod, signaleren van knelpunten, toetsing van kwaliteitsstandaarden en zorgdragen voor een verdeelsleutel. Hiervoor is een aparte wettelijke verankering nodig. Subvariant A1: aparte entiteit los van GGD GHOR. Een nieuwe (Rijks)organisatie met een wettelijke taak wordt opgericht om deze rol te vervullen.	Oordeel variant A: Inrichten van een aparte entiteit ziet AEF als kunstmatige ingreep. Voordelen van regie bij GGD GHOR gaan verloren door deze entiteit echt onafhankelijk te maken. Echter wanneer wel gebruik wordt gemaakt van deze voordelen, is de entiteit niet voldoende onafhankelijk om de gevraagde interventiemogelijkheden op capaciteit, kwaliteit en financiering zoals bedoeld als 'regie' te organiseren. Hier is ook geen draagvlak voor, ook bij GGD GHOR zelf niet. Qua reikwijdte biedt deze variant evt. wel mogelijkheden om FMO en gemeentelijke lijkschouw in samenhang te organiseren. Oordeel variant A1: Voordeel t.o.v. variant A is dat dit onafhankelijkheid borgt en dus effectiever kan zijn. Het nadeel is dat dit een sterk ingrijpende interventie is – er wordt een nieuwe organisatie opgericht – en dit naar verwachting beperkt doelmatig is.
Variant B: Uitvoering volledig bij één Rijksorganisatie met alle forensisch artsen in dienst In dit scenario wordt de uitvoering van de taken volledig gecentraliseerd bij één Rijksorganisatie, waarbij alle forensisch artsen direct in dienst zijn van deze organisatie. Dit zou leiden tot meer inzicht, helderdere sturing op capaciteit en meer uniforme werkwijzen en standaarden, omdat alles vanuit één overheidsinstantie wordt geregeld. Deze variant kan bijdragen aan minder versnippering in het systeem en meer centrale controle. Subvariant B1: artsen in dienst van de politie. Politie heeft zelf forensisch artsen in dienst en stuurt hier direct op vanuit eigen behoefte bij inzet. Subvariant B2: artsen in dienst van NFI. NFI wordt de enige aanbieder.	Oordeel variant B: zeer ingrijpende wijziging in het stelsel, waarbij de uitvoering van forensische geneeskunde volledig publiek wordt en een nieuwe organisatie wordt opgericht. Dit biedt wel de mogelijkheid tot meeste 'grip'. Om verwachte effectiviteit t.o.v. doelmatigheid goed in te schatten vraagt dit verder onderzoek. Qua reikwijdte biedt deze variant evt. wel mogelijkheden om FMO en gemeentelijke lijkschouw in samenhang te organiseren. Oordeel subvariant B1: zeer ingrijpende wijziging. Voordeel t.o.v. variant B is dat er geen nieuwe organisatie opgericht hoeft te worden. Potentieel risico is dat het werk van forensisch artsen verbinding verliest met geneeskunde. Qua reikwijdte ligt de focus vooral op FMO en minder direct op gemeentelijke lijkschouw, tenzij er een aanpassing in de verantwoordelijkheid plaatsvindt. Vraagt nader onderzoek om goed te beoordelen hoe kansrijk/wenselijk deze variant is. Oordeel subvariant B2: zeer ingrijpende wijziging. Voordeel t.o.v. variant B2 is dat NFI al artsen in dienst heeft. Echter vraagt dit een grote wijziging van de omvang/taken van NFI. Vraagt nader onderzoek om te beoordelen hoe kansrijk/wenselijk deze variant is.
Variant C: Regie vanuit opdrachtgeverschap (politie en OM): Hier ligt de nadruk op regie vanuit opdrachtgeverschap, met focus op de Politie en het OM als grootste opdrachtgevers FMO. Dit gaat uit van meer sturing op kwaliteit en capaciteit vanuit contractering en rol voor politie (bijv. PDC) in monitoren match tussen vraag en aanbod. De verantwoordelijkheid voor het aansturen van de forensische diensten ligt dus direct bij de partijen die de resultaten van deze diensten nodig hebben.	Oordeel variant C: deze rol past bij huidige taken en verantwoordelijkheden en zal naar verwachting bijdragen aan de effectiviteit. Vraagt voornamelijk intensievere rol van Politie. Qua reikwijdte ligt de focus vooral op FMO en minder direct op gemeentelijke lijkschouw, tenzij er een aanpassing in de verantwoordelijkheid plaatsvindt. Hier lijkt voldoende draagvlak voor.
Variant D: Samenwerking vanuit de uitvoering met GGD GHOR als regisseur tussen GGD'en Deze variant vraagt een nauwe samenwerking tussen de uitvoerende partijen. Er is niet één centrale regisseur, maar de uitvoerende partijen zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor de coördinatie van taken. Deze samenwerking leidt tot een gedeelde verantwoordelijkheid en vereist goede communicatie en afstemming tussen de betrokken partijen. In deze variant heeft GGD GHOR een regiefunctie primair gericht richting de GGD'en.	Oordeel variant D: variant blijft dichtbij de huidige situatie, maar lost daarmee <i>op zichzelf</i> ook het minst de knelpunten op en kent dus kwetsbaarheden. De mate waarin hier draagvlak voor is bij uitvoerende partijen, is sterk afhankelijk van de uitwerking van deze variant. Voordeel is dat reikwijdte 2 (FMO en gemeentelijke lijkschouw) mogelijk is.



