Bijlagen forensisch medisch letsel- en zedenonderzoek

CONCEPT

INITIATIEF
Het Forensisch Medisch Genootschap (FMG)

IN SAMENWERKING MET
Openbaar Ministerie (OM)
Nationale Politie
Centrum Seksueel Geweld (CSG)
Beroepsvereniging Verzorgenden en Verpleegkundigen Nederland (V&VN)
Forensisch artsen Rotterdam-Rijnmond (FARR)
GGD GHOR Nederland
Landelijk Onderzoeks- en Expertisebureau FMO (LOEF)
Nederlands Forensisch Instituut (NFI)
Nederlandse Vereniging van Strafrechtadvocaten (NVSA)

MET ONDERSTEUNING VAN
Universiteit Maastricht (forensische geneeskunde), GGD Amsterdam, Universiteit van Amsterdam en het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

FINANCIERING
De richtlijnontwikkeling werd gefinancierd met een subsidie van ZonMw

Colofon
Forensisch medisch letsel- en zedenonderzoek
© 2026

Forensisch Medisch Genootschap
Churchilllaan 11, 7e etage, 3527 VG Utrecht
secretariaat@forgen.nl
www.forgen.nl

CONCEPT

Alle rechten voorbehouden.
De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.

Inhoudsopgave

Dit document bevat de achtergrondinformatie behorende bij de moduleteksten van de conceptrichtlijn Forensisch medisch letsel- en zedenonderzoek. Het staat u vrij om commentaar op deze bijlagen te geven; dit is niet noodzakelijk.

Inhoudsopgave 3

Bijlage 1 Verantwoording 4

Bijlage 2 Definities en afkortingen 11

Bijlage 3 Uitwerking focusgroep rol FA formulering vraagstelling 14

Bijlage 4 Uitwerking focusgroep rol FA medische informatie opvragen en overdragen 21

Bijlage 5 Aanvraagformulier zoek- en selectiecriteria en zoekverantwoording module 4 'Handelingen aan/in het lichaam en 5 'Forensisch medische rapporten' 31

Bijlage 6 Exclusielijst systematische literatuuranalyse 'Handelingen aan/in het lichaam' 38

Bijlage 7 Toestemmingsverklaring opvragen medische informatie 45

Bijlage 8 Toestemmingsverklaring opstellen letselbeschrijving/letselinterpretatie 46

Bijlage 9 Toestemmingsverklaring verrichten forensisch medische letselbeoordeling 47

Bijlage 10 Toestemmingsverklaring opvragen medische informatie t.b.v. forensisch medische letselbeoordeling 48

Bijlage 11 Format forensisch medische letselbeoordeling 49

Bijlage 12 Format letselbeschrijving 50

Bijlage 13 Format letselinterpretatie 52

CONCEPT

Bijlage 1 Verantwoording

Initiatief en autorisatie

Initiatief:
- Forensisch Medisch Genootschap

Geautoriseerd door:
- Forensisch Medisch Genootschap
- Openbaar Ministerie
- Nationale Politie
- Centrum Seksueel Geweld
- Beroepsvereniging Verzorgenden en Verpleegkundigen Nederland
- Forensisch artsen Rotterdam-Rijnmond
- GGD GHOR Nederland
- Landelijk Onderzoeks- en Expertisebureau FMO
- Nederlands Forensisch Instituut
- Nederlandse Vereniging van Strafrechtadvocaten

CONCEPT

Algemene gegevens

De richtlijnontwikkeling werd ondersteund door Universiteit Maastricht, GGD Amsterdam, het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (www.kennisinstituut.nl) en het Amsterdam UMC, en werd gefinancierd met een ZonMw-subsidie.

Samenstelling werkgroep, klankbordgroep en focusgroepen

Voor het ontwikkelen van de richtlijn is in 2023 een multidisciplinaire werkgroep ingesteld met vertegenwoordigers vanuit relevante specialismen (zie hiervoor de Samenstelling van de werkgroep) die betrokken zijn bij het forensisch medisch letsel- en zedenonderzoek. Daarnaast is een klankbordgroep ingesteld met gemandateerde vertegenwoordigers van beroepsgroepen en verenigingen die indirect met het forensisch medisch letsel- en zedenonderzoek te maken hebben (zie hiervoor de Samenstelling van de klankbordgroep). De klankbordgroep is benaderd om knelpunten aan te dragen. Tot slot zijn twee focusgroepen gehouden met door de werkgroep aangedragen professionals, met als doel inzicht te verkrijgen in de rol van de forensisch arts bij het formuleren van de vraagstelling door de opdrachtgever, en het opvragen en overdragen van medische informatie.

Belangenverklaringen

De Code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of zij in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatiemanagement) hebben gehad. Gedurende de ontwikkeling van een module worden wijzigingen in belangen aan de voorzitter doorgegeven. De belangenverklaring wordt opnieuw bevestigd tijdens de commentaarfase. Een overzicht van de belangen van werkgroepleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het secretariaat van het Forensisch Medisch Genootschap.

Werkgroeplid	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen	Mogelijke restrictie
Duijst-Heesters (voorzitter)	● Hoogleraar forensische geneeskunde ● Forensisch arts bij LOEF	● Voorzitter opleidingscommissie forensisch artsen Docent bij de NSPOH Toetser bij het NRGD Beoordelaar NWO	Geen	Geen
Beumer	Forensisch arts NFI	● Naar verwachting start ik mei 2024 in loondienst van VGGM als forensisch arts (FME en MAZ) ● Vanuit mijn hoofdfunctie als forensisch arts bij NFI (in loondienst) ○ Geven van onderwijs aan verschillende partijen (o.a. NSPOH forensisch artsen i.o., politie, OM, RM) ○ Betrokken bij 2 modules van (FMS) richtlijn blauwe plekken ○ Deskundigenrapporten forensische geneeskunde/FMO minderjarige ○ Forensisch arts bij het LECK ● Bestuurslid (secretaris) FMG sinds 15 juni 2025 (maar niet betrokken bij deze richtlijn vanuit die hoedanigheid)	Geen	Geen
Bicanic	Directeur-bestuurder Stichting Landelijk Centrum Seksueel Geweld	Hoofd Landelijk Psychotraumacentrum voor kinderen en jongeren. Dit is een GGZ-instelling. Het betreft betaalde werkzaamheden o.a. als behandelaar van PTSS.	Het FMO in de acute fase na seksueel geweld (c. 7 dagen) vindt plaats binnen de locatie van 1 van de 16 CSG's[6]	Geen
Ceelen (Onderzoeker)	Senior onderzoeker forensische geneeskunde, afdeling Forensische Geneeskunde en Medische Advisering bij GGD Amsterdam	Geen	Geen	Geen
Cuijpers (Onderzoeker	● Junior onderzoeker forensische geneeskunde, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, afdeling Strafrecht en Criminologie,	Geen	Geen	Geen

CONCEPT

Werkgroeplid	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen	Mogelijke restrictie
	aan de universiteit van Maastricht ● Junior onderzoeker forensische geneeskunde, afdeling Forensische Geneeskunde en Medische Advisering bij GGD Amsterdam			
Dekens	Strafrechtadvocaat Dekens en Aytemur	• Secretaris Nederlandse vereniging voor strafrechtadvocaten • Casus ontwikkelaar beroepsopleiding advocaten	Geen	Geen
Dijkhuizen	Forensisch arts GGD IJsselland en LOEF.	Evenementhulpverlener Witte Kruis (betaald)	Financieel belang, certificate van LOEF	Geen
Gelderman	● Forensisch arts GGD IJsselland en LOEF. ● Co-promotor N. Loman, Universiteit Maastricht	Geen	Geen	Geen
van Gog	• Coördinator CSG BO en Letselcentrum BO FMEK • Forensisch verpleegkundige GGD BZO	Geen	Geen	Geen
Goudswaard	Forensisch arts GGD Amsterdam, PhD onderzoeker	Onderwijs geven en herregistratie gesprekken artsen	ZonMw onderzoek Letseldatering[4]	Geen
van der Hulst	Operationeel Specialist A Forensische Opsporing, politie Eenheid Rotterdam	● Operationeel werk op plaats delict als forensisch onderzoeker ● Beleidsmatig werk t.a.v. de borging van kwaliteit van forensisch onderzoek in de breedste zin van het woord	Geen	Geen
Karst	Forensisch arts LOEF	● Forensisch arts, GGD Brabant-Zuidoost ● Consulent pediatrie, Universitair ziekenhuis Antwerpen ● Bestuurslid FMG ● Buitenpromovendus Universiteit Leiden; onderwerp letsels bij seksueel misbruik van minderjarigen	Verwachting 2024: certificaathouder LOEF[1] Onderzoeker naar beoordeling letsels maagdenvlies ten behoeve van opstellen richtlijn voor magistraten (gefinancierd door Belgische federale	Geen

CONCEPT

Werkgroeplid	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen	Mogelijke restrictie
			overheid/ Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen[4]	
Kruyver	Forensisch arts GGD Hollands-Noorden, waaronder coördinatietaken regio NW Nederland	ZZP forensisch arts en opleider forensische geneeskunde regio Zeeland	Geen	Geen
Löwik	Forensisch arts GGD Drenthe/Fryslan/Groningen, hierbij regionaal coördinerend expert forensisch medische expertise kinderen FMEKK	● FMG bestuurslid (penningmeester), ontvang hiervoor vrijwilligersvergoeding. Als FMG bestuurslid ook opdrachtgever van de werkgroep. ● Onderwijs geven aan geneeskunde studenten aan de Rijksuniversiteit Groningen.	Onderdeel van de werkgroep promotie forensische geneeskunde[3]	Geen
Menke	Medisch directeur FARR	● Mede-eigenaar FARR ● Regionaal coördinerend expert (FMEK) ● NRGD geregistreerd FMO bij minderjarigen	Als mede-eigenaar FARR direct financieel belang bij uitvoer taken beschreven als hoofd- en (deel van) nevenwerkzaamheden [1]	Geen
Slev (Onderzoeker)	Senior onderzoeker forensische geneeskunde, afdeling Forensische Geneeskunde en Medische Advisering bij GGD Amsterdam	● Voorzitter, 2020-heden, Platform V&VN Wetenschap in praktijk o.b.v. vrijwilligersvergoeding. V&VN is de beroepsvereniging voor verpleegkundigen, verzorgenden en verpleegkundig specialisten. Werkzaamheden zijn gericht op de positionering van verpleegkundig wetenschappelijk onderzoek en evidence based practice binnen en buiten V&VN. ● Lid Commissie Wetenschap en Onderwijs, 2024-heden, Forensisch Medisch Genootschap, onbetaald. Werkzaamheden zijn gericht op de organisatie van symposia en de actualisatie van de Kennisagenda	De nevenfunctie bij V&VN Wetenschap in Praktijk betreft een nevenfunctie bij beroepsorganisatie maar ik heb geen boegbeeldfunctie. De nevenfunctie bij het FMG is inhoudelijk gerelateerd aan mijn hoofdfunctie gezien het om wetenschap binnen de forensische geneeskunde gaat. Het is uiteraard zo dat kennislacunes die voortvloeien uit de richtlijn kunnen leiden tot opzet van gefinancierd nieuw onderzoek waar ik mogelijk bij betrokken zou kunnen zijn. Ik heb hier echter geen persoonlijk gewin bij[3] Ik ben betrokken bij nog twee andere door ZonMw gefinancierde projecten. ZonMw heeft echter geen belang bij bepaalde resultaten van de	Geen

CONCEPT

Werkgroeplid	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen	Mogelijke restrictie
		Forensische geneeskunde.	onderzoeken. Daarnaast ben ik betrokken bij een onderzoek gefinancierd door Politie & Wetenschap, en bij twee onderzoeken die door de ministeries van VWS en J&V zijn gefinancierd[4]	
Stigter	● Bedrijfsarts/Forensisch arts Nederlandse Arbeidsinspectie 0,4 fte ● Forensisch arts KNMG 0,6 fte	● Universitair docent bedrijfsgeneeskunde en forensische geneeskunde UMC Utrecht ● Docent forensische geneeskunde Politieacademie ● Docent NSPOH; opleiding tot bedrijfsarts en forensisch arts	Geen	Geen
Wichern	Forensisch officier van Justitie, OM	Geen	Geen	Geen
Van-Leeuwen	Adviseur innovatie Landelijk Forensisch Bureau, OM	Geen	Geen	Geen
In bovenstaand overzicht worden de opgegeven belangen van de werkgroepleden weergegeven. Een gemeld belang valt hierbij onder één van de volgende zes categorieën, zoals opgegeven in het belangenformulier: 1 Persoonlijke financiële belangen 2 Persoonlijke relaties 3 Reputatiemanagement 4 Extern gefinancierd onderzoek 5 Kennisvalorisatie 6 Overige belangen				

Inbreng perspectief slachtoffers en verdachten

Voor inbreng van het perspectief van slachtoffers werd in de klankbordgroep geparticipeerd door Slachtofferhulp Nederland en Landelijk advocaten netwerk gewelds- en zedenslachtoffers (LANGZS). Naast het perspectief van slachtoffers is er ook aandacht besteed aan het perspectief van verdachten door vertegenwoordiging in de werkgroep vanuit de Nederlandse Vereniging van Strafrechtadvocaten (NVSA).

Kwalitatieve raming van mogelijke financiële gevolgen in het kader van de Wkkgz

Bij de richtlijn is geen kwalitatieve raming uitgevoerd of de aanbevelingen mogelijk leiden tot substantiële financiële gevolgen, zoals voorgeschreven in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz).

Werkwijze

AGREE

CONCEPT

Deze richtlijnmodule is opgesteld conform de eisen vermeld in het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 3.0 van de Commissie Richtlijnen van de Federatie Medisch Specialisten. Dit rapport is gebaseerd op het AGREE II instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II; Brouwers, 2010).

Knelpuntenanalyse en uitgangsvragen

Tijdens de voorbereidende fase van het richtlijnontwikkeltraject zijn knelpunten bij het forensisch medisch letsel- en zedenonderzoek geïnventariseerd onder leden van de werkgroep, klankbordgroep en het Forensisch Medisch Genootschap. Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de werkgroep uitgangsvragen opgesteld en definitief vastgesteld.

Zoeken naar wetenschappelijke literatuur

Voor iedere uitgangsvraag is de werkgroep nagegaan of een systematische literatuuranalyse zou kunnen bijdragen aan de beantwoording van de vraag. Vervolgens zijn met een informatiespecialist zoekstrategieën opgesteld bestaande uit algemene termen die 'forensisch' representeren, en termen gerelateerd aan de specifieke uitgangsvraag.
Er is in Medline (via OVID) en Embase (via Embase.com) databases gezocht naar wetenschappelijke literatuur, waaronder systematic reviews, gepubliceerd vanaf 2010 tot aan de datum van de zoekactie De databases zijn geraadpleegd op vier oktober 2024, 3 juni 2025 en 10 juni 2025. Voor een aantal uitgangsvragen is geen wetenschappelijke literatuur gevonden die relevant waren voor beantwoording van de uitgangsvragen. Voor deze uitgangsvragen is gezocht naar andersoortige documentatie.

Methode literatuursamenvatting

Een uitgebreide beschrijving van de strategie voor zoeken en selecteren van literatuur is per module te vinden onder ‘Zoeken en selecteren’ onder Onderbouwing.

Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs

Voor de uitgangsvragen waar een systematische literatuuranalyse is uitgevoerd of gestart, is geen wetenschappelijke literatuur gevonden waarmee de uitgangsvragen in volledigheid konden worden beantwoord. Daarom is gebruik gemaakt van grijze literatuur alsook expert opinion.
Gegeven het hiervoor toegelichte heeft er geen beoordeling plaatsgevonden van de kracht van het wetenschappelijke bewijs volgens de GRADE-methodiek. Wel zijn andere aspecten systematisch vermeld en beoordeeld volgens de GRADE methodiek (zie ook ‘Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)’.

Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)

Om te komen tot een aanbeveling zijn, ook andere aspecten belangrijk en meegewogen, zoals waarden en voorkeuren van betrokkenen, kosten (middelenbeslag), aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie. Deze aspecten zijn systematisch vermeld en beoordeeld onder het kopje ‘Overwegingen’ en kunnen (mede) gebaseerd zijn op expert opinion.

Formuleren van aanbevelingen

De aanbevelingen geven antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op het beschikbare wetenschappelijke bewijs, de belangrijkste overwegingen, en een weging van de gunstige en ongunstige effecten van de relevante interventies. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep wordt toegekend aan de overwegingen, bepalen samen de sterkte van de aanbeveling. De sterkte van de aanbeveling wordt bepaald door weging van alle relevante argumenten tezamen. De werkgroep heeft bij elke aanbeveling opgenomen hoe zij tot de richting en sterkte van de aanbeveling is gekomen.

CONCEPT

In de GRADE-methodiek wordt onderscheid gemaakt tussen sterke en zwakke (of conditionele) aanbevelingen. De sterkte van een aanbeveling verwijst naar de mate van zekerheid waarmee de voordelen van de interventie opwegen tegen de nadelen (of vice versa), gezien over het hele spectrum van patiënten waarvoor de aanbeveling is bedoeld. De sterkte van een aanbeveling heeft duidelijke implicaties voor betrokkenen (slachtoffers en verdachten), forensisch artsen en opdrachtgevers (zie onderstaande tabel).

Implicaties van sterke en zwakke aanbevelingen voor verschillende richtlijngebruikers		
	Sterke aanbeveling	*Zwakke (conditionele) aanbeveling*
Voor betrokkenen	De meeste betrokkenen zouden de aanbevolen interventie of aanpak kiezen en slechts een klein aantal niet.	Een aanzienlijk deel van de betrokkenen zou de aanbevolen interventie of aanpak kiezen, maar veel betrokkenen ook niet.
Voor forensisch artsen	De meeste betrokkenen zouden de aanbevolen interventie of aanpak moeten ontvangen.	Er zijn meerdere geschikte interventies of aanpakken. De betrokkene moet worden ondersteund bij de keuze voor de interventie of aanpak die het beste aansluit bij zijn of haar waarden, voorkeuren en/of situatie.
Voor opdrachtgevers	De aanbevolen interventie of aanpak kan worden gezien als standaardbeleid.	Beleidsbepaling vereist uitvoerige discussie met betrokkenheid van veel stakeholders. Er is een grotere kans op lokale beleidsverschillen.

Een aanbeveling is geen dictaat. Zelfs een sterke aanbeveling gebaseerd op bewijs van hoge kwaliteit (GRADE gradering HOOG) zal niet altijd, onder alle mogelijke omstandigheden en voor elke individuele patiënt van toepassing zijn.

Commentaar- en autorisatiefase

De conceptrichtlijn werd aan de deelnemende verenigingen en organisaties in de werkgroepgroep voorgelegd ter commentaar. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptrichtlijn aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve richtlijn werd aan de deelnemende verenigingen en organisaties in de werkgroep voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd dan wel geaccordeerd.

Referenties

Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, Fervers B, Graham ID, Grimshaw J, Hanna SE, Littlejohns P, Makarski J, Zitzelsberger L; AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010 Dec 14;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449. Epub 2010 Jul 5. Review. PubMed PMID: 20603348; PubMed Central PMCID: PMC3001530.

Medisch specialistische richtlijnen 3.0 (2023). Commissie Richtlijnen van de Federatie Medisch Specialisten. https://richtlijnendatabase.nl/uploaded/docs/FMS_MedSpecRicht_2023__v04.pdf?u=1bULOR

CONCEPT

Bijlage 2 Definities en afkortingen

Definities

Forensisch arts (als bedoeld in deze richtlijn)
Artsen die als forensisch arts zijn ingeschreven in een daartoe gehouden register, te weten het RGS register.

Letselbeschrijving
Beschrijving van het forensisch medisch letselonderzoek waarin het letsel van de betrokkene wordt beschreven en getypeerd. Voor het opstellen van dit type rapport heeft de forensisch arts geen deskundigenbenoeming nodig, omdat er geen interpretatie plaatsvindt.

Letselinterpretatie
Forensisch medisch rapport met hierin opgenomen een letselinterpretatie op basis van casus-specifieke vragen van de opdrachtgever. Desgevraagd kan de forensisch arts vragen beantwoorden over de (mogelijke) toedracht(en) wat betreft ontstaansmechanisme en ontstaansmoment, de ernst van het letsel en de gevaarzetting van de (gewelds)handeling. Voor het opstellen van dit type rapport heeft de forensisch arts een benoeming als deskundige nodig. Een deskundige die in het NRGD is opgenomen, kan worden benoemd door de OvJ of de R(H)C. Als de beoogd deskundige niet in het NRGD is opgenomen, dan dient de benoeming door de R(H)C plaats te vinden, veelal op vordering van de officier van justitie. Uitgangspunt van de Wet DiS is dat in beginsel letselinterpretatie door een NRGD-deskundige wordt gedaan.

Forensisch medische letselbeoordeling
Een rapport waarin het letsel voor niet-justitiële doeleinden wordt beschreven en getypeerd, evenals een oordeel over de vraag of het gaat om letsel dan wel een medische aandoening. Afhankelijk van de vraagstelling van de opdrachtgever, kan worden beoordeeld of de bevindingen waarschijnlijker zijn onder een accidentele toedracht of een niet accidentele toedracht. Het is mogelijk dat het rapport uiteindelijk in een strafproces wordt gebruikt.

Verder in alfabetische volgorde

Beschrijven
Het systematisch en objectief vastleggen van de uiterlijke kenmerken van het letsel/de bevinding. Het doel is een nauwkeurige weergave van wat zichtbaar is.

Betrokkene
Onder betrokkene wordt verstaan de persoon op wie een letsel- of zedenonderzoek betrekking heeft. Dit kan zowel een slachtoffer als een verdachte zijn.

Blijvend letsel
Alle letsels zonder uitzicht op volledige genezing. Daaronder vallen zowel letsels waarbij een persoon beperkingen in (een van de) lichaamsfuncties blijft ondervinden als letsels die blijvend zichtbaar blijven (met name littekens).

Collegiale review
Een proces waarbij professionals uit hetzelfde vakgebied elkaars rapporten systematisch en kritisch evalueren, met als doel de kwaliteit, betrouwbaarheid en objectiviteit te waarborgen. Het is gericht op het bevorderen van zorgvuldige, correcte en consistente rapporten.

CONCEPT

Effectief
Het behalen van het beoogde resultaat.

Efficiënt
Het bereiken van het beoogde resultaat met een zo optimaal mogelijk gebruik van tijd, middelen en inspanningen.

Ernst van het letsel
Medische ernst van het letsel en andere aspecten die van belang zijn om te bepalen of sprake is van zwaar lichamelijk letsel, zoals de uitgebreidheid van het letsel, uitzicht op volledige genezing, (geschatte) genezingsduur, (mogelijke) restverschijnselen, medische behandeling en (mogelijke) complicaties.

Forensisch intakegesprek (FIT-gesprek)
Een forensisch intakegesprek (FIT-gesprek) is een multidisciplinair overleg tussen de opdrachtgever, eventueel andere betrokken partijen en een forensisch arts en/ of andere deskundigen. Tijdens dit overleg wordt besproken welke mogelijkheden er zijn voor forensisch onderzoek binnen een zaak.

Forensisch medisch onderzoek
Een onderzoek dat betrekking heeft op het vastleggen en interpreteren van de aan- en afwezigheid van letsel en het verzamelen van sporen. Het onderzoek kan verschillende methoden gebruiken en gegevens uit verschillende bronnen en tijdsmomenten omvatten, zoals foto's, medische informatie, afnames, lichamelijk letselonderzoek en/of een zedenonderzoek.

Gevaarzetting van een (gewelds)handeling
Het gevaar dat uitgaat van een beschreven (gewelds)handeling.

Letsel
Afwijkingen aan of in het lichaam die het gevolg zijn van de inwerking van uitwendig mechanisch, thermisch, stralings- of chemisch krachtsinwerking.

Letselonderzoek
Het door de forensisch arts systematisch onderzoeken van het lichaam om de aan- en afwezigheid van letsel, sporen of afwijkingen vast te stellen, vast te leggen en te documenteren. Hierbij gaat het om het type, de vorm, locatie, omvang en ernst van de letsels, evenals de gevaarzetting, verklarende mechanismen en het tijdstip van ontstaan.

Mortaliteit
De kans op overlijden ten gevolge van een bepaald letsel of een bepaalde handeling zonder medisch ingrijpen.

(Para)medisch hulpverlener
Een (para)medisch hulpverlener is een zorgprofessional met gespecialiseerde kennis en opleiding die medische of ondersteunende zorg verleent binnen een specifiek vakgebied; medisch hulpverleners zijn artsen met een vervolgopleiding, terwijl paramedisch hulpverleners aanvullend werken op de medische zorg, zoals onder andere fysiotherapeuten of logopedisten.

Sterke arm
Het inroepen van de assistentie van een opsporingsambtenaar voor het toepassen van proportionele dwang.

CONCEPT

Top-teen onderzoek
Een top-teen onderzoek (TTO) is een systematisch lichamelijk onderzoek van het hele lichaam, waarbij wordt gekeken naar de aan- en afwezigheid van letsels, sporen of afwijkingen.

Typeren
Het classificeren van het letsel op basis van objectieve waarnemingen, om het eenduidig te benoemen en binnen een medisch kader te plaatsen.

Zedenonderzoek
Zedenonderzoek richt zich op het vaststellen, vastleggen en documenteren van aan- en afwezigheid van letsel, sporen of afwijkingen dat kan duiden op seksueel geweld, en omvat daarnaast het veiligstellen van (mogelijke) sporen die kunnen wijzen op seksueel contact, geweld en/of intoxicatie en het bieden van medisch hulp.

Zwaar lichamelijk letsel
Een juridische term uit art. 82 Sr die verwijst naar letsel dat onder meer kan bestaan uit een ziekte die geen uitzicht op volkomen genezing overlaat, voortdurende ongeschiktheid tot uitoefening van zijn ambts- of beroepsbezigheden, en afdrijving of dood van de vrucht van een vrouw, en storing van de verstandelijke vermogens die langer dan vier weken geduurd heeft.

Afkortingen

Afkorting	**Betekenis**
BW	Burgerlijk wetboek
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
FA	Forensisch arts
FIT-gesprek	Forensische intake gesprek
FMEKK	Forensisch medische expertise voor kinderen en kwetsbaren
FMO	Forensisch medisch onderzoek
FO	Forensische Opsporing (politie)
NRGD	Nederlands register gerechtelijk deskundigen
OM	Openbaar Ministerie
(hulp)OvJ	(hulp) Officier van Justitie
RC	Rechter-commissaris
RHC	Raadsheer-commissaris
Sr	Wetboek van Strafrecht
Sv	Wetboek van Strafvordering
TTO	Top-teen onderzoek
Wet BIG	Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg
Wet DIS	Wet deskundige in strafzaken
WGBO	Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg

CONCEPT

Bijlage 3 Uitwerking focusgroep rol FA formulering vraagstelling

Uitwerking door Marion Matthijssen

Deelnemers focusgroep

- Nancy Dekens, strafrechtadvocaat, al 25 jaar, zit in bestuur van Nederlandse Vereniging Van Strafrechtadvocaten (NVSA), Dekens en Aytemur Strafrechtadvocaten Amsterdam (SRA)
- Selena de Vries, 3 dagen per week forensisch arts GGD Brabant Zuid-Oost, NRGD-geregistreerd en -toetser ben voor het deelgebied FMO-minderjarigen, aandachtsgebied minderjarigen, op ZZP-basis doet ze zedenzaken voor LOEF (FA)
- Karen van den Hondel, Forensisch arts, GGD Amsterdam, NRGD geregistreerd voor de meerderjarigen en beoordelaar en toetser voor NRGD (FA)
- Linda Zonneveld, Forensisch coördinator, Politie Noord-Holland (FC)
- Wilma Duijst, Forensisch arts, hoogleraar Forensische Geneeskunde, rapporteur en hoofd van beide richtlijnen (FA)
- Guido Reijnen, forensisch arts, rapporteur meerderjarigen voor het LOEF en medisch directeur LOEF (FA)
- Diana Roggen, forensisch officier van justitie, parket Noord-Nederland, heeft zowel forensische opsporing als medische zaken in haar portefeuille (OM)
- Joyce Cuijpers: junior onderzoeker op de richtlijn letsel- en zedenonderzoek vanuit Universiteit van Maastricht en doet ook onderzoeksprojecten vanuit GGD Amsterdam
- Marion Matthijssen: kwalitatief onderzoeker & gespreksleider

Huidige rol forensisch artsen

Termen passend bij huidige rol

- Objectief en onafhankelijk
- Begrenzend: wat betreft de mogelijkheden. Er worden soms zoveel vragen gesteld die deels niet door forensisch artsen beantwoord kunnen worden
- Onmisbaar
- Sparringspartner: dat is wel beperkt geeft Nancy aan. Voor haar deel van het spectrum is het geen sparringspartner. Zij zit haast nooit bij het FIT-gesprek. Onlangs één gesprek bijgewoond, in 25 jaar. Dat zou wenselijk zijn geeft Nancy aan. Dat wordt herkend vanuit forensisch artsen. Want nu komt er een andere hypothese als tweede hypothese uit. En een heleboel schriftelijke vragen.
- Uitvoerder
- Rapporteren
- De deskundige, twee keer genoemd
- Vertaler: het zijn twee verschillende werelden. Je moet de vertaalslag maken van de vraagstelling van het OM naar een rapport. Om de juridische en medische wereld af te stemmen.

Ervaren kwaliteit en helderheid van vraagstellingen

- (FC) Meestal krijgen ze de vraag vanuit het OM. Soms wordt door de officier een vragenlijst aangeleverd waarvan ze denken *'dat gaat 'm niet worden'.* Dan geven ze aan dat ze de vraag niet op die manier kunnen beantwoorden. Ook hypothesen formuleren heeft geen zin wanneer er nog geen alternatief scenario is om te toetsen (bijvoorbeeld wanneer verdachte nog niet gehoord is). Dus daarin wordt al een hoop gewijzigd. Vervolgens wordt de vraag voorgelegd aan de forensisch arts en dan gaan ze vaak nog een keer de vraagstelling wijzigen.
- Vanuit OM wordt dit herkend. Voor juristen is het nog steeds heel moeilijk om goede hypothesen tegenover elkaar te zetten. En het is ook moeilijk om hele goede vragen te stellen. Collega's van OM geven vaak aan dat het toch wel duidelijk is wat ze willen weten, maar in de praktijk moeten ze dan vaak toch een andere vraag stellen. Sinds ze die leidraad hebben vastgesteld, waarin ze

een vaste vraagstelling moeten gebruiken (in bijvoorbeeld kindermishandeling) dat het minder vaak gebeurt. Maar dan moet die leidraad wel gebruikt worden.

