

---

# Samenvatting

---

---

## Een complexe maar cruciale rol

De forensische geneeskunde is een unieke medische discipline, die werkt ten behoeve van politie en justitie. Daarbij worden zowel (vermeende) daders als (mogelijke) slachtoffers gezien. Zo verlenen forensisch artsen zorg aan mensen die op het politiebureau zijn ingesloten, en beoordelen zij of deze medisch gezien verantwoord vastgezet en verhoord kunnen worden. Maar forensisch artsen hebben ook een rol in de opsporing: ze verrichten sporenonderzoek, bijvoorbeeld bij slachtoffers van seksueel geweld of mishandeling, en voeren bij een (vermoeden van) niet-natuurlijk overlijden een postmortaal lichamelijk onderzoek uit, de forensische lijkschouw.

Dit complexe takenpakket, dat in de meeste regio's wordt uitgevoerd vanuit de GGD, vraagt om een specifieke expertise. Bij arrestanten speelt bijvoorbeeld vaak verslavings- en psychische problematiek – iets waar forensisch artsen op bedacht moeten zijn. Ook is de zorgrelatie anders dan in een niet-justitiële setting: een vertrouwensband ontbreekt vaak, forensisch artsen moeten rekening houden met simulatie, en soms moeten (en mogen) ze het beroepsgeheim doorbreken. Aan de kant van de slachtoffers moeten ze letsel kunnen duiden, sporen veilig kunnen stellen, en een niet-natuurlijke dood kunnen identificeren. Ook dat vergt specifieke kennis.

---

Forensisch artsen opereren dus op het snijvlak van het medische en juridische domein, werkend vanuit een gemeentelijke of regionale setting. Ze spelen een cruciale rol in de opsporing en vervolging, iets waar in de samenleving veel belang aan wordt gehecht. En ze waarborgen een goede zorg voor arrestanten (en daarmee indirect voor hun bewakers) – wat al evenzeer van belang is in een rechtsstaat.

Het grote maatschappelijke belang en de observatie dat de kennisinfrastructuur van de forensische geneeskunde te wensen overlaat vormden voor de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) de reden om een adviesvraag te richten tot de Gezondheidsraad. Voor de beantwoording hiervan stelde de voorzitter van de Gezondheidsraad een commissie in.

---

### **Ontoereikende opleiding en academische traditie**

De commissie stelt in haar advies vast dat de forensische geneeskunde in ons land niet de positie inneemt die past bij haar belangrijke taken.

In het basiscurriculum geneeskunde wordt bijvoorbeeld weinig aandacht besteed aan forensisch-medische zaken, zoals de lijkschouw, het herkennen van een niet-natuurlijke dood of de duiding van letsel bij (kinder)mishandeling of seksueel geweld. Dat geldt overigens ook voor opleidingen voor niet-forensische specialisaties waar extra kennis en alertheid geboden is, zoals de huisarts-, ouderen-, spoedeisende hulp- en kindergeneeskunde.

Maar ook onder forensisch artsen ontbreekt het soms aan voldoende ervaring, kennis en kunde. Er bestaan in ons land namelijk slechts vervolgoopleidingen met een beperkte duur en academische status, waarbij nauwelijks ruimte is om praktijkervaring op te doen. De financiering is ook anders geregeld dan bij andere specialisaties, zodat de artsen in opleiding tot specialist de opleiding zelf moeten betalen of een werkgever bereid moeten vinden dat te doen. Die financiert dan soms maar een deel, waardoor iemand geen allround professional in het vak wordt.

Anders dan in ons omringende landen ontbreekt het ook aan een onderzoekstraditie. Zo is er geen leerstoel met bijbehorende onderzoeksgroep. De status van het vak lijdt daaronder, en de wetenschappelijke kennisontwikkeling blijft achter, met ook weer de nodige gevolgen voor de kwaliteit van de beroepsbeoefening.

Dit alles maakt het voor (basis)artsen weinig aantrekkelijk om de forensische geneeskunde als vervolgopleiding te kiezen. De consequentie: een geringe instroom, en dat terwijl de komende jaren veel forensisch artsen met pensioen

zullen gaan en de vraag naar verwachting juist zal stijgen. Er dreigt dan ook een tekort.

---

## **Knelpunten in de beroepspraktijk**

Wat zijn de gevolgen voor het functioneren van de forensische geneeskunde in de praktijk? De commissie constateert ten eerste dat gevallen van niet-natuurlijk overlijden onopgemerkt blijven. Behandelend artsen geven regelmatig, zo suggereert onderzoek, ten onrechte een verklaring van natuurlijk overlijden af. De expertise van de forensisch arts, die anders een forensische lijkschouw zou hebben gedaan, wordt dan niet ingeroepen. Daarmee is ook de kans op vervolging weg, mocht er sprake zijn van een misdrijf.

Maar ook als er wel een forensische lijkschouw wordt uitgevoerd, is de detectie van niet-natuurlijk overlijden niet gegarandeerd, en zijn er kwaliteitsverschillen. Zo wordt er weinig gewerkt met *evidence based* richtlijnen, en de richtlijnen die er wel zijn worden niet consequent gevolgd. Komt het tot een rechtszaak, dan blijken rapportage en het optreden als gerechtelijk deskundige door de forensisch arts vaak niet van de gewenste kwaliteit, door gebrek aan opleiding en ervaring.