5. Advies



5. Advies

Advies AEF: werk toe naar een samenhangend stelsel forensische geneeskunde

Toewerken naar een samenhangend stelsel forensische geneeskunde

De richting die is gekozen door de stuurgroep op 23 oktober 2024 (het combineren van variant C en D) gaat niet uit van één centrale regisseur, maar van professionalisering van de rollen en verantwoordelijkheden van alle partijen betrokken bij de forensische geneeskunde.

De kern van het advies van AEF is om de komende jaren toe te werken naar een werkend, samenhangend en duurzaam stelsel forensische geneeskunde.

Dit vraagt dat de verschillende stelsels/logica's die nu samenkomen in het werkveld van de forensische geneeskunde, ook daadwerkelijk *als stelsel* in samenhang worden doorontwikkeld. Doel is te komen tot een doelmatig functionerend geheel, waarin rollen en verantwoordelijkheden duidelijk belegd zijn. Goed samenspel tussen partijen zorgt dat die elkaar versterken.

Dit vraagt iets van alle betrokken partijen, met als belangrijke rollen:

- **Stelselverantwoordelijke ministeries JenV, VWS en BZK** zijn *gezamenlijk* stelselverantwoordelijk voor de forensische geneeskunde. Zij voeren afgestemde regie op het stelsel vanuit publieke belangen gericht op het strafrecht en de publieke gezondheid. Zij schetsen perspectief, maken richtinggevende keuzes en scheppen heldere kaders en condities.
- **Opdrachtgevers** (met name Politie en OM waar het gaat om deskundigenonderzoek op grond van wetboek van Strafvordering) geven aan wat nodig is op gebied van capaciteit en kwaliteit vanuit hun eigen taken en verantwoordelijkheden. Zij stellen duidelijke eisen, monitoren landelijk in welke mate dit gerealiseerd wordt en sturen bij waar nodig. Zij sturen op een landelijk gelijk dienstverleningsniveau voor alle politieregio's. Er is zoveel mogelijk integrale sturing op de forensische geneeskunde, bij voorkeur door de politie een rol te geven als opdrachtgever voor de gemeentelijke lijkschouw.
- **Uitvoerende partijen** zijn verantwoordelijk voor de daadwerkelijke uitvoering van forensische geneeskunde, het nakomen van de gemaakte afspraken met opdrachtgevers en transparante verantwoording hierover. Ze dragen zorg voor het ontwikkelen van hun mensen en het vakgebied en zorgen voor operationele sturing minimaal op schaal van politieregio's.
- Daarnaast vraagt dit ook een ontwikkeling van andere actoren zoals de **beroepsgroep** en het **toezicht op het stelsel**.