- (FA) Je krijgt ook wel eens klakkeloos een benoeming op je naam in je mail waar je niets vanaf wist. En dan wordt klakkeloos de leidraad over geschreven en dan heb je 40 uur aan een rapport besteed waar ze uiteindelijk niets aan hebben, want *'dat is niet wat ze wilden weten'.* Dat is het gevaar van een leidraad. Dan worden alle vragen overgenomen zonder dat van tevoren wordt vastgesteld wat het doel van het rapport is. In de meeste gevallen is de vraag alleen maar 'wat als…' (het mes 3 cm naar rechts heeft gezeten). Soms is het huidige letsel niet relevant en zijn er honderden foto's die je allemaal gaat beschrijven. En dan willen ze alleen maar weten wat het gevaar is van het steken in de arm. En niemand gaat dat lezen. Ze bellen dan wel. Ze hebben nu twee momenten: voorafgaand aan de benoeming, als je geluk hebt dat er contact opgenomen wordt én als je de benoeming krijgt kun je alsnog terug naar de OvJ of de RC.
- Een ander probleem is dat de RC soms de vraag moet formuleren en niets met die hele zaak te maken heeft, omdat iemand nog niet in het NRGD staat. Maar dat probleem is hopelijk over een jaar opgelost. En dan komt pas de advocaat, die wordt veel te laat betrokken.
- (SRA) Hoe eenvoudig is het om even op de lijn te komen als je dat allemaal gaat formuleren? Dat levert waarschijnlijk wat minder vertraging op. Dat is een grote frustratie en dat is voor de FA ook. Ze krijgen een hypothese waar ze niets mee kunnen en later een nieuwe hypothese. Maar het is een beetje hoe het strafproces is ingericht. Op het moment dat je richting een zitting gaat en je hebt een einddossier, dan gaat een advocaat verzoeken formuleren. Het is zeldzaam dat je vooraf al in overleg bent met een officier om bepaalde vragen vlot te trekken. OM is het wel eens met SRA, maar is vaak nog wel zoekende op het moment dat ze een benoeming doen. Ze zijn er wel voor om advocatuur wel te betrekken. Het gebeurt soms. Heel vaak stellen ze vragen aan een deskundige op het moment dat ze een benoeming doen. Vaak hebben ze belang om de verdachte onvoorbereid met die uitkomsten te confronteren. Dan zijn ze eerst op zoek naar wat er gebeurd is, wat is de gevaarzetting en kan het überhaupt kloppen wat er in een eerste verhoor is gezegd. Als dat niet kan, dan wil je ook heel graag vanuit je opsporingsbril iemand daarmee kunnen confronteren zonder dat diegene zich daarop voor heeft kunnen bereiden. Daar zit vaak een opsporingsbelang achter. Als het betrekken van SRA kan, dan zegt OM 'doe het wel'. Bij de FIT-gesprekken als ze bij RC zitten dan wordt de verdediging regelmatig wel uitgenodigd volgens OM. SRA geeft aan dat je dan wel FIT-gesprekken bij RC moet hebben. Maar het is niet gelijkwaardig verdeeld. OvJ kan gewoon bellen met deskundigen en SRA in principe niet. Het is dan moeilijk om iets gedaan te krijgen. Je bent dan afhankelijk van OM en rechter en dan sta je best op achterstand tenzij je veel geld hebt (wat de meeste verdachten niet hebben).
- (FA) Belangrijk dat OM zegt dat er benoemingen zijn die belangrijk zijn voor het opsporingsonderzoek. En er zijn ook benoemingen waarbij de verdediging hypothesen wil toetsen samen met OM. Waarschijnlijk realiseren heel veel forensisch artsen zich dat niet.
- (FA) Het moment waarop de vraagstelling wordt gemaakt is veelal vroeg in het proces. Bv kindermishandeling, dan komt daarna pas de medische info en dat kan weleens de vraagstelling omgooien. [Aanvulling OM na focusgroep: Complexe kindermishandelingszaken gaan naar NFI of LOEF. Het is standaard in dat soort zaken dat ook de medische info wordt opgevraagd (alleen al omdat een van de vragen altijd is of er een medische oorzaak voor de geconstateerde letsels aanwezig is). Het OM herkent dit dus niet als het gaat om aanvragen in kindermishandelingszaken.] Misschien moet je het formuleren van de vraagstelling pas doen na het screenen van die medische info. Dat is misschien een moment waarop advocatuur kan aansluiten. Dat kan een aanvullend rapport zijn. De eerste vraag is of er aanwijzingen zijn voor medische oorzaken van het geconstateerde letsel. Daarna kun je hypothesen gaan toetsen of het is niet meer nodig. Zo werkt het in kindermishandelingszaken vaak niet, omdat het niet altijd duidelijk is of je te maken hebt mer kindermishandeling.

Betrokkenheid forensisch artsen bij verduidelijken / aanpassen vraagstellingen vanuit opdrachtgevers

CONCEPT

- (FA) Het is wisselend of ze betrokken zijn, ook de meningen hierover zijn wisselend. Het hangt van werkwijzen af en van de forensisch arts zelf, of die dat eist voorafgaand aan het schrijven van een rapport. Bijvoorbeeld bij het LOEF en NFI altijd een FIT-gesprek en bij de GGD eigenlijk niet. Ligt aan de werkwijze en de afspraken die gemaakt zijn. In principe is een FIT-gesprek via Teams en maximaal een uur. Maar het is goed om af te stemmen welke vragen je beantwoord wilt hebben en welke medische stukken zijn er, of zijn er nog nodig.
- (FA) De ene keer zegt het OM dat ze zich niet mogen bemoeien met de vraagstelling. En anderen zeggen weer dat de forensisch arts zich wel moet bemoeien met de vraagstelling. Het OM heeft vier meningen en daarna komen de advocaat en de rechtbank die sowieso vinden dat je het niet goed hebt gedaan, want je hebt je wel of niet bemoeid met de vraagstelling.
- OM geeft aan dat forensisch artsen ook wel verschillende wensen hebben. De ene wil juist veel context hebben en de andere wil helemaal niets hebben. Dit is wel een onderwerp wat ze vaak met LOEF bespreken: wat hebben jullie nodig om de vragen te beantwoorden? En dan kun je nog discussiëren over het veroorzaken van een eventuele bias en dat gesprek wordt in die FIT-gesprekken wel gevoerd. OM herkent wel dat het met de forensisch arts van de GGD minder gebeurt omdat het overleg vooraf met hen niet structureel is ingeregeld.
- (FA) Het is soms lastig om de officier ‘aan te zetten’ om het over de vraagstelling te hebben. Bij het NFI was het standaard een FIT-gesprek houden. Vanuit de GGD was het niet gewoon om af te stemmen. Er zit wat dat betreft verschil in hoe je in contact komt met de officier en wat je dan weer terugkrijgt.
- (FA) De forensisch artsen kunnen goed aangeven wat ze wel en niet nodig hebben. Soms krijgen ze 1.000 pagina’s dossier terwijl dat niet nodig is. Het is belangrijk om te weten ‘wat ga je allemaal aan de forensisch arts sturen?’. En contextinformatie die niet van belang is moet je ook niet krijgen, zodat je onafhankelijk kunt werken. Het kost heel veel tijd om het medische eruit te halen. Zouden er voldoende forensisch artsen zijn dan kan de ene dat doornemen terwijl de andere het rapport schrijft. Dat zou ideaal zijn.
- (FA) Het is fijn voor de forensisch arts om alle vragen mee te nemen voor het schrijven van het rapport. SRA geeft aan dat je onafhankelijk moet zijn. Maar het roept vragen op (door OM of verdediging) die wel beantwoord moeten worden. Vervolgens gaat de advocaat waarschijnlijk in scenario’s denken vanuit opsporings- of verdedigingszijde. OM geeft aan dat het niet altijd kan. Ze kijken naar verklaringen van verdachten en aangever. Die kun je tegenover elkaar zetten zodat de arts iets over waarschijnlijkheidsmarges kan zeggen. Dan heb je de verdediging niet perse nodig omdat het al uit verhoor komt. Het kan wel zo zijn dat er nog een scenario komt wanneer het dossier is opgeleverd. Dan komt er op een later moment in het proces een deskundigenaanvraag en dan kun je samen nadenken wat je wil laten toetsen. Het blijft onafhankelijk als je twee scenario’s hebt die uit het onderzoek naar voren komen. Je vraagt dan ‘wat is waarschijnlijk’. FA geeft aan dat de forensisch arts geen antwoord gaat geven op ‘welk scenario waarschijnlijker is’. Daar zit soms wel wat spanning op.

Wenselijke rol forensisch artsen

Wenselijk rol forensisch arts bij het formuleren, verduidelijken of aanpassen van de vraagstelling vanuit de opdrachtgever

Ja, forensisch arts moet een rol spelen.

Iedereen vindt dat de forensisch arts hier een rol in moet spelen. OM reageert op persoonlijk titel, maar moet dat nog meenemen naar het LOVO, en die disclaimer maakt SRA ook. OM denkt dat je echt met elkaar naar de formulering van de vraag moet kijken. Het OM bepaalt welke vraag er beantwoord moet worden. De rechtbanken hebben wel forensisch adviseurs. OM heeft wel forensisch officieren, maar die weten niet alles van de vraagstellingen. SRA spreekt niet voor de hele achterban. Dus dingen die besloten worden, moeten wel met de achterban gesproken worden. Wat SRA wel belangrijk vindt, is de advocatuur erin meenemen. Dat ook die vragen erin meegenomen worden in een zo vroeg mogelijk stadium.

CONCEPT

Hypothesen formuleren

Consensus over dat de forensisch arts een rol moet spelen in het verduidelijken van hypothesen en vertalen van wat het OM graag wil. Dus vraagstelling ligt primair bij OM en politie. De forensisch arts formuleren niet zelf de hypothesen (niet in FIT-gesprek en niet in rapport).

Consensus over dat de deskundige hypothesen niet mag aanpassen wanneer deze zijn geformuleerd in het FIT-gesprek. Het mag alleen in het extra rondje en dan moet er contact zijn met de aanvrager. Mocht je casusafhankelijk komen op extra vragen, neem dan contact op met de opdrachtgever.

- (FC) Wel wenselijk dat de forensisch arts ook een rol mag spelen in het (her) formuleren van hypothesen. (FA) Komt vaak voor dat hypothesen vanwege formulering leiden tot dubbele toetsing.
- (FA) Niet wenselijk om zelf scenario's te verzinnen.
- (FA) Het OM of advocatuur weten vaak goed wat ze willen weten, maar het komt onhandig op papier. Niet wenselijk om de hypothese te formuleren, maar eventueel wel om de hypothese juist op papier te krijgen.
- (FA) De forensisch arts gaat ook niet de tweede hypothese verzinnen.
- (SRA) vindt hypothesen vaak best onwerkbaar.
- (OM) Als er een FIT-gesprek is en ze vertellen iets over de context van de zaak, dan is de forensisch arts wel een gelijkwaardige sparringspartner. Ze kunnen de hypothesen ook niet verzinnen want dan moet je het hele strafzaakdossier hebben.
- (FA) Bij Zeden wil OM weleens weten hoe laat iets is gebeurd. Dat kunnen forensisch artsen niet beantwoorden, maar wel vanuit deskundigheid aangeven of een letsel vers is of met genezingskenmerken. Dan doe je een soort van suggestie. Dat valt wel onder begrenzen van wat ze wel kunnen beantwoorden. OM geeft aan dat het stellen van een vraag ook weleens gebeurd om helder te krijgen dat het antwoord niet gegeven kan worden. Belangrijk om op te nemen in de richtlijn dat vragen gesteld worden in onderzoeksbelang óf omdat het antwoord 'nee' soms wel die 40 uur rapportage waard is voor OM. De forensisch artsen denk dan alleen 'stop met vragen want we hebben geen antwoord'. OM geeft aan dat het gesprek met elkaar helpt, en het op papier krijgen dat een vraag niet beantwoord kan worden.
- (Wilma) Mag de deskundige hypothesen aanpassen wanneer deze zijn geformuleerd in het FIT-gesprek? FA vindt van wel, maar wel via OM, RC. Dus je gaat de hypothese niet zelf veranderen. Het OM geeft aan dat het moet kunnen dat de forensisch arts hierover meedenkt. Een andere vraag is of je nog zelfstandig als arts mag sleutelen aan de hypothese, als je de benoeming al binnen hebt. Dat lijkt het OM geen goed idee. Want je hebt de benoeming met een bepaalde vraagstelling. Als de vraagstelling niet goed is, dan zou er een mail naar de officier of RC uit moeten met de vraag of het aangepast kan worden. Of het antwoord is dat de vraag niet beantwoord kan worden. Maar niet zelfstandig in je benoeming de hypothesen aanpassen.
- (FA) Kunnen er extra vragen naar boven komen, waar je het nog met elkaar over moet hebben. Dat lijkt niet vast te leggen en lijkt eerder casus afhankelijk wat je daarmee doet. Als het iets losstaande is waar je vragen over wil stellen, dan zou dat in overleg terug kunnen komen. OM denkt niet dat het vaak voorkomt. FA geeft aan dat het kan gaan over eerdere opnames waar ook sprake was van fysiek letsel, of fysieke mishandeling van het kind en je denkt aan seksuele mishandeling.

FIT-gesprek

Consensus over dat er in principe altijd een FIT-gesprek moet plaatsvinden, standaard bijwonen vóór benoeming. De richtlijnen voor de FIT-gesprekken horen ook in deze richtlijn. Wat is een FIT-gesprek, wie zijn erbij, wat is het doel, wordt er een verslag gemaakt, wat gebeurt daarmee, wat zeg je in het rapport over het FIT-gesprek?

- (FA) Misschien moet OM wel vier of zes verschillende meningen hebben omdat het afhankelijk is van de zaak. De meerwaarde ligt met name in elkaar zo vroeg mogelijk in het proces ontmoeten

CONCEPT

in een FIT-gesprek. Er zou standaard een FIT-gesprek moeten plaatsvinden en bij dat gesprek kijk je wie welke rol heeft en wat de visie van de officier is op de zaak. En deze verantwoordelijkheid moet liggen bij de leider van het onderzoek. Vanuit OM is dat de officier. Vertrekpunt is met elkaar spreken in plaats van onvrede uiten, of dat er onduidelijkheid ontstaat. OM heeft daar nog niet een lijn in. Kan vaak ook niet omdat de capaciteit beperkt is bij de forensisch artsen.