Als het gaat om mishandeling en seksueel geweld blijven ook nogal eens aanwijzingen onopgemerkt. Tevens wordt niet altijd zorgvuldig omgesprongen met sporenmateriaal dat van belang kan zijn in de bewijsvoering bij een misdrijf. Niet-forensisch geschoolde zorgverleners zijn uiteraard gespitst op behandelen, en hebben vaak weinig kennis van en oog voor de forensische belangen. Daarbij kunnen ze, handelend vanuit een vertrouwensrelatie, te terughoudend zijn bij het melden van mogelijk geweld.

Een ander punt is dat in de arrestantenzorg geregeld huisartsen worden ingezet, terwijl de populatie om specifieke kennis vraagt en de setting om een andere behandelhouding dan buiten het juridische domein. Ook weten huisartsen soms niet goed wanneer ze het beroepsgeheim mogen doorbreken. Maar forensisch artsen ontberen soms juist weer de klinische ervaring. De kwaliteit kan daarom te wensen overlaten, met als uiterste consequentie dat zich een enkele keer vermijdbare sterfgevallen onder arrestanten voordoen, bijvoorbeeld wanneer het cocaïne geïnduceerde geagiteerd-deliriumsyndroom niet als zodanig wordt herkend. Bewakers weten bovendien niet altijd of ze zich tot een huisarts of een forensisch arts moeten wenden.

De algemene forensische geneeskunde en bijvoorbeeld ook de forensische toxicologie vertonen, zo mag duidelijk zijn, nog de nodige lacunes, zowel acade-

---

misch als in de beroepsuitoefening. Ook de forensisch-medische kennis bij andere (klinische) specialisaties laat te wensen over.

---

### **Naar een nieuwe, sterke positie**

Wat is volgens de commissie nodig om de huidige situatie te verbeteren? Ten eerste moet de forensische geneeskunde een herkenbaar onderdeel worden in het bestaande basiscurriculum geneeskunde, en moet ook de expertise binnen bepaalde specialisaties worden uitgebreid. Dat zal de herkenning van letsel en niet-natuurlijk overlijden verbeteren en cultuurverschillen tussen forensische en niet-forensische medische disciplines helpen overbruggen. Speciaal opgeleide forensisch verpleegkundigen kunnen daar overigens ook een rol in spelen, door bij het behandelen van slachtoffers beide belangen, medisch en forensisch, in het oog te houden.

De vervolgopleiding forensische geneeskunde moet verder een vergelijkbare zwaarte en financieringsstructuur krijgen als die van andere medische vakgebieden, met genoeg aandacht voor het opdoen van praktijkervaring. Daar zou een opleidingsduur van drie jaar bij passen. Dit zal de status en aantrekkelijkheid van het vak vergroten, en zo ook kunnen zorgen voor de broodnodige instroom van (basis)artsen.

Om de academische inbedding te verstevigen en het onderzoek te bevorderen zou een leerstoel moeten worden ingesteld, met een bijbehorende onderzoeksgroep. Zo kan *evidence* ontwikkeld worden voor een effectieve beroepspraktijk. Ook het instellen van een academische werkplaats is gewenst met name om de samenwerking met andere (klinische) disciplines te bevorderen.

Professionalisering is ook nodig in de uitoefening van het vak. Daar moet werken met gefundeerde richtlijnen en kwaliteitsmechanismen, zoals intervisie en visitatie, de standaard worden. Europese aanbesteding van forensisch-medische zorg en forensisch-medisch onderzoek kan echter weer leiden tot versnippering, en daarmee tot nieuwe kwaliteitsverschillen; dat vraagt dan ook om bezinning. In elk geval moeten heldere kwaliteitseisen worden gesteld. Ook is een registratiesysteem nodig, waardoor het forensisch-medisch handelen toetsbaar wordt. Uiteindelijk zal dit ook leiden tot het ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren.

Organisatorisch gezien kan winst behaald worden door de forensisch medische diensten in grotere regio's te laten werken – iets waarover al ideeën bestaan. Dit zou het ook mogelijk maken forensisch artsen een volledig takenpakket te geven of te laten behouden, dus inclusief arrestantenzorg. Zo kan hun ervaring op peil blijven en worden taken niet versnipperd of toebedeeld aan andere artsen.

---

Ook is het van belang om de status van forensisch artsen binnen de Gemeentelijke of Gemeenschappelijke Gezondheids Dienst (GGD) gelijk te stellen aan die van andere artsen bij de GGD.

In de financiering is behoefte aan een heldere structuur. Omdat forensisch artsen werken ten behoeve van veiligheid en rechtspraak, ligt het voor de hand dat de kosten ten laste komen van het ministerie van Veiligheid en Justitie. De mogelijkheden voor de financiering van de medische vervolgopleiding forensische geneeskunde moeten nader onderzocht worden. Te denken valt aan financiering door een overheidsfonds dat vergelijkbaar is met het Opleidingsfonds Zorg, in plaats van deze door de (basis)artsen zelf of door de werkgever te laten betalen. Ook dit kan helpen het toekomstig tekort aan forensische artsen op te vangen, doordat het instromen voor (basis)artsen aantrekkelijker wordt.

De commissie stelt voor om een regiegroep met vertegenwoordigers van de betrokken ministeries en van de forensisch geneeskundige beroepsgroep in te stellen om toe te zien op de uitvoering van het uitgebreide en samenhangende pakket aan maatregelen dat zij aanbeveelt.