We identificeerden zes punten waarop verbetering nodig is om de knelpunten in de forensische geneeskunde aan te pakken (zie hoofdstuk 3).

Op de volgende pagina werken we voor elk van deze zes punten ons advies uit voor de nieuwe situatie in deze gekozen richting.

Hier komen uitwerkingsvraagstukken en ontwikkelopgaven voor de komende jaren uit voort. In hoofdstuk 5 beschrijven we deze verder in een actieagenda.

5. Advies

Overzicht: van huidige naar nieuwe situatie

Wat is er nodig?	Huidige situatie	Waar ligt deze verantwoordelijkheid in de nieuwe situatie?
Monitoren en signaleren knelpunten in match tussen vraag en aanbod	Er bestaat nog geen landelijk inzicht in de match tussen vraag en aanbod, zowel de huidige situatie als de benodigde capaciteit op de lange termijn.	- De politie creëert en beheert één landelijk overzicht van de (verwachte) match tussen vraag naar en aanbod van capaciteit. Dit doet de politie op basis van informatie die uitvoerende organisaties hier frequent over aanleveren. Op basis van dit overzicht heeft de politie de mogelijkheid om knelpunten te signaleren, uitvoerende organisaties hierop aan te spreken of andere uitvoerende organisaties te benaderen. - OM draagt hiervoor zorg waar het gaat om het deskundigenonderzoek.
Operationele sturing op capaciteit	De uitvoerende organisaties zijn zelf verantwoordelijk voor operationele sturing op capaciteit (planning, roostering, meldkamerfunctie en daarmee de (tijds) inzet van forensisch artsen) en zijn hierop aanspreekbaar door opdrachtgevers in relatie tot de gemaakte afspraken.	- Verantwoordelijkheid blijft in de basis hetzelfde belegd, met uitvoerende organisaties die zelf verantwoordelijk zijn voor de wijze waarop zij de operationele sturing inrichten. - Operationele sturing wordt <i>minimaal</i> georganiseerd op het niveau van de politieregio's, met één aanspreekpunt voor opdrachtgevers per politieregio waar zij mee contracteren.
Ontwikkelen van kwaliteitsstandaarden	- NRGD stelt eisen voor deskundigheidsonderzoek voor rechtsgang en KNMG stelt medische eisen voor registratie. - Gebrek aan actuele kwaliteitsrichtlijnen opgesteld vanuit de beroepsvereniging. - Opdrachtgevers stellen deels aanvullende eisen, maar bij de politie is dit nog beperkt landelijk gecoördineerd.	- NRGD en KNMG behouden hun huidige rol. - FMG stelt als onafhankelijke beroepsvereniging kwaliteitsrichtlijnen op die gelden voor alle forensisch artsen. Ze doen dit in afstemming met opdrachtgevers, beleid, wetenschap, passend bij de verschillende typen dienstverlening en met oog op mogelijkheden tot specialisatie. Mogelijke consequenties van de richtlijnen op de bedrijfsvoering (bijv. responstijden, exposurenormen) zijn onderwerp van gesprek tussen opdrachtgevers en uitvoerders. - Per opdrachtgever wordt landelijk gestuurd op uniformiteit in kwaliteitseisen vanuit de opdrachtgevers. Opdrachtgevers dragen ook bij aan doorontwikkeling van kwaliteitseisen.
Toetsing en handhaving op kwaliteit	- Er is beperkt sturing, toetsing en handhaving op kwaliteit. - OM stuurt hier op voor deskundigenonderzoek, bij politie wordt dit regionaal verschillend ingevuld.	- Opdrachtgevers nemen landelijk uniforme kwaliteitseisen op in contractering en sturen hier actief op. Dit kan bijvoorbeeld door op te nemen dat artsen moeten voldoen aan richtlijnen/eisen zoals opgesteld door FMG en/of NRGD. - In contracten worden mogelijkheden opgenomen om consequenties te verbinden op het moment dat niet aan de afspraken wordt voldaan. - Er wordt onderzocht of/hoe het opdrachtgeverschap voor de gemeentelijke lijkschouw belegd kan worden bij de politie.
Toezicht houden op stelsel als geheel	IGJ vervult rol hoofdzakelijk voor MAZ, nog geen helder toezicht belegd op FMO en gemeentelijke lijkschouw.	Toezicht op het stelsel wordt belegd bij de IGJ.
Sturing en verantwoording op middelen	Er is geen goede sturing mogelijk via financiële middelen door gebrek aan inzicht (voornamelijk in gemeentelijke middelen) en transparante verantwoording.	- Herziening van de wijze van financiering passend bij de aanpassingen in het stelsel. Met oog voor transparante financieringsstromen, een verdeelsleutel die bijdraagt aan een gelijk dienstverleningsniveau en zoveel mogelijk gelijkwaardige tarieven (met mogelijkheid voor differentiatie naar regio). - Opdrachtgevers doen een voorstel voor de tarieven, de stelselverantwoordelijke departementen stellen deze vast. - Het overhevelen van opdrachtgeverschap van gemeentelijke lijkschouw naar de politie zorgt dat het mogelijk wordt meer integraal te sturen vanuit de financiering. - Uitvoeringsorganisaties verantwoorden de inzet van de middelen aan de opdrachtgevers.