- (SRA) Als advocaat wil je weten wat er gebeurd is en hoe het letsel kan worden geïnterpreteerd. Bij advocaat speelt het verdedigingsbelang. Dus al het gaat om FIT-gesprekken en je bent al voorbij het scenario. Dan is het wel efficiënt om de verdediging zo vroeg mogelijk te betrekken. SRA vindt het wenselijk dat er ook een verslag wordt gemaakt van een FIT-gesprek wat plaatsvindt bij het OM, zodat het transparant is. Het wordt dan onderdeel van de rapportage. OM moet dit wel met de achterban bespreken. Voor OM zijn het geen processtukken en die voegen ze niet bij het strafdossier. In het rapport lees je er wel iets over terug. SRA geeft aan dat ze nooit ziet dat er een FIT-gesprek is geweest. Maar de rest geeft aan dat die informatie wel beschikbaar is. FA geeft aan dat het een OM-kwestie is als je een FIT-gesprek met OM hebt. Dus als OM zegt dat het geen processtuk is, maar FA voegt het als bijlage bij het rapport, dan wordt het wel een processtuk. Je moet wel vermelden dat je FIT-gesprek hebt gehad en wat je hebt geadviseerd en besproken.
- Het is heel wisselend of er al dan geen processtukken of medische informatie ‘over de schutting gegooid worden’. Het zou fijn als er algemene kaders zijn van wat er wel en niet gedaan wordt. Wat heb je voordat je begint om zo min mogelijk gestuurd te worden.

Taalgebruik in rapporten

Consensus over het taalgebruik in rapporten: schrijven in begrijpelijke taal en medische termen tussen haakjes.

Zou fijn zijn wanneer er meer ‘normaal nederlands’ wordt gebruikt door forensisch artsen. Aangegeven wordt dat het wel een van de eisen is om dat te doen. Kan in verschillende varianten. Voorstel is schrijven in het Nederlands in begrijpelijke taal en medische termen tussen haakjes of in de voetnoot. FA geeft aan dat het voor medici wel leesbaar moet blijven. Het taalgebruik kan ook te simpel zijn, waardoor het onleesbaar wordt. Dus het moet voor een breder publiek leesbaar blijven. Een goede balans daarin vinden is belangrijk. Idee is om nog even te kijken naar de verschillende taalniveaus (bv B1, B2). In ieder geval moet het OM en de advocaat het begrijpen.

Kan forensisch arts deel uitmaken van eerste gesprek en deskundigenrapportage opstellen?

Uitgangspunt is dat de kaders voor het FIT gesprek helder moeten zijn. Ander uitgangspunt is dat de forensisch artsen onafhankelijk werken, ten behoeve van het strafrecht en de waarheidsvinding. Geen definitieve consensus bereikt. Zowel OM als advocatuur raadplegen nog de achterban en uitzetten bij NRGD.

- (OM) daar zijn de meningen nog wel over verdeeld bij de forensisch artsen. Hangt ook samen met beschikbaarheid van forensisch artsen. Idealiter doe je het FIT-gesprek met degene die niet rapporteert, maar dat is niet altijd haalbaar.
- (FA) Zijn er voorbeelden waarbij onafhankelijkheid in het geding is gekomen wanneer forensisch arts in FIT-gesprek zat en rapport opstelt? Want dat zou betekenen dat wanneer iemand zo snel vooringenomen zou zijn, dat zo iemand in het NRGD thuis hoort. Want dan ben je niet geschikt om volledig onafhankelijk voor waarheidsvinding te rapporteren. Er zijn geen casussen bekend waarbij die vooringenomenheid is vastgesteld. Dus dan lijkt het niet zinvol om het stelsel zo in te richten dat twee artsen worden ingezet. Iemand anders merkt op dat de schaarste los moet staan van wat wenselijk is.
- (FA) Denkt dat het wenselijk is dat het twee verschillende artsen zijn vanwege onafhankelijkheid. Maar de vraag is of het praktisch haalbaar is. Als je je met de grotere context bemoeit, dan word je daardoor beïnvloed. Punt is wel dat je soms een vraag net niet kan beantwoorden wanneer collega FIT-gesprek heeft gedaan. Maar wellicht is dit een leerproces.

CONCEPT

- (FA) Reactie op mogelijke beïnvloeding is dat wanneer je merkt dat wanneer je wordt beïnvloed, dat het dan wijs is om een andere collega te vragen.
- (FA) Je wordt altijd gestuurd, maar de vraag is 'waar word je gestuurd'? Voorbeeld is bij de NFI hebben ze afgesproken in de minderjarigen-zaken dat degene die de LECK-zaken heeft gedaan, die doet ook het FIT-gesprek zodat de andere onafhankelijken nog geen betrokkenheid hebben gehad in de zaak en het rapport schrijven. De meningen verschillen hierover. Andere forensisch artsen merken op dat LECK-rapporteur juist niet FIT-gesprek moet doen omdat die 'enorm gekleurd' is. LECK doet waarschijnlijkheid uitspraken en dus deskundigen uitspraken. En dat die persoon niet het rapport mag schrijven lijkt terecht. Dus meer de scheiding tussen LECK en schrijver van dat rapport, dan rond dat FIT-gesprek.
- (OM) Is er iets op tegen om het wel te scheiden? Forensisch arts merkt op dat het later alsnog veel tijd kan kosten als je toch weer extra vragen hebt. En kennelijk was er ooit een visie van het OM dat het twee personen waren.
- (FA) FIT-gesprek heeft praktische voordelen, je kunt gemakkelijker schakelen later in het proces. Dus als je niet bij dat gesprek zat, werpt dat weer een drempel op. Als je merkt dat je beïnvloed wordt, dan moet je het wel scheiden.
- (FA) Als de kaders voor het FIT-gesprek gewoon goed zijn, dan is het praktisch om dezelfde arts in te zetten. Ze zijn onafhankelijk en op zoek naar de waarheid. Dus het is een belangrijk onderdeel van je professionele standaard om dit te kunnen.
- (OM) Vindt het best ingewikkeld. Want misschien word je onbewust toch meer beïnvloed dan je zelf zult erkennen. En dan wordt aangegeven dat die zaken nog niet echt voorbij zijn gekomen. In de ideale wereld zou het wel wenselijk zijn als je die twee werelden kunt scheiden.Tegens voor een persoon zijn: misschien word je onbewust beïnvloed. En de voors zijn vooral praktisch van aard.
- (FA) Waarom kiest het LOEF voor een persoon, terwijl er genoeg mensen zijn binnen het LOEF? Antwoord van LOEF: volgens mij hebben we te maken met heterogeen landschap. Tot nu toe hebben ze geen grote bezwaren gezien om het te moeten scheiden. En ze conformeren zich uiteraard aan de richtlijnen. Blij dat ze zijn begonnen met de FIT-gesprekken, doen ze bij nieuwe zaken. Vervolgens kunnen ze discussiëren wie er bij dat FIT-gesprek moeten zitten.
- (FA) De FIT-gesprekken die zijn geweest zijn tot nu toe brainstormend. Als het FIT-gesprek hebt gehad ben je nog niet benoemd. Dat speelt mee in dat ze denkt dat het verstandig is om te scheiden van de rest. Een andere forensisch arts merkt op dat het wel de intentie is dat iemand benoemd wordt. In de fase 'is het wel nodig?' kan het wel zijn dat je iemand anders zoekt.
- OM en advocatuur zouden nog heel goed moeten nadenken over wat hun visie is op 'wanneer is die onafhankelijkheid in het geding'? En welke voorwaarden moeten er vasthangen aan het FIT-gesprek om de angst daarop te voorkomen? OM neemt dit mee om er een standpunt over in te nemen. Zij zijn vooral benieuwd naar de argumenten van de artsen. En dat zal ook gelden voor de verdediging. Om uiteindelijk allemaal een gedragen standpunt in te nemen.
- (SRA) Wat wordt hier gevraagd van de advocatuur? Ze vertegenwoordigt de NVSA en zal het bespreken binnen het bestuur. Ze denkt dat de Orde van Advocaten een goede plek is om het te bespreken. Idee vanuit forensisch arts is wel om het met deze achterban (NVSA) te bespreken. Als dat niet lukt, dan graag terugkoppelen.
- (FA) Dit ook bij NRGD uitzetten om te toetsen, als onafhankelijke instantie.

Forensisch arts en de andere ketenpartners

Verandert er iets in samenwerking met ketenpartners gezien deze 'nieuwe, wenselijke' rol?

- (FA) Stimulans voor professionalisering.
- (FA) Kwaliteit van de rapporten gaat omhoog.
- (FA) Men verwacht dat de samenwerking beter wordt, minder dikke rapporten, beter afwegen wat wel/niet betrekken, welke informatie aanleveren bij forensisch arts en waar stellen we forensisch arts aan bloot.

CONCEPT

- (SRA) Het is nu niet standaard dat de advocaat bij het FIT-gesprek zit. Het is nog steeds niet zo dat je kunt zeggen ‘kun je dit even uitzoeken?’. Dat gaat via allemaal schijven en het moet toegewezen worden. Dus ze blijven in een andere positie. Forensisch arts merkt op dat je wel de vraag kunt stellen ‘moet de advocaat erbij?’.
- (FA) Ze zijn niet bang dat ze meer op de stoel van de opdrachtgever terecht komen. Denken wel dat ze zich bewust zijn van hun rol. Maar dat schept wel een verantwoordelijkheid voor de richtlijn om dat duidelijk te omschrijven. Staat ook in de wet en bij het NRGD.
- (MO) Heeft hier geen opmerkingen over. Denkt vooral dat het gesprek met elkaar gaat helpen om die samenwerking te optimaliseren. Rolvastheid en rolduidelijkheid zijn van belang.
- (FA) Hoopt dat er in de toekomst een grotere rol komt te liggen bij de advocatuur. Mooiste is FIT-gesprekken met advocatuur, forensisch artsen en MO. Hopelijk dat advocatuur de forensisch artsen in de toekomst vaker weten te vinden voor rapportages.

Randvoorwaarden

Wat is er nodig om deze ‘nieuwe, wenselijke rol’ effectief en zorgvuldig te vervullen?
Al genoemd zijn:

- Rol duidelijk omschrijven
- Goed het gesprek hebben met elkaar

Verder genoemd:

- Als er geen consensus is dan duidelijk opschrijven ‘wat mag niet’. Dus vooral de grens aangeven.
- Kaders voor het FIT-gesprek. Welke informatie wel/niet, wie aanwezig, wat vermeld je minimaal in je rapport (bij methode). Nu doet iedereen het anders
- Consensus vanuit OM en advocatuur én forensisch artsen (gaat terug naar de werkgroep en brede groep die gaat meelezen).
- Je hebt goede dossiervorming nodig over wanneer gesprek heeft plaatsgevonden en waarover. Ahv standaard tekst.
- Evaluatie is van belang om te kijken of we het goed hebben afgesproken. En wanneer gaan we evalueren? Dat duurt jaren. En termijn van de geldigheid van de richtlijn.
- Implementatie is ook van belang. Hoe wordt dit in de opleiding verwerkt, koppeling met de opleiding.

CONCEPT

Bijlage 4 Uitwerking focusgroep rol FA medische informatie opvragen en overdragen

Uitwerking door Marion Matthijssen

Deelnemers focusgroep

Forensisch artsen (FA)

- Inge van Eck, forensisch arts, GGD Hollands Noorden
- Michelle Nysten, forensisch arts, Forensische Dienst Limburg
- Tamara Gelderman, forensisch arts GGD IJsselland & bij LOEF
- Wilma Duijst, forensisch arts en hoogleraar Forensische Geneeskunde

Openbaar Ministerie (OM)

- Nelleke Eken - de Vos, specialistisch beleidssecretaris, Expertisecentrum Medische Zaken, parket Rotterdam

Politie/Forensische Opsporing (FO)

- Sonja Wildschut, operationeel specialist B – forensisch coördinator, Politie Noord-Nederland

Onderzoekers

- Vina Slev, onderzoeker forensische geneeskunde GGD Amsterdam, senior onderzoeker bij richtlijn Lijkschouw en Forensisch medisch letsel-en zedenonderzoek
- Joyce Cuijpers: junior onderzoeker op de richtlijn Forensisch medisch letsel-en zedenonderzoek vanuit Universiteit van Maastricht en doet ook onderzoeksprojecten vanuit GGD Amsterdam

Vragen Nelleke

Vanuit het expertisecentrum geven ze in elk geval de medisch officieren (niet medisch geschoold) mee om aan de forensisch arts (verder FA) te vragen om de relevante medische gegevens in het schouwverslag op te nemen. Dus qua 'opvragen en overdragen medische informatie' is het in de lijkschouw-fase al een mooi moment om mee te nemen. Daar wordt thans verschillend door forensisch artsen mee omgegaan. De een stuurt relevante stukken mee. Maar anderen geven aan dat het niet hun taak is. Dus een van de puzzelstukjes is hoe medische informatie hun kant op komt bij overlijden.

- Is er iemand van het OM bij het 'overlijden'-deel geweest?
- Kunnen we dit wellicht nog meenemen?

Antwoord Wilma

Informatieverstrekking bij de focusgroep over lijkschouw is niet aan de orde geweest. Maar ze weet niet of het een van de uitgangsvragen is geweest. Die zijn geformuleerd ahv allerlei kernproblemen.

Voortschrijdend inzicht: laten we er nu een extra vraag van maken en splitsen in 'ikv letsel- en zedenonderzoek' en 'bij overlijden'. Schept voor alle partijen duidelijkheid.

Huidige rol forensisch artsen

Bij opvragen / overdragen medische informatie bij/aan huisartsen of (para)medisch specialisten in het kader van letsel- en zedenonderzoek

In kader van letsel- en zedenonderzoek

- **Een filter en een vertaling**
- Meteen een toestemmingsverklaring laten tekenen bij het FMO. Gebeurt vaak. Andere forensisch arts geeft aan dat de ziekenhuizen geen medisch dossier meer afleveren met het toestemmingsformulier van politie. Die willen een toestemmingsformulier van forensisch arts danwel GGD. Andere forensisch arts ziet vaak ouderwets formulier met wat vragen over blauwe plekken enzo. Ze hebben nu een eigen formulier. In de richtlijn moet een algemeen, landelijk toestemmingsformulier komen, waar het eigen logo op kan worden gezet. Dat moet in de keten gedeeld worden. Gaat om toestemming voor medische info, toestemming voor FMO en mbt kinderen een plek voor de handtekening van beide ouders. En toestemming om het over te dragen aan de ketenpartners. OM zou hopen dat de toestemming omvat dat het een niet zonder het ander kan (dus opvragen van informatie en het delen ervan). Laatst overleg in regio Rotterdam, over foto's die worden gemaakt door forensisch verpleegkundigen. Daar wordt op dat moment toestemming van patiënt gevraagd en gekregen. Later doet patiënt aangifte en dan komt die toestemmingsverklaring om de hoek kijken. Maar die was onvoldoende voor ziekenhuizen, want in die oude formulieren staat niet gespecificeerd dat het ook om de forensische foto's gaat. Dus het moet helder zijn waarvoor je toestemming geeft. (FA) Wij hebben echt gespecificeerd op ons toestemmingsformulier wat we opvragen.
- (OM) De **expertise** die je als forensisch arts meeneemt. Waardoor je ook met vluchtig letsel tijdig je kennis inbrengt om in de forensische keten je blik te geven op letsel /zeden. (FO) De forensisch arts moet ook gericht kunnen doorvragen naar medische informatie.
- (FA) Dat we puur gevraagd worden om medisch dossier te vertalen. Geen letselbeschrijving, maar puur een vertaling. Ook weleens de vraag van een huisarts die een vraag van OM heeft gekregen. En dat je gevraagd wordt om als forensisch arts even mee te kijken. Dus een soort van **adviesfunctie voor de medisch specialist.**
- (FA) Ook een **tussenpersoon** voor de medisch specialist. Casus in IJsselland waarin jeugdarts medisch dossier niet aan politie wil verstrekken. Ze gaan nu dossier aan forensisch arts verstrekken terwijl die niet bij casus betrokken is. En die moet het doorgeven aan LOEF, of NFI. De filterfunctie doet ze niet, dat doet LOEF of NFI.
- (OM) Waar ze in medische zaken de forensisch arts graag voor gebruiken is wanneer ze niet weten bij welke deskundige ze terecht moeten om deskundigenrapport op te stellen. Of als ze vragen aan de deskundige moeten stellen hebben ze soms een forensisch arts nodig om de goede vragen te stellen. Soms stellen we pagina's vol met vragen. (*hebben we in de andere focusgroep besproken).*
- (FA) Soms krijg je vraag 'hoe ontstaat dit letsel nu?' aan OvJ ed. Gaat dan om **toelichting, uitleg**.
- (OM) Vraag gekregen of het zinvol is om in sommige TGO' s een forensisch arts te betrekken. (FA) Dat loopt in onze regio.
- (FA) **Alert maken op de mogelijkheden** bij een letsel- en zedenonderzoek, vwb zaken waar men soms niet aan denkt. (FA) En als er geen zedenonderzoek wordt gedaan (omdat het sporentechnisch niet zinvol is), dat je dan aan letsel moet denken. Gaat om een **stuk bewustwording creëren**. Er wordt bijvoorbeeld vaak niet aan gedacht om ook naar de verdachte te kijken (ipv alleen het slachtoffer). Zou ook de functie van de forensisch arts moeten zijn om daar ook aan te denken.
- (FA) **Informeren van de ketenpartners.** Wordt nu ook gedaan. Bij sommige artsen is dit de huidige rol en bij anderen is dit wenselijk.

In kader van overlijden

- (OM) De toestemming is dan minder belangrijk (qua toestemmingsformulieren), want je komt in het kader van de lijkschouw. Verder is een filter zijn, de vertaling, extra informatie, welke medische gegevens de forensisch arts eventueel niet bij kan komen hier wel van belang. Verder is het ook altijd belangrijk dat de forensisch arts ons advies geeft of een gerechtelijke sectie

CONCEPT

raadzaam is. Of indien van toepassing orgaandonatie. Daarin is kennis meenemen en advisering dus belangrijk.

- (FA) Toestemming is wel belangrijk want sommige medische vragen zijn daarna belangrijk. Dan weleens verwijzen naar de richtlijn KNMG, van het mag zeker. En dan gaan ze vaak een jurist bellen. Als ik naar onze richtlijn kan verwijzen dan kan ik zeggen 'het staat daar, dat u het mag verstrekken'. Eigenlijk ben je dan het juridisch kader aan het uitleggen: bij deze situatie mag dit en dat. Dat is bij overlijden veel meer dan bij leven.
- (FA) In de kern is het toch de taak van de forensisch arts om het volledig verhaal duidelijk te hebben, zodat de juiste medische informatie in het schouwverslag staat. Het moeilijke zit hem erin als er een medische fout is gemaakt en de dokter zich verdedigt door niets te zeggen.
- (OM) Het moet duidelijk worden dat je niet iemands hele dossier via een schouwverslag wil 'binnenpompen'. Maar juist die vertaling van de forensisch arts: wat is relevant ikv overlijden en voor OM 'is er dan vermoeden van strafbaar feit bij dit niet natuurlijke overlijden en moeten we een gerechtelijke sectie gelasten?'. Dat zijn de relevante schakelmomenten voor de forensisch artsen. Dat gaat vaak goed. Maar sommige forensisch artsen geven aan dat ze alleen maar over de aard van overlijden hoeven te informeren. En daar willen we vanaf. (FA) Maar als je alleen de aard van overlijden te horen krijgt als OvJ zijnde, dan kun je toch geen goed onderbouwde conclusies trekken? (OM) Klopt, nu voeren we het gevecht per zaak. (FA) En dan moeten wij het goed gaan opschrijven.
- (FA) We hebben eventueel wel/niet gerechtelijke sectie. Maar ook of er wel/niet geadviseerd wordt om IGJ melding te doen. Niet elke instelling wil dat, en dan gebruikt de arts de OvJ die dan gaan controleren of je het wel/niet gedaan hebt. (OM) Wat we vanuit de medische portefeuillehouders doen is ook zelf bij de inspectie melden, los van of instelling gaat melden. En daar gebruiken we ook regelmatig informatie forensisch arts (en eigen afwegingen) bij. Als het OM zelf een melding doet noemen ze het expliciet niet een calamiteitenmelding, maar sec een melding. Want het is niet de zaak van OvJ of het een calamiteit is. Maar ze hebben wel zorgen over de kwaliteit van zorg. Dat wordt soms terug gekoppeld aan forensisch arts, als het gelijktijdig is dat ze een melding bij de IGJ als OM gaan doen. In hun eigen regio hebben ze met juristen een afzonderlijke afspraak. Die laten ze het weten als ze een melding doen. Qua rol voor de forensisch arts gaat het hier ook om een adviesfunctie. (FA) In uitzonderingsgevallen komt IGJ-melding bij FMO voor. Bij leven melden ze regelmatig bij IGJ, maar dan is forensisch arts veelal niet betrokken. (FO) Ervaring is dat er op grond van lijkbezorging gemakkelijker informatie wordt uitgewisseld met een arts, dan wanneer je het hebt over letselrapportage of FMO. Dan ben je in opdracht van het OM bezig en dat maakt het lastiger. (FA) Wees als forensisch arts helder in welke positie je bent en dat geldt voor beide richtlijnen. Maar bv duidelijk 'ik ben aan het schouwen om die reden', of 'ik ben bezig met een letselbeschrijving'. Dus maak het doel helder en expliciet. *'Al vinden we het zelf heel helder, zij blijkbaar niet'*. (OM) De essentie van de forensisch arts is uiteindelijk altijd in de keten. (FO) Dit maakt de wil om informatie te delen ook wel beter. (OM) We merken een rem van behandelend artsen om informatie te geven als ze denken dat hun eigen handelen getoetst wordt. Dit geldt zowel voor zaken waarbij de betrokkene is overleden als voor zaken waarbij de betrokkene nog leeft. (FA) Is waarschijnlijk ook omdat ze bang zijn om klachten van patiënt te krijgen, of van naasten. (OM) Er is onduidelijkheid of ze zelf onder de loep liggen. Als we met een RC-vordering komen, zeggen sommige zorgverleners nog steeds dat ze tuchtrechtelijk aangeklaagd kunnen worden. Je mag aan die vordering voldoen en uiteraard ook naast je neerleggen, dan gaat er een raadkamer procedure komen. Maar je hebt ook voor een eventuele tuchtrechtelijke procedure (die er in de praktijk eigenlijk nog niet is geweest) argumenten van 'ik mag en kan het nu verstrekken'.

Wenselijke rol forensisch artsen

Bij opvragen / overdragen medische informatie bij/aan huisartsen of (para)medisch specialisten in het kader van letsel- en zedenonderzoek

CONCEPT

Brugfunctie tussen OM en huisartsen of (para)medisch specialisten bij het opvragen en overdragen van medische informatie ikv letsel- en zedenonderzoek

- (FA) Is essentieel dat de forensisch artsen die brugfunctie gaan vervullen. Maar niet als postbode. We zijn geen tussenpersoon richting NFI/LOEF. (FA) Het is afhankelijk van hoever de politie in hun onderzoek is. Soms vervul je wel de rol van postbode.
- (OM) Het is om die (soms onterechte) angst bij behandelend artsen weg te nemen door hun ook een stukje advies te geven en duidelijkheid te scheppen. (FA) Als we aan de kant van OM horen wat de vraagstelling is, dan kun je samen met OM meedenken en een goede vertaling maken voor het OM. (FA) En ook meedenken met de dokter, die een soort angst heeft voor tuchtcolleges ed. Dan kan het helpen om mee te kijken wat er uit het dossier relevant is. (FA) Waarschijnlijk moet er wel snel even getelefoneerd worden, want dan kun je gericht schakelen en samen even nadenken wat relevant is. (OM) Dat is inderdaad belangrijk, want wij weten vaak niet wat we moeten vragen / willen. Soms worden te grote stukken van het dossier opgevraagd. Ga je het bijvoorbeeld in de tijd centreren, letsels omschrijven? De forensisch arts moet ook kunnen terugkoppelen als de vraag niet goed is. En richting de dokter moet je kunnen uitleggen waarom je al deze gegevens nodig hebt. (FA) Het eerste is het FIT-gesprek. We hebben van de week gesproken over dat er een rol is voor de forensisch arts hierin.
- (FO) Als we bellen met het ziekenhuis voor gegevens om een zaak verder te onderzoeken, dan mogen ze die gegevens niet geven. Zouden jullie als forensisch arts informatie kunnen krijgen? (FA) Dit komt heel vaak vanuit recherche 'kun jij eens met ziekenhuis bellen?'. Het is geen wettelijke basis, maar je krijgt wel eerder informatie. (FA) Als er een gerechtelijke sectie is, dan is het voor de forensisch patholoog, toch? (FA) Hangt af of je het doet ikv deskundigenrapport na de dood, ikv een sectie of ikv de lijkschouw. (OM) Vanuit NFI is het vaak lastig. Laatst was er een patholoog op het parket. Op het moment dat die iets wilt zullen we met een 105, of 126 NF vordering richting het ziekenhuis moeten gaan. Dan kunnen ze soms afspreken dat die gegevens rechtstreeks naar het NFI kunnen als ze gaan verstrekken. (FA) Als het NFI ze nodig heeft, komen ze daar terecht en hebben de forensisch artsen geen rol. Liefst geen tussenpersoon zijn. (OM) Op het moment dat we met elkaar kunnen aangeven dat die medische informatie al in het schouwverslag komt, dan ondervang je dat. Want dat gaat ook naar de patholoog. (FA) Dat is ook nodig in het hele proces en onderdeel van de lijkschouw, ook voor de OvJ om iets te beslissen. (OM) Het is misschien een zekere vorm van doorgeven, maar wel heel relevant en passend. (FA) Soms komt er bij een sectie iets naar voren waarbij misschien nieuwe informatie nodig is. Dan zou je in een driehoek moeten overleggen wie dat primaire contact met de specialist oppakt. Dat is wel een rol voor de forensisch arts om daarin te bemiddelen. (FA) Ligt eraan wat het beleid van het NFI is. Het huidige beleid is dat ze niet mogen terugkoppelen aan de forensisch arts. En dan kun je er geen rol meer in spelen. (FA) In andere geval was het TMFI. (OM) Kan wel via het OM. Want als de vraag vanuit NFI bij het OM komt, dan zou je afhankelijk van de vraag kunnen kijken of het meerwaarde heeft om de forensisch arts te betrekken. Of dat we bij deskundige een 105, of 126 NF vordering doen. (FA) Dat kun je inderdaad hoog besluiten indien nodig. En als de medische informatie zo belangrijk wordt, dan kun je kijken of je en een patholoog en een forensisch arts wilt.
- (FA) Als de forensisch patholoog aanvullende vragen heeft voor het medische dossier, dan is het aan het OM om de 105-vordering op te stellen. De forensisch arts heeft daar geen rol in. Als er iets over de zorg is dan is de vraag wel voor de forensisch arts. (FA) Als je vindt dat je in de eerste ronde iets meer had moeten doen, dan kun je zeggen dat het nog de taak van de forensisch arts is. Maar als dat een totaal nieuwe vraag is, dan niet.
- **Bij: Lijkschouw**
  (OM) Als we een vraag van het NFI krijgen en aan de forensisch arts vragen 'dit zien we als een verlengde fase van de lijkschouw', dan vragen we vervolgens of ze deze vraag aan de behandelend arts kunnen stellen. De vraag kwam wel van de patholoog, maar de NFI wil nooit met de medisch specialisten in gesprek. Dan is de forensisch arts dus wel een tussenpersoon.

(FA) In mijn regio heb ik veel korte lijntjes met het ziekenhuis. Dus als ik dan de keten kan helpen, dan vind ik dat prima. (OM) Ik zie het niet als tussenpersoon. We laten de vraag van NFI via forensisch arts bij medisch specialist landen. Maar gaat ook om stukje duiding, en dat is van meerwaarde. (FA) Alleen maar het dossier doormailen hoeft niet, maar helpen in de keten is iets anders. (FA) We moeten waken voor zaken die niet rondkomen door de houding van artsen bij het NFI, die zich strikt aan hun taak houden.

- (OM) In het schouwverslag staan relevante gegevens opgenomen. Maar ook die goede advisering (wat nu al vaak gebeurt overigens) over bv orgaandonatie, sectie dan kan plaatsvinden. Veel forensisch artsen pakken daar hun rol. **(Geldt voor lijkschouw en letsel)** (FA) Bij kinderen hebben we een vaste riedel, maar bij volwassenen is het heel vaak anders.
- (OM) In de praktijk zijn er steeds meer forensisch verpleegkundigen. Steeds meer aandacht in de ziekenhuizen voor de forensische kant. Daar gebruikt OM ook vaak forensisch arts bij. OM heeft bij strafbaar feit, waarbij iemand in ziekenhuis belandt, soms de grootst mogelijke moeite om iets van informatie te krijgen. Daar heeft de forensisch arts ook brugfunctie. Naarmate incident groter is speelt dat nog meer. Vaak heel relevant om te weten of iemand incident gaat overleven. Die informatie loopt in de praktijk vaak ontzettend stroef. Daar gebruikt OM graag forensisch arts bij. (FA) Officieel heeft arts ook geen wettelijke basis om dingen aan mij te vertellen. (OM) Als iemand slachtoffer is, wil je zo snel mogelijk dat er informatie naar naasten gaat en strafrechtelijk onderzoek gebeurt. Gaat qua brugfunctie om het stukje schakel met het bolwerk van de zorg. (FA) Als de arts zijn beroepsgeheim niet hoeft te doorbreken, dan sta je als forensisch arts ook nergens. Dus het werkt niet altijd en moet het dan in de richtlijn. (FA) Onze rol blijft bij uitleggen wat de opties zijn en de beslissing blijft bij de dokter. We kunnen het uitleggen als een adviserende rol naar de behandelend arts. Een arts is dan vrij om te doen met het advies wat hij wil. Bij lijkschouw heb je de verplichting tot het doen van een onderzoek en dat kan alleen met de informatie. Daar geldt wel voor dat je het vaak wel moet uitleggen naar de arts. (OM) Hopelijk krijgen we het in de nieuwe wet op de lijkbezorging beter geregeld. (FA) Als we niet te nauw omschrijven gaat het lukken, maar als we het te nauw omschrijven dan komen we nergens. (FA) Dit is wel essentieel bij de orgaandonatie, want dan moet iemand dat voor het overlijden wel al goed doen. Ervaring is dat het eigenlijk altijd wel goed gaat. (OM) Laatst met officieren gesproken over orgaandonatie. Zij krijgen die vraag maar heel beperkt en vinden het heel spannend om ‘ja’ te zeggen. Zeker als er een gerechtelijke sectie gelast wordt. Overweeg in ieder geval wanneer je ‘ja’ kunt zeggen. Want het is jammer als je organen gaat missen. (FA) Gaat voortdurend over uitleg naar verschillende partijen en goede uitleg naar wat juridisch kan en mag. En waar ruimte zit om ‘ja’ of ‘nee’ te zeggen. Dat betekent dat de forensisch arts het juridisch kader scherp moet hebben, anders wordt het wel ingewikkeld. (FA) De rol is ook om samen met de patholoog te kijken wat mogelijk is. (OM) Dat vereist ook een forensisch arts die weerwoord kan geven aan een OvJ. (FA) Als OM ‘ja’ zegt tegen deze rol van de forensisch arts, dan hebben we draagvlak.
- (FA) Filteren en vertalen (wat bij huidige rol staat) moet ook bij wenselijke rol staan.
- (FA) Je hebt KNMG-richtlijn, beroepsgeheim en politie en justitie: wordt daar in richtlijn rekening mee gehouden? (FA) Jazeker. We kunnen niet afdwingen dat KNMG-richtlijn wordt aangepast. We maken iets voor forensisch artsen. Ze worden wel betrokken, dus er komen geen tegensprekende richtlijnen. (OM) KNMG is al enige tijd bezig om de richtlijn aan te passen. Nu staat er alleen ‘beroepsgeheim met politie en justitie’. Het zou wel fijn zijn als daar ook forensisch arts genoemd wordt. Is juist in die brugfunctie van belang. (FA) Is belangrijk juist omdat de forensisch artsen nog steeds een niet bestaand lijntje hebben met de KNMG vanwege toestanden sociale geneeskunde. Als je daar iets wilt voor de forensisch artsen moet je ze voorlopig apart betrekken. KNMG wacht ook op aanpassingen in de wetten voordat ze hun richtlijn aanpassen.