6. Actieagenda



6. Actieagenda

Het vervolgtraject vraagt om een meerjarenstrategie

Een meerjarenstrategie op vier sporen

Het toewerken naar een samenhangend stelsel forensische geneeskunde is geen proces van 'quick fixes', maar vraagt om een **stevige meerjarenstrategie** waarin verschillende partijen gericht en in samenhang werken aan de condities voor verbetering.

We zien een traject voor ons waarbij op **vier sporen** wordt gewerkt, zoals hiernaast beschreven. De sporen dienen in samenhang te worden ontwikkeld, waarbij de gedeelde toekomstvisie een belangrijke basis vormt om richting te geven aan de andere actielijnen.

Op de volgende pagina's werken we kort uit welke thema's hierin minimaal dienen te worden meegenomen. Deze agenda dient de komende periode verder uitgewerkt en aangevuld te worden en in uitvoering te worden gebracht.

De stelselverantwoordelijke departementen JenV, VWS en BZK, in de vorm van het programma VFG, staan aan de lat om de regie te voeren op deze meerjarenstrategie: zij geven richting en zijn aanjager, borgen de randvoorwaarden, monitoren de voortgang en dragen zorg voor de evaluatie van de werking van gemaakte keuzes.

Tegelijk ligt er een verantwoordelijkheid van alle partijen betrokken bij de forensische geneeskunde om hieraan te werken.

1. Richtinggevende keuzes door stelselverantwoordelijken

1A) Gedeelde toekomstvisie forensische geneeskunde

2. Opdrachtgevers en financiering

2A) Inrichten opdrachtgeverschap gemeentelijke lijkschouw bij politie

2B) Stevigere rol opdrachtgevers

2C) Herziening wijze van financiering

3. Kwaliteit en toezicht

3A) Toezicht op stelsel beleggen bij IGJ

3B) Ontwikkeling rol van het FMG

3C) Actualisering en continue doorontwikkeling kwaliteitseisen

4. Ontwikkeling uitvoerende partijen

4A) Organisatie

4B) Transparantie in aanleveren informatie

1. Gedeelde toekomstvisie forensische geneeskunde

Een gedeelde toekomstvisie draagt bij aan doorontwikkeling van de FG

We zien dat er nog geen gedeelde visie bestaat over hoe de forensische geneeskunde er over 5-10 jaar uit zou moeten zien. Daardoor ontstaan er verschillende initiatieven en invullingen in het veld om te werken aan deze doorontwikkeling, maar is dit onvoldoende een integrale benadering.

Een gedeelde visie geeft richting aan de doorontwikkeling van de forensische geneeskunde. Het geeft de partijen die werken aan forensische geneeskunde houvast voor verdere doorontwikkeling en om keuzes te maken die daaraan bijdragen. Bovendien biedt het kans om tijdig in te spelen op de verwachte ontwikkelingen, kansen en bedreigingen te identificeren en scherpe keuzes te maken waar nodig.