Consensus over wenselijke rol:

CONCEPT

- Ja brugfunctie, maar geen tussenpersoon
- Meedenken & advies geven, ook aan de behandelend artsen, ook om wellicht stukje angst weg te nemen. Meedenken met OM & arts
- Het advies geven geldt mn in letsel- en zedenzaken.
- Snel overleggen
- Vragen beantwoorden in FIT-gesprek
- Brugfunctie tussen NFI en medisch specialist bij lijkschouw
- Uitleg naar verschillende partijen over wat juridisch kan en mag.

Zaken die bij huidige rol genoemd zijn:

- Filteren en vertalen.
- Toestemmingsformulier: forensisch artsen moeten toestemming hebben. En begeleidende brief gebruiken (als je opvraagt bij huisarts) volgens een standaard format.
- Alert maken op mogelijkheden
- Expertise bij vluchtige letsels
- Informeren van de ketenpartners

Specifiek voor lijkschouw

- Stukje duiding, helpen in de keten
- Opnemen relevante medische gegevens in het schouwverslag
- Adviserende rol bij de melding IGJ: eerst doet instelling de melding met controle OvJ. Daarna eventueel de forensisch arts als het niet tot het juiste resultaat heeft geleid.
- Medische informatie verzamelen ikv identificatie. Eventueel ook bij levenden, ikv zwaarwegend maatschappelijk belang.

Wenselijke rol forensisch arts bij lijkschouw

- (OM) Opnemen van de relevante medische gegevens in het schouwverslag. Iedereen doet dat op zijn eigen manier. Als het maar voor de forensisch arts helder is wat het OM verwacht. (FA) Relevant betekent de weg naar het overlijden, dat moet er minimaal in. (OM) Niet alleen de aard van het overlijden, maar ook het vermoeden van een strafbaar feit, met andere woorden als een reëel misdrijfscenario niet uitgesloten kan worden. (FA) Over het hele schouwverslag en wat daarin moet zijn al focusgroepen geweest. Daar zijn we tot een consensus gekomen en dat wordt opgenomen in de richtlijn.
- (FA) Hebben we consensus over de adviserende rol IGJ? Hebben we daar een rol? Volgende stap is hoe hebben we dan een rol? Is dat dan via adviseren officier? (FA) We hebben een rol, adviserend en naar de behandelaar. Als die niet luistert, en/of naar de OvJ. (FA) Andere forensisch arts doet wel geregeld IGJ-meldingen. Heeft mn te maken dat ze dan OvJ spreekt die niet goed weet hoe dat moet. Daar heb je medisch officier voor. En dan doet ze het zelf wel. Als de manager van de instelling het niet doet, moet je daar iets mee. (FA) Je kunt als forensisch arts zeggen dat je verwacht dat de instelling een melding gaat doen. En dat gaat gecontroleerd worden. (OM) Het kan allemaal naast elkaar bestaan. Dus ‘ja’ op de advisering aan behandelend arts, instelling en OM. En of je besluit ook zelf te gaan melden dat hangt af van de omstandigheden. Als je het gevoel hebt dat OM en instelling niet melden, dan kun je als forensisch arts wel melden. (FA) Het is een soort van stappenplan. Je probeert eerst dat de instelling het zelf doet, met controle van OvJ. Als het niks wordt, dan hou je zelf soort van de controle. (FA) Er werd een keer melding door ziekenhuis gedaan, was ook met OvJ besproken. En uiteindelijk heeft die OvJ zelf ook nog melding gedaan. Dat was best ingewikkeld in de communicatie van het forensische naar het ziekenhuis. Dit lijkt me niet de gewenste situatie. (FA) We kunnen in richtlijn opnemen wat de norm is, maar we kunnen niet opnemen wat OM moet doen. (OM) Op moment dat instelling melding doet weten we niet of ze alle relevante gegevens wel meenemen. Deze melding is bedoeld om de juiste gegevens bij het IGJ te krijgen. Soms wachten we niet tot de volledige termijn verlopen is om een calamiteit te melden. We doen niet

CONCEPT

in alle gevallen een controle door OvJ. (FA) Dat moet per casus bekeken worden, wie gaat wat doen. Gaat OM nog melden, dan kan de forensisch arts het door communiceren naar de instelling. (FO) Gaat bij ons altijd eerst via de medisch officier. (FA) Voor de forensisch arts is belangrijk om te weten gaat de OvJ het op enig moment doen. (FO) Hoe zit het met identificatie. Zou een forensisch arts bij een zorgverlener eerder informatie kunnen krijgen? Gaat om lijkvinding. Dan lopen we daar weleens tegenaan. (FA) Medische informatie verzamelen in het kader van identificatie is nog wel een rol voor de forensisch arts. Ook bij leven kan het gelden, bijvoorbeeld bij mensen die bewusteloos zijn. (FO) Dan kunnen we inderdaad eerder het onderzoek starten. (FA) Bij leven is het wel ingewikkelder, want hebben we dan een juridische basis om informatie op te vragen? Als je de identificatie niet weet, kun je niet vragen om medische informatie. (FA) Je komt dan in het zwaarwegend maatschappelijk belang. (FA) Als je niet weet wie het is, dan heb je toch niets aan de informatie? (OM) Stel dat iemand ergens een implantaat met serienummer heeft, dan zou je de identiteit kunnen achterhalen. Als je daar bij komt bij levenden. Pacemakers kun je wel uitlezen. (FO) Laatst hadden we zaken waarbij mensen niet aanspreekbaar waren. (FA) Je moet wel een vermoeden van identiteit hebben.

Welke medische informatie?

Volledig dossier, of op onderdelen?

- (FA) Als er een gesloten brief aan de RC komt met een medisch dossier, dan ben ik weleens gevraagd om in de envelop te kijken en relevante informatie eruit te halen. (OM) We hebben ook wel eens gezocht naar een doorbreking. We dienen dan een vordering in bij de RC. Ofwel op basis van artikel 105 of 126 nf Sv. Voorkeur gaat uit naar 105 Sv. Maar als andere kant niet wil verstrekken dan zoeken we naar tussen schakelingen en kan het zo zijn dat er door filtering van een forensisch arts minder informatie naar OM of deskundige hoeft. (FA) Maar dan heb je nog steeds een ‘ja’ nodig van de andere partij of uitspraak van de rechter. (OM) En een goede vastlegging van de forensisch arts die gaat filteren wat er weggaat. Dit is angstscenario van OM dat er net een pagina weggefilterd is, die relevant bleek waarop de cliënt vervolgens vrijgesproken gaat worden.
- (OM) Het hangt van de omstandigheden af welke informatie relevant is. Bij een jong babytje is dat het hele dossier. Maar als het iemand van 88 jaar is dan is niet het hele dossier relevant.
- (FA) Dit is echt maatwerk.
- (FA) Bv verkeersongevallen beschrijf ik niet wie voorrang had en van rechts kwam ed. Dat is voor FO Verkeer. Maar er kan toch wel relevante informatie in staan over de toedracht. Hoe weet je wat voor de politie relevant is. (OM) Benoem het vooral in je gesprek met de OvJ en de politie. Dat in ieder geval iemand het bespreekt. (FA) De moeilijkheid zit erin dat het een anamnese is en het is geen waarheidsvinding. Het is een interpretatie van een anamnese en dat maakt het moeilijk. Ze maken er een snijwond van terwijl het dat niet is. (FA) Soms staat er gewoon duidelijk in wie de verdachte is, zoals de bekende zaak van de scooterrijder. Is het dan niet beter om te zeggen ‘ik raad u aan om het volledig dossier op te vragen’. Het is niet aan ons om te zeggen wie de verdachte is. Maar je kunt wel aangeven dat er in het dossier relevante informatie staat. (FA) De arts heeft het opgeschreven, maar is toch niet gezegd of het de waarheid is. Dus dan zou je dat aan de arts kunnen vragen. Maar die beroept zich dan op verschoningsrecht. Maar als je het hele medische dossier vordert, dan ligt dat weer bij justitie. (OM) Je kan wel aangeven dat het op een bepaalde manier in het medisch dossier staat, maar dat het niet wil zeggen dat het de allesomvattende waarheid is. Daarin zie ik een stuk filtering richting de OvJ om realiteitsbesef te brengen. (FA) Als je maar duidelijk bent over ‘wat zegt iemand’. (OM) Zo’n casus als van de scooterrijders wil je ergens kunnen ondervangen. (FA) Je kunt wel zeggen in de brief van de spoedeisende hulp staat mogelijk relevante informatie over de toedracht. Dan gaat het over één brief. (FA) Of je zegt dat in de brief staat dat deze persoon de bestuurder is van.. Want dat is wat je gelezen hebt. En wat het OM ermee doet is je zaak niet. Dus die brief stuur je

CONCEPT

niet door naar OM. Maar je kunt wel iets aangeven over de toedracht. (OM) Dus je neemt als forensisch arts niet de verantwoordelijkheid over, maar je benoemt het als iets relevants. En dan moet OM en politie ermee verder. Want dan missen we geen puzzelstukjes. (FA) Je hebt wel met zijn allen verantwoordelijkheid voor het uitzoeken van de doodsoorzaak.

- (FA) Soms gebeurt het wel dat er 1-op-1 medische informatie naar het OM wordt doorgestuurd. (FA) Er zijn vragen en die moeten beantwoord worden. De informatie die nodig is om tot het antwoord te komen, die moet erin. Bv bij die scooterrijder kun je aangeven dat hij op die datum als bestuurder van een scooter werd binnen gebracht. (FO) Hoe kan het dat je als forensisch arts in opdracht van het OM een filter over de informatie legt die je aan je opdrachtgever verstrekt? (FA) Het gaat om relevante medische informatie die iets te maken heeft met het strafbare feit. Je moet wel goed weten wat de zaak en de vraag is. En bij letselbeschrijving gaat het om vertalen van de medische informatie. Daarin wordt niet geïnterpreteerd. (FA) De anamnese is supercomplex. Je moet dat vertalen, interpreteren, het is geen waarheidsvinding, geen feit. (OM) Dat kun je wellicht ondervangen door het tussen quotes te zetten en aan te geven hoe de behandelend arts het zag. (FA) Er is wel behoefte aan hoe je die anamnese benadert in die medische info. (FA) Een deel van die anamnese kan terugkomen in de hypotheses. Dan zou je je verhaal kunnen beginnen met 'in slechte toestand binnen gekomen, vader vertelt dit..' Gaat erom dat iedereen dit op dezelfde manier gaat doen. Er moet volstrekt helder zijn wat een feit is en wat iemand zegt. En wat de bronnen zijn, dus mét bronvermelding. (OM) De bronvermelding hangt van de casus af. Wanneer het geen medische casus is, maakt het niet zoveel uit [focusgroepdeelnemer kan zich niet meer vinden in deze uitspraak]. Maar als het wel een medische zaak is ben je wel aan het inzoomen. Dus heb voldoende kennis over de kwalificaties die het OM eraan hangt. (FA) Dat is het FIT-gesprek. Hoe zorg je dat de vragen van politie van OM goed bij de forensisch artsen komen. (FA) Bij een simpele letselbeschrijving ga je niet altijd een FIT-gesprek houden. Kleine FIT-gesprekken zullen in de praktijk niet haalbaar zijn. (FA) Is het in de basis niet voldoende wanneer OM ziet welk ziekenhuis, welke afdeling, welke datum? (OM) In heel veel gevallen wel. Ziet mn schouwverslagen. Kennis zit mn op 'overleden-kant'. Er zijn verslagen waarbij stukken van medisch dossier gevoegd zijn. Waarvan schouwarts aangeeft het niet over te willen typen. Het gaat wel om de relevante informatie. (FA) Is dat te lezen voor jullie? (OM) Is wel te lezen door patholoog bij NFI. (FA) Ik vind het 'tikkeltje gemakzuchtig'. We moeten kunnen samenvatten. (FA) Het kan soms ook telefonisch worden overgedragen aan patholoog als er weinig tijd is.
- (FA) Bij filteren: Je moet goed je doel in de gaten houden en snappen wat de vraag is. (FA) Die vragen heeft politie in Oost-Nederland aangepast in een toestemmingsverklaring voor het opvragen van een medisch dossier. Stond eerst ivm poging doodslag, poging moord en zwaar lichelijk letsel. Nu is het betrokken bij een voorval. Wat is dat? Met een voorval kun je dus niet goed gaan filteren. (FA) Dan is het belangrijk om even telefonisch te overleggen met bv de agent. (FA) Maar wij hebben 400 zaken per jaar 'vertalen medische gegevens'. (FA) Dan mis je misschien wel wat ze willen weten. (FA) Ze kunnen misschien het formulier weer aanpassen naar wat ze hadden. (OM) Dus de aanvraag moet voldoende specifiek en helder voor jullie zijn. (FA) Dat is een van de randvoorwaarden.
- (OM) Bij interpretatie: het gaat om de interpretatie van de arts. Maar die ziet het als feit. (FA) Misschien moet je opschrijven interpretaties van de behandelend arts. (OM) Je kan bij je eigen expertise aangeven: anders dan de behandelend arts zie ik het zus of zo om die en die reden. Dat is gemakkelijker als het al als quote staat. Op het moment dat wij medische informatie vorderen gebruiken we soms de forensisch arts om ons advies te geven. Om in onze vordering goed te specificeren wat we eigenlijk gaan vorderen richting de RC. Voordat we helder hebben waarop we aan het inzoomen zijn, is het fijn waarop we kunnen toetsen in specialistische zaken. (FA) In zo'n FIT-gesprek kun je aangeven wat je nodig hebt om bepaalde zaken te weten te komen.
- (FA) Moet misschien ook in de richtlijn hoe je ermee omgaat als iemand buiten bewustzijn is. (FA) Dat komt bij het juridische gedeelte. Het rapport is voor justitie, maar niet voor het slachtoffer en misschien moeten we daar ook nog iets van vinden. Bij kindermishandeling zijn er regelmatig

ouders die het rapport vorderen, al dan niet met advocaat erbij. Kunnen we het erover eens zijn dat het rapport naar justitie gaat en dat in het toestemmingsformulier zetten, zodat voor iedereen duidelijk is dat het rechtstreeks naar justitie gaat. (FA) Is wel moeilijker als je met Veilig Thuis te maken hebt. (FA) Veilig Thuis krijgt het rapport, die delen het niet met ouders. En we laten ze tekenen dat het verstrekt wordt aan VT en niet aan ouders. (FA) In de huidige richtlijn staat dat 'als een van de ouders geen toestemming geeft dan doen we dit op basis van goed medisch handelen'. Dat slaat juridisch nergens op. (FA) Gaan we wat aan doen met KNMG want die heeft duidelijk standpunt ingenomen naar OM. Het standpunt is dat OvJ niet kan bepalen dat kind moet worden onderzocht. Maar dat het langs de Raad vd Kinderbescherming moet als maar één ouder toestemming geeft. (OM) Ik vind persoonlijk nog wel wat van goed vertegenwoordigerschap van de weigerende ouder. De vraag is kunnen wij dat of moet dat bij een rechter liggen. (FA) Recent had een huisarts geen toestemming gevraagd aan de vader en die is nu voor het deskundigenonderzoek uit haar beroepsregister geschrapt. Dus het heeft consequenties voor de arts die dit doet. (FA) We moeten wel rekening houden met het feit dat we onze dokters willen behouden. (OM) Wel goed om dit met KNMG af te stemmen dat daar geen ruis ontstaat. Voor ons zijn sommige normen niet altijd duidelijk waar een bepaalde verantwoordelijkheid ligt. (FO) Een verdachte heeft recht op inzage in een dossier. Anderzijds heb je WPG (wet politiegegevens) die burger recht geeft op inzage. (FA) Als jullie toestemming geven dat verdachte het inziet, ligt dat bij jullie. Dat ligt niet bij de forensisch artsen. Die nemen dat besluit niet omdat we de opdrachtgever niet zijn. (FO) Dat is wel een grote 'let op' voor ons. (FA) In benoemingsrapportages voor zedenzaken doen we bv geen foto's van genitalieën want dan worden ze onderdeel van het dossier. Die worden apart aangeleverd aan de RC. 'Dan is het van mijn bord af dat ik geen foto's van genitalieën van een kind verspreid'.

- Vraag Joyce: We hebben gekeken ikv OM en politie, maar ben benieuwd hoe het zit ikv contra-expertise. Is er dan dezelfde rol? (OM) Ikv lijkschouw: zit geen contra-expertise tussen. Bij letselverklaringen kan dat wel, maar dan heb je altijd deskundigenbenoeming nodig. Het is wel belangrijk van welke gegevens je voor je deskundigen rapport gebruik maakt. Als er dan contra-expertise nodig is dan kunnen dezelfde gegevens naar die deskundige. En dat gaat in de praktijk nog weleens mis. MN dat de verdediging met andere stukken komt die OM niet had. We kunnen natuurlijk niet toetsen of we alles krijgen. De dokter is dan de verdachte. (FA) Dat is wel de reden dat ik vrij uitgebreid ben. (OM) Met het schouwverslag blijf ik worstelen. In 95% is het schouwverslag oké. Maar in die complexe medische zaken is dat weleens lastig. We hebben nu een zaak waarbij we het gevoel hebben dat het medisch dossier aangepast is. En waarbij we de verslaglegging van dat moment nodig hadden. En het vorderen loopt ook niet gemakkelijk. Moeilijk bepalen wanneer je in categorie 5 zaken zit. (FA) Ik vat samen en geef aan dat ik bepaalde gegevens heb. Mocht er behoefte aan zijn dan kunnen die beschikbaar worden gesteld. (OM) Maar doet de rest dat ook? (FA) Nee dat doet niet iedereen.

Consensus over medische informatie

- Volledig dossier of deel van het dossier is maatwerk, waarin forensisch arts adviserend optreedt. Evt twijfels benoemen in gesprek met OvJ en politie en kijken wat er nodig is.
- De forensisch arts geeft aan bij OM wat er in de brief staat over toedracht van het ongeval of incident, maar neemt hiervoor niet de verantwoordelijkheid. Er wordt een toedracht beschreven, maar dit valt buiten de letselvertaling.
- We sturen niet ongefilterd medische informatie door. Gaat om filteren wat relevant ikv het doel en het beantwoorden van de vragen.
- Interpretaties van de behandelend arts kun je als quotes vermelden, zodat duidelijk is dat het niet feitelijk is maar een interpretatie.
- Informatie uit een FIT-gesprek is ook van belang.
- Benadering van de anamnese moet op uniforme wijze. Een deel kan terugkomen ahv hypotheses en het moet helder zijn wat feitelijk is, wat interpretatie is en wat iemand zegt. Dit is niet altijd

duidelijk in het medisch dossier. Daarnaast is bronvermelding van belang bij medisch-juridische zaken (wat uit FIT-gesprek moet blijken). Dit geldt niet bij de simpele FMO, zeden-zaken.

Het rapport gaat rechtstreeks naar justitie gaat, wat moet worden opgenomen in het toestemmingsformulier, zodat het voor iedereen duidelijk is.

- Vermeld duidelijk welke informatie je nog hebt, waar het is, dat je het bewaart en dat die opgevraagd kan worden door OM.

CONCEPT

Bijlage 5 Aanvraagformulier zoek- en selectiecriteria en zoekverantwoording module 4 'Handelingen aan/in het lichaam en 5 'Forensisch medische rapporten'

Op basis van de onderstaande PICO-structuur is zowel de onderzoeksvraag behorende bij *Module 4 'Handelingen aan/in het lichaam'* als *Module 5 'Forensisch medische rapporten'* onderzocht middels een systematische literatuuranalyse.

Zoek- en selectiecriteria

Naam richtlijn: Forensisch medisch onderzoek bij letsel en zeden voor forensisch artsen (werktitel)
Uitgangsvraag: Welke handelingen zijn effectief en efficiënt voor het uitvoeren van letsel- en zedenonderzoek?
Naam aanvrager: Forensisch Medisch Genootschap (FMG) Datum aanvraag: 27 augustus 2024

Gewenste datum oplevering: n.t.b.

Achtergrond van de vraag (3-4 zinnen):

- *Wat is de huidige situatie?*
- *Beschrijf kort het knelpunt dat ten grondslag ligt aan de uitgangsvraag (bijv. praktijkvariatie, kosten, nieuwe therapie, acceptatie door patiënten)*

De huidige richtlijn voor forensisch medisch onderzoek (FMO) stelt de forensisch artsen onvoldoende in staat om vanuit een (actuele) wetenschappelijke onderbouwing te werken. Bij het uitvoeren van FMO ligt voor de forensisch arts de nadruk op het verzamelen van sporen van een zedendelict, het duiden van bevindingen bij een zedenonderzoek en het rapporteren over deze bevindingen. Bij een zedenonderzoek worden sporen van een zedendelict verzameld en wordt letsel dat bij het zedenonderzoek wordt gezien geïnterpreteerd. Bij een letselonderzoek beschrijft, interpreteert en rapporteert de forensisch arts het letsel van slachtoffers van een geweldsdelict.

1. **Elementen voor de zoekopdracht**

Zoekvraag (alleen als deze afwijkt van de uitgangsvraag):

Welke methoden aan/in het lichaam zijn effectief en efficiënt voor het bemonsteren van sporen en het omschrijven en interpreteren van letsel?

Vul hier onder de belangrijkste concepten (PICO) van de zoekvraag in.

- **P (Populatie)** = Geweld/zeden slachtoffers (niet overleden)
- **I (Interventie)** = Methoden voor het bemonsteren van sporen en het omschrijven en interpreteren van letsel
- **C (Comparison)** = **n.v.t.**
- **O (Outcomes)** = Sporen bemonstering en letselbeschrijving en -interpretatie

Noem zoveel mogelijk relevante medische (Engelse) zoektermen plus synoniemen en/of woordvariaties die het concept omschrijven:

CONCEPT

- **Zoektermen P:** Sexual abuse victim(s), victim(s) of violence, physical injury, domestic violence, assault, living, surviv*
- **Zoektermen I:** Law enforcement, forensic medicine, police, forensic*, forensic medical, legal, medicine, legal medicine, medicolegal, medico-legal, investigat*, examin*, inflict*, samp*, assessment, describ*, trace, swab, trauma*
- **Zoektermen C: n.v.t.**
- **Zoektermen O:** Physical injury, trace sampling methods, swab(s), interpretation, description, injury documentation, forensic documentation, forensic medical report, medical evidence

2. <u>Overige selectiecriteria:</u>

Bijvoorbeeld: duur follow-up (per uitkomst), omvang onderzoekspopulatie etc.

3. <u>Sleutelartikelen</u>

Benoem belangrijke artikelen die antwoord geven op de uitgangsvraag (sleutelpublicaties),
(1e auteur/titel/tijdschrift/jaar/volume/paginering), zo mogelijk PMID en pdf toevoegen:

1. Loeve, A. J., Bilo, R. A., Emirdag, E., Sharify, M., Jansen, F. W., & Dankelman, J. (2013). In vitro validation of vaginal sampling in rape victims: the problem of Locard's principle. *Forensic science, medicine, and pathology*, *9*(2), 154–162. https://doi.org/10.1007/s12024-013-9426-6
2. Rosen, T., Reisig, C., LoFaso, V. M., Bloemen, E. M., Clark, S., McCarthy, T. J., Mtui, E. P., Flomenbaum, N. E., & Lachs, M. S. (2017). Describing visible acute injuries: development of a comprehensive taxonomy for research and practice. Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention, 23(5), 340–345. doi: 10.1136/injuryprev-2016-042131.
3. Hartung, B., Schäuble, A., Peldschus, S., Schüssler, M., & Meyer, H. L. (2024). The Documentation of Injuries Caused by Traffic Accidents. Deutsches Arzteblatt international, 121(1), 27–36. https://doi.org/10.3238/arztebl.m2023.0145.
4. Kane, D., Kennedy, K. M., & Eogan, M. (2024). The prevalence of genital injuries in post-pubertal females presenting for forensic examination after reported sexual violence: a systematic review. International journal of legal medicine, 138(3), 997–1010. https://doi.org/10.1007/s00414-023-03117-8.
5. Tyr, A., Heldring, N., & Zilg, B. (2024). Examining the use of alternative light sources in medico-legal assessments of blunt-force trauma: a systematic review. International journal of legal medicine, 10.1007/s00414-024-03262-8. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s00414-024-03262-8.
6. Sharman, L. S., Fitzgerald, R., & Douglas, H. (2023). Medical evidence assisting non-fatal strangulation prosecution: a scoping review. BMJ open, 13(3), e072077. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-072077.

In te vullen door adviseur:

Zoeken beperken tot (meerdere keuzes mogelijk, **<u>zet een kruisje voor je keuze(s)</u>**):

x: Systematische review of meta-analyse
x: RCT
x: Ander vergelijkend onderzoek (bijv. case control, cohort-onderzoek)
x: Niet-vergelijkend onderzoek (case series, casestudies)
: Anders, namelijk

Zoeken vanaf (jaartal) : 2010
Leeftijdscategorie : /n.v.t
Aanvullende informatie :

CONCEPT

Wilt u dit formulier ingevuld opslaan op viadesk en een e-mailbericht sturen aan de adviseur van de richtlijnwerkgroep?

Zoekverantwoording van het Kennisinstituut

Algemene informatie

Cluster/richtlijn: Forensisch medisch onderzoek bij letsel en zeden	
Uitgangsvraag/modules: Welke handelingen zijn effectief en efficiënt voor het uitvoeren van letsel- en zedenonderzoek?	
Database(s): Embase.com, Ovid/Medline	Datum: 4 oktober 2024
Periode: vanaf 2010	Talen: geen restrictie
Literatuurspecialist: Esther van der Bijl	Rayyan review: https://new.rayyan.ai/reviews/1178905/overview
BMI-zoekblokken: voor verschillende opdrachten wordt (deels) gebruik gemaakt van de zoekblokken van BMI-Online https://blocks.bmi-online.nl/ Deduplication: voor het ontdubbelen is gebruik gemaakt van http://dedupendnote.nl/	
Toelichting: Voor deze vraag is gezocht op de elementen geweld/zeden slachtoffers EN forensisch EN methoden voor het bemonsteren van sporen en het omschrijven en interpreteren van letsel EN Letselbeschrijving (O) Alle sleutelartikelen worden gevonden met de search, 3 vallen echter uit op studiedesign. Op basis van deze PICO-structuur is de onderzoeksvraag van zowel *Module 4 'Handelingen aan/in het lichaam'* als *Module 5 'Forensisch medische rapporten'* geformuleerd en onderzocht middels een systematische literatuuranalyse.	
Te gebruiken voor richtlijntekst: In de databases Embase.com en Ovid/Medline is op 4 oktober 2024 systematisch gezocht naar systematische reviews, RCTs en observationele studies over handelingen voor het uitvoeren van letsel- en zedenonderzoek. De literatuurzoekactie leverde 2564 unieke treffers op.	