Stelselverantwoordelijken staan aan de lat om dit proces te initiëren

We zien het als de rol van de stelselverantwoordelijken om dit proces te initiëren en de richtinggevende keuzes te maken waar deze gaan over het stelsel. Dit vraagt ook het bieden van duidelijke tijdlijnen, zodat organisaties daar rekening mee kunnen houden.

We benadrukken het belang van het komen tot een gedeelde visie die kan rekenen op voldoende steun van partijen betrokken bij de forensische geneeskunde. Dit betekent dat deze partijen betrokken dienen te worden bij het opstellen van deze visie op een wijze die past bij hun rol in het stelsel.

Een toekomstvisie dient in ieder geval de volgende vragen te beantwoorden:

- Welke ontwikkelingen (inhoudelijk, politiek-juridisch, maatschappelijk, technologisch, vanuit opdrachtgevers, etc.) zijn verwacht voor de komende jaren?
- Welke belangrijkste kansen en bedreigingen levert dat op voor de forensische geneeskunde?
- Hoe zou de forensische geneeskunde eruit dienen te zien over 5 en over 10 jaar? Welke ambities en doelstellingen komen hieruit voort?
- Welke dienstverlening valt wel/niet onder de forensische geneeskunde en hoe krijgt dit vorm? Hoe krijgt specialisatie vorm? Hoe verhoudt de forensische geneeskunde zich tot aanpalende vakgebieden?
- Welke verhouding tussen publieke en private dienstverlening is gewenst? En welke verhouding tussen landelijke en de regionale uitvoering (o.a. in verhouding tot specialistisch werk)?
- Hoe dragen de rollen en verantwoordelijkheden van de betrokken partijen hier optimaal aan bij?

2. Opdrachtgevers en financiering

2A) Inrichten opdrachtgeverschap gemeentelijke lijkschouw bij politie

Op dit moment is er geen duidelijke opdrachtgevers-opdrachtnemersrelatie op het gebied van gemeentelijke lijkschouw. De burgemeester wijst deze formeel aan en gemeenten zijn verantwoordelijk, maar gemeenten spelen nu geen actieve rol in sturing op de gemeentelijke lijkschouw. Zij zijn ook niet de partij die de effecten hiervan merkt. Dit belemmert de sturing en doorontwikkeling hiervan.

AEF adviseert om te onderzoeken op welke wijze en onder welke condities opdrachtgeverschap en financiering voor gemeentelijke lijkschouw belegd kan worden bij de politie. Voordeel hiervan is dat het mogelijk wordt om integraler te sturen via financiering en een duidelijke opdrachtgever-opdrachtnemer relatie gerealiseerd wordt bij de organisatie die hier ook belang bij heeft. Onderzoek of dit kan via wijziging van de wlb of (indien niet mogelijk of als overgangperiode) via het mandateren van het opdrachtgeverschap.

2B) Stevigere rol opdrachtgevers

De gekozen richting vraagt een stevigere sturende rol vanuit opdrachtgevers. Hier ligt voornamelijk een rol voor de politie. AEF adviseert om te werken aan de volgende ontwikkeling:

- Opdrachtgevers stellen binnen de eigen organisatie één landelijke 'regisseur' voor het opdrachtgeverschap forensische geneeskunde aan, op voldoende niveau. Deze vormt het aanspreekpunt richting de stelselverantwoordelijken. Bij het OM betreft dit de verantwoordelijkheid voor het deskundigenonderzoek, dit op moment de landelijk forensisch officier.
- Opdrachtgevers nemen kwaliteitseisen in contracten op en sturen hierop. Bijvoorbeeld door op te nemen dat artsen moeten voldoen aan eisen zoals opgesteld door FMG of NRGD. In contracten worden ook mogelijkheden opgenomen om consequenties te verbinden op moment dat niet aan afspraken wordt voldaan. Dit vraagt de mogelijkheid tot hercontractering.
- De politie creëert en beheert één landelijk overzicht van de (verwachte) match tussen vraag naar en aanbod van capaciteit. Dit doet de politie op basis van informatie die uitvoerende organisaties hier frequent over aanleveren. Op basis hiervan spreken zij uitvoerende organisaties aan of kunnen zij evt. andere organisaties benaderen. OM zorgt voor het inzicht waar het gaat om deskundigenonderzoek.
- Opdrachtgevers brengen in kaart in welke mate voldaan wordt aan afspraken en monitoren eventuele incidenten en rapporteren dit richting stelselverantwoordelijken. Zij gaan met uitvoerende organisaties in gesprek over oorzaken.
- Hierin ligt de focus op de rol van politie en OM (voor deskundigenonderzoek) als voornaamste opdrachtgevers. Er dient aandacht te zijn voor de verbinding met lokale partijen waarmee wordt samengewerkt, zoals het CSG en Veilig Thuis.

2C) Herziening wijze van financiering

Er is geen goed inzicht in de besteding van middelen en de mate waarin dit doelmatig is en de verdeling gelijkwaardig is over het land. De financiering vanuit gemeenten richting GGD'en is niet inzichtelijk.

In dit advies wordt afgeweken van het kabinetsstandpunt waarin de regierol bij GGD GHOR komt dit liggen. De huidige financieringswijze is hierop gericht. Bovendien worden er aanvullende nieuwe keuzes gemaakt, die van invloed kunnen zijn op de wijze van financiering. AEF adviseert in dit licht tot herziening van de wijze van financiering, met aandacht voor:

- Een eenvoudige, kostendeekkende combinatie van vaste vergoeding met tarieven per verrichting, waarbij uitvoerende partijen inzicht geven in hun (financiële) bedrijfsvoering;
- Tarieven voorgesteld vanuit de opdrachtgevers en vastgesteld door stelselverantwoordelijke departementen gezamenlijk, met oog voor gelijk dienstverleningsniveau in het land;
- Transparante verantwoording van inzet middelen door uitvoerende organisaties richting opdrachtgevers.

Inrichting hiervan is verantwoordelijkheid van stelselverantwoordelijke departementen.

Het beleggen van financiering van gemeentelijke lijkschouw bij politie draagt bij aan overzichtelijkere sturing en financiering.

3. Kwaliteitsontwikkeling

3A) Toezicht op stelsel beleggen bij IGJ

Het toezicht op het stelsel is op dit moment nog niet voldoende geborgd. Er is geen toezicht op FMO en nog geen wettelijke basis voor het toezicht van de IGJ op de gemeentelijke lijkschouw.²⁰

AEF adviseert om toezicht op het stelsel van forensische geneeskunde integraal te doen. Het advies is om dit toezicht volledig bij Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) te beleggen.

Dit vraagt van IGJ een heldere visie te ontwikkelen op de wijze waarop dit toezicht vorm krijgt en bijdraagt aan de doorontwikkeling van het stelsel.

3B) Ontwikkeling rol van het FMG

Het FMG dient de komende periode haar onafhankelijke rol (zoals geadviseerd in de businesscase²¹) verder te ontwikkelen. Dit betekent o.a.:

- Versterken/bevorderen van de ontwikkeling van het vak/kennisdomein en ontwikkelen van kwaliteitsrichtlijnen;
- Borgen en verbeteren van handelen in de beroepspraktijk;
- Behartigen van de beroepsbelangen;
- Positioneren van forensische geneeskunde in de gezondheidszorg en profileren in de maatschappij.

Het FMG werkt hierbij in afstemming met wetenschap, opleidingen, beleid en opdrachtgevers. De onafhankelijke rol van het FMG betekent ook onafhankelijk van de werkgevers. De focus ligt op de medische en strafrechtelijke eisen aan kwaliteit. Mogelijke consequenties op het gebied van bedrijfsvoering moeten expliciet onderwerp van gesprek worden tussen financiers en uitvoerders.

3C) Actualisering en continue doorontwikkeling kwaliteitseisen

Kwaliteitsborging ligt nu voornamelijk bij de uitvoerende organisaties zelf. Het ontbreekt aan een landelijk systeem van kwaliteitsborging. De landelijke kwaliteitsrichtlijnen zijn verouderd.

Dit dient als volgt vorm te krijgen:

- FMG dient onafhankelijk de kwaliteitsrichtlijnen te ontwikkelen, in samenwerking met wetenschap, opleidingen, beleid, opdrachtgevers. Dit dient een continu proces te zijn.
- Opdrachtgevers hebben een verantwoordelijkheid in het formuleren van duidelijke behoeften (ook met oog op de toekomst) en het organiseren van feedbackloops richting uitvoerende organisaties en richtlijnen, om deze continu te blijven ontwikkelen.

4. Uitvoerende partijen

4A) Organisatie

Om de knelpunten op te lossen hebben opdrachtgevers behoefte aan duidelijke aanspreekpunten vanuit de uitvoerende partijen. Het is voor hen niet werkbaar om af te stemmen met alle GGD'en en de andere organisaties de forensische geneeskunde.

Daarnaast zien we dat er behoefte is aan werken op grotere schaal: dit kan zowel capaciteitsmanagement als kwaliteitsontwikkeling bevorderen.

Dit vraagt dat de operationele sturing (op gebied van roostering, planning, meldkamer) op de uitvoering *minimaal* aansluit op het niveau van de politieregio's, waarbij er vanuit elke politieregio één aanspreekpunt is richting opdrachtgevers waarmee zij contracteren.

Hierbij moet aandacht zijn voor de wijze waarop de uitvoering van meer specialistisch werk vorm krijgt: het is denkbaar dat dit – met oog op de nodige kwaliteit – centraler (bijvoorbeeld in 4 of 2 regio's of zelfs landelijk) georganiseerd wordt.

Dit vraagt van de GGD'en dat zij zich op een andere wijze organiseren en samenwerken. Ook vraagt dit van uitvoerende partijen gezamenlijk om een visie te ontwikkelen op de wijze waarop de organisatie van de uitvoering het beste aansluit bij wat nodig is.

4B) Transparantie in aanleveren informatie

Er is behoefte aan landelijk inzicht in de (verwachte) match tussen vraag en aanbod. Dit dient als belangrijke sturingsinformatie.

AEF adviseert om dit bij de politie te beleggen. Uitvoerende partijen zijn verantwoordelijk voor het aanleveren van data en informatie ten behoeve van het inzicht in de (verwachte) match tussen vraag en aanbod.

Dit gaat o.a. over:

- (Verwachte) vraag (o.a. in type dienstverlening; verrichtingen; nodige specialisaties) per regio;
- Aanbod (o.a. specialisaties; aantal artsen, verpleegkundigen, anios in fte en mensen) per regio;
- (Verwachte) dekking aanbod per regio;
- (Verwachte) instroom en uitstroom per regio.

Daarnaast dragen uitvoerende organisaties de verantwoordelijkheid voor verantwoording over de bestede middelen.

Het inzicht overzicht dat ontstaat kan ook door uitvoerende organisaties gezamenlijk ingezet worden als informatie ten behoeve van de doorontwikkeling van het vakgebied.

Rol GGD GHOR richting GGD'en

Van GGD GHOR wordt verwacht dat zij een aanjagende rol heeft *richting* de GGD'en.

Dat betekent voornamelijk dat GGD GHOR aanjager is als het gaat om opschaling en samenwerking tussen GGD'en en op de doorontwikkeling van het werk van forensisch artsen binnen GGD'en.

Inschatting tijdspad – op vier sporen verder



Toelichting. Dit is een inschatting van AEF van een mogelijke planning voor de implementatie van dit advies. Deze dient uitgewerkt te worden op basis van input van de betrokken partijen. Op een deel van de thema's kan snel overgegaan worden tot implementatie, op een aantal andere thema's zijn eerst onderzoek, verkenning en/of keuzes nodig, die ook invloed hebben op het verwachte tijdspad en op tijdspaden van andere thema's. Belangrijk is dat er sprake is van een langetermijnstrategie.

De ontwikkeling van het stelsel is niet 'af' na deze implementatiefase, maar verdient telkens continue doorontwikkeling. Dit dient structureel binnen het stelsel georganiseerd te zijn. Er is zo sprake van een volwassen, werkend stelsel.