Zoekopbrengst 4 oktober 2024

	EMBASE	OVID/MEDLINE	Ontdubbeld
SR	189	167	261
RCT	260	187	358
Observationele studies	1508	1072	1945
Totaal	1957	1426	**2564**

Zoekstrategie Embase.com 4 oktober 2024

No.	Query	Results
#1	'blunt trauma'/exp OR 'crime victim'/exp OR 'assault'/exp OR 'battering'/exp OR 'dating violence'/exp OR 'domestic violence'/exp OR 'exposure to violence'/exp OR 'gender based violence'/exp OR 'honor-based violence'/exp OR 'sexual violence'/exp OR 'torture'/exp OR 'rape'/exp OR 'sexual crime'/exp OR 'survivor'/de OR 'physical injury'/exp OR 'sexual abuse'/exp OR 'torture	403945

CONCEPT

	survivor'/exp OR (((beating OR blunt OR force OR 'non penetrating' OR nonpenetrating OR physical*) NEAR/3 (injur* OR trauma*)):ti,ab,kw) OR ((crime NEAR/3 victim*):ti,ab,kw) OR ((sex* NEXT/1 (abuse* OR maltreatment* OR mistreatment* OR offense*)):ti,ab,kw) OR assault*:ti,ab,kw OR battering*:ti,ab,kw OR 'rape':ti,ab,kw OR 'rapes':ti,ab,kw OR 'raping*':ti,ab,kw OR 'sex* crime':ti,ab,kw OR survivor*:ti,ab,kw OR tortur*:ti,ab,kw	
#2	'forensic medicine'/exp OR 'criminalistics'/exp OR 'law enforcement'/exp OR 'police'/exp OR (((forensic* OR legal* OR medicolegal*) NEAR/3 (medicine* OR patholog*)):ti,ab,kw) OR 'law enforcement*':ti,ab,kw OR 'police*':ti,ab,kw OR forensic*:ti,ab,kw	159903
#3	'trace'/exp OR 'swabbing'/exp OR 'sample'/exp OR ((crime*:ti,ab,kw OR forensic*:ti,ab,kw OR criminal*:ti,ab,kw OR legal*:ti,ab,kw OR medical*:ti,ab,kw OR medicolegal*:ti,ab,kw) AND (examin*:ti,ab,kw OR investigat*:ti,ab,kw)) OR ((anogenital* NEAR/3 exam*):ti,ab,kw) OR trace*:ti,ab,kw OR swab*:ti,ab,kw OR 'evidence*':ti,ab,kw OR pattern*:ti,ab,kw OR sampl*:ti,ab,kw	8577017
#4	('procedures'/de OR 'investigative procedures'/exp OR 'documentation'/exp OR 'reporting'/exp OR procedure*:ti,ab,kw OR documentati*:ti,ab,kw OR document:ti,ab,kw OR report*:ti,ab,kw OR assessment*:ti,ab,kw OR assessing:ti,ab,kw OR description*:ti,ab,kw OR describ*:ti,ab,kw OR record*:ti,ab,kw OR classif*:ti,ab,kw OR analyz*:ti,ab,kw) AND ('injury'/exp OR 'violence'/exp OR 'physical evidence':ti,ab,kw OR injur*:ti,ab,kw OR violence:ti,ab,kw)	2136038
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	6725
#6	#5 AND [2010-2025]/py NOT ('conference abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it) NOT (('animal'/exp OR 'animal experiment'/exp OR 'animal model'/exp OR 'nonhuman'/exp) NOT 'human'/exp)	3864
#7	'meta analysis'/exp OR 'meta analysis (topic)'/exp OR metaanaly*:ti,ab OR 'meta analy*':ti,ab OR metanaly*:ti,ab OR 'systematic review'/de OR 'cochrane database of systematic reviews'/jt OR prisma:ti,ab OR prospero:ti,ab OR (((systemati* OR scoping OR umbrella OR 'structured literature') NEAR/3 (review* OR overview*)):ti,ab) OR ((systemic* NEAR/1 review*):ti,ab) OR (((systemati* OR literature OR database* OR 'data base*') NEAR/10 search*):ti,ab) OR (((structured OR comprehensive* OR systemic*) NEAR/3 search*):ti,ab) OR (((literature NEAR/3 review*):ti,ab) AND (search*:ti,ab OR database*:ti,ab OR 'data base*':ti,ab)) OR (('data extraction':ti,ab OR 'data source*':ti,ab) AND 'study selection':ti,ab) OR ('search strategy':ti,ab AND 'selection criteria':ti,ab) OR ('data source*':ti,ab AND 'data synthesis':ti,ab) OR medline:ab OR pubmed:ab OR embase:ab OR cochrane:ab OR (((critical OR rapid) NEAR/2 (review* OR overview* OR synthes*)):ti) OR ((((critical* OR rapid*) NEAR/3 (review* OR overview* OR synthes*)):ab) AND (search*:ab OR database*:ab OR 'data base*':ab)) OR metasynthes*:ti,ab OR 'meta synthes*':ti,ab	1067084
#8	'clinical trial'/exp OR 'randomization'/exp OR 'single blind procedure'/exp OR 'double blind procedure'/exp OR 'crossover procedure'/exp OR 'placebo'/exp OR 'prospective study'/exp OR rct:ab,ti OR random*:ab,ti OR 'single blind':ab,ti OR 'randomised controlled trial':ab,ti OR 'randomized controlled trial'/exp OR placebo*:ab,ti	4118296
#9	'major clinical study'/de OR 'clinical study'/de OR 'case control study'/de OR 'family study'/de OR 'longitudinal study'/de OR 'retrospective study'/de OR 'prospective study'/de OR 'comparative study'/de OR 'cohort analysis'/de OR ((cohort NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti) OR (('case control' NEAR/1 (study OR	8431657

CONCEPT

	studies)):ab,ti) OR (('follow up' NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti) OR (observational NEAR/1 (study OR studies)) OR ((epidemiologic NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti) OR (('cross sectional' NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti)	
#10	'case control study'/de OR 'comparative study'/exp OR 'control group'/de OR 'controlled study'/de OR 'controlled clinical trial'/de OR 'crossover procedure'/de OR 'double blind procedure'/de OR 'phase 2 clinical trial'/de OR 'phase 3 clinical trial'/de OR 'phase 4 clinical trial'/de OR 'pretest posttest design'/de OR 'pretest posttest control group design'/de OR 'quasi experimental study'/de OR 'single blind procedure'/de OR 'triple blind procedure'/de OR (((control OR controlled) NEAR/6 trial):ti,ab,kw) OR (((control OR controlled) NEAR/6 (study OR studies)):ti,ab,kw) OR (((control OR controlled) NEAR/1 active):ti,ab,kw) OR 'open label*':ti,ab,kw OR (((double OR two OR three OR multi OR trial) NEAR/1 (arm OR arms)):ti,ab,kw) OR ((allocat* NEAR/10 (arm OR arms)):ti,ab,kw) OR placebo*:ti,ab,kw OR 'sham-control*':ti,ab,kw OR (((single OR double OR triple OR assessor) NEAR/1 (blind* OR masked)):ti,ab,kw) OR nonrandom*:ti,ab,kw OR 'non-random*':ti,ab,kw OR 'quasi-experiment*':ti,ab,kw OR crossover:ti,ab,kw OR 'cross over':ti,ab,kw OR 'parallel group*':ti,ab,kw OR 'factorial trial':ti,ab,kw OR ((phase NEAR/5 (study OR trial)):ti,ab,kw) OR ((case* NEAR/6 (matched OR control*)):ti,ab,kw) OR ((match* NEAR/6 (pair OR pairs OR cohort* OR control* OR group* OR healthy OR age OR sex OR gender OR patient* OR subject* OR participant*)):ti,ab,kw) OR ((propensity NEAR/6 (scor* OR match*)):ti,ab,kw) OR versus:ti OR vs:ti OR compar*:ti OR ((compar* NEAR/1 study):ti,ab,kw) OR (('major clinical study'/de OR 'clinical study'/de OR 'cohort analysis'/de OR 'observational study'/de OR 'cross-sectional study'/de OR 'multicenter study'/de OR 'correlational study'/de OR 'follow up'/de OR cohort*:ti,ab,kw OR 'follow up':ti,ab,kw OR followup:ti,ab,kw OR longitudinal*:ti,ab,kw OR prospective*:ti,ab,kw OR retrospective*:ti,ab,kw OR observational*:ti,ab,kw OR 'cross sectional*':ti,ab,kw OR cross?ectional*:ti,ab,kw OR multicent*:ti,ab,kw OR 'multi-cent*':ti,ab,kw OR consecutive*:ti,ab,kw) AND (group:ti,ab,kw OR groups:ti,ab,kw OR subgroup*:ti,ab,kw OR versus:ti,ab,kw OR vs:ti,ab,kw OR compar*:ti,ab,kw OR 'odds ratio*':ab OR 'relative odds':ab OR 'risk ratio*':ab OR 'relative risk*':ab OR 'rate ratio':ab OR aor:ab OR arr:ab OR rrr:ab OR ((('or' OR 'rr') NEAR/6 ci):ab)))	15438437
#11	#6 AND #7 - SR	189
#12	#6 AND #8 NOT #11 - RCT	260
#13	#6 AND (#9 OR #10) NOT (#11 OR #12) - Observationeel	1508
#14	#11 OR #12 OR #13 - Totaal	1957

Zoekstrategie Ovid/Medline 4 oktober 2024

#	Searches	Results
1	exp Wounds, Nonpenetrating/ or Crime Victims/ or exp Sex Offenses/ or Violence/ or exp Domestic Violence/ or exp Gender-Based Violence/ or exp Gun Violence/ or exp Intimate Partner Violence/ or exp Physical Abuse/ or exp Rape/ or exp Torture/ or exp Workplace Violence/ or exp Battered Women/ or exp "Exposure to Violence"/ or Survivors/ or ((beating or blunt or force or non penetrating or nonpenetrating or physical*) adj3 (injur* or trauma*)).ti,ab,kf. or (crime adj3 victim*).ti,ab,kf. or (sex* adj1 (abuse* or maltreatment* or mistreatment* or offense*)).ti,ab,kf. or assault*.ti,ab,kf. or battering*.ti,ab,kf. or rape.ti,ab,kf. or rapes.ti,ab,kf. or raping*.ti,ab,kf. or sex* crime.ti,ab,kf. or survivor*.ti,ab,kf. or tortur*.ti,ab,kf.	338012
2	Crime/ or exp Forensic Medicine/ or exp Law Enforcement/ or exp Criminal Law/ or exp Police/ or ((forensic* or legal* or medicolegal*) adj3 (medicine* or	187657

	patholog*)).ti,ab,kf. or law enforcement*.ti,ab,kf. or police*.ti,ab,kf. or forensic*.ti,ab,kf.	
3	(((crime* or forensic* or criminal* or legal* or medical* or medicolegal*) and (examin* or investigat*)) or (anogenital* adj3 exam*) or trace* or swab* or evidence* or pattern* or sampl*).ti,ab,kf.	6673246
4	(Methods/ or exp Observation/ or Documentation/ or Classification/ or procedure*.ti,ab,kf. or documentati*.ti,ab,kf. or document.ti,ab,kf. or report*.ti,ab,kf. or assessment*.ti,ab,kf. or assessing.ti,ab,kf. or description*.ti,ab,kf. or describ*.ti,ab,kf. or record*.ti,ab,kf. or classif*.ti,ab,kf. or analyz*.ti,ab,kf.) and (exp "Wounds and Injuries"/ or exp Violence/ or 'physical evidence'.ti,ab,kf. or injur*.ti,ab,kf. or violence.ti,ab,kf.)	767664
5	1 and 2 and 3 and 4	5122
6	limit 5 to yr="2010 -Current"	3224
7	6 not (comment/ or editorial/ or letter/) not ((exp animals/ or exp models, animal/) not humans/)	3176
8	meta-analysis/ or meta-analysis as topic/ or (metaanaly* or meta-analy* or metanaly*).ti,ab,kf. or systematic review/ or cochrane.jw. or (prisma or prospero).ti,ab,kf. or ((systemati* or scoping or umbrella or "structured literature") adj3 (review* or overview*)).ti,ab,kf. or (systemic* adj1 review*).ti,ab,kf. or ((systemati* or literature or database* or data-base*) adj10 search*).ti,ab,kf. or ((structured or comprehensive* or systemic*) adj3 search*).ti,ab,kf. or ((literature adj3 review*) and (search* or database* or data-base*)).ti,ab,kf. or (("data extraction" or "data source*") and "study selection").ti,ab,kf. or ("search strategy" and "selection criteria").ti,ab,kf. or ("data source*" and "data synthesis").ti,ab,kf. or (medline or pubmed or embase or cochrane).ab. or ((critical or rapid) adj2 (review* or overview* or synthes*)).ti. or (((critical* or rapid*) adj3 (review* or overview* or synthes*)) and (search* or database* or data-base*)).ab. or (metasynthes* or meta-synthes*).ti,ab,kf.	779119
9	exp clinical trial/ or randomized controlled trial/ or exp clinical trials as topic/ or randomized controlled trials as topic/ or Random Allocation/ or Double-Blind Method/ or Single-Blind Method/ or (clinical trial, phase i or clinical trial, phase ii or clinical trial, phase iii or clinical trial, phase iv or controlled clinical trial or randomized controlled trial or multicenter study or clinical trial).pt. or random*.ti,ab. or (clinic* adj trial*).tw. or ((singl* or doubl* or treb* or tripl*) adj (blind$3 or mask$3)).tw. or Placebos/ or placebo*.tw.	2785866
10	Epidemiologic studies/ or case control studies/ or exp cohort studies/ or Controlled Before-After Studies/ or Case control.tw. or cohort.tw. or Cohort analy$.tw. or (Follow up adj (study or studies)).tw. or (observational adj (study or studies)).tw. or Longitudinal.tw. or Retrospective*.tw. or prospective*.tw. or consecutive*.tw. or Cross sectional.tw. or Cross-sectional studies/ or historically controlled study/ or interrupted time series analysis/ [Onder exp cohort studies vallen ook longitudinale, prospectieve en retrospectieve studies]	4844352
11	Case-control Studies/ or clinical trial, phase ii/ or clinical trial, phase iii/ or clinical trial, phase iv/ or comparative study/ or control groups/ or controlled before-after studies/ or controlled clinical trial/ or double-blind method/ or historically controlled study/ or matched-pair analysis/ or single-blind method/ or (((control or controlled) adj6 (study or studies or trial)) or (compar* adj (study or studies)) or ((control or controlled) adj1 active) or "open label*" or ((double or two or three or multi or trial) adj (arm or arms)) or (allocat* adj10 (arm or arms)) or placebo* or "sham-control*" or ((single or double or triple or assessor) adj1 (blind* or masked)) or nonrandom*	5800311

CONCEPT

	or "non-random*" or "quasi-experiment*" or "parallel group*" or "factorial trial" or "pretest posttest" or (phase adj5 (study or trial)) or (case* adj6 (matched or control*)) or (match* adj6 (pair or pairs or cohort* or control* or group* or healthy or age or sex or gender or patient* or subject* or participant*)) or (propensity adj6 (scor* or match*))).ti,ab,kf. or (confounding adj6 adjust*).ti,ab. or (versus or vs or compar*).ti. or ((exp cohort studies/ or epidemiologic studies/ or multicenter study/ or observational study/ or seroepidemiologic studies/ or (cohort* or 'follow up' or followup or longitudinal* or prospective* or retrospective* or observational* or multicent* or 'multi-cent*' or consecutive*).ti,ab,kf.) and ((group or groups or subgroup* or versus or vs or compar*).ti,ab,kf. or ('odds ratio*' or 'relative odds' or 'risk ratio*' or 'relative risk*' or aor or arr or rrr).ab. or (("OR" or "RR") adj6 CI).ab.))	
12	7 and 8 - SR	167
13	(7 and 9) not 12 - RCT	187
14	(7 and (10 or 11)) not (12 or 13) - Observationeel	1072
15	12 or 13 or 14 - Totaal	1426

CONCEPT

Bijlage 6 Exclusielijst systematische literatuuranalyse 'Handelingen aan/in het lichaam'

Voor beantwoording van de uitgangsvraag in Module 4 is een systematische literatuuranalyse uitgevoerd. Op basis van titel en abstract werden 69 studies voorgeselecteerd door het projectteam voor raadpleging van de volledige tekst. Door exclusie van de observationele studies kwamen echter diverse relevante studies niet naar voren in de literatuurzoekactie. Daarom werd in april 2026 door de werkgroep besloten om module 4 volledig te richten op de taken die de forensisch arts zelf kan uitvoeren en de volgende thema's te excluderen: medische behandeling, forensische/medische hulpmiddelen en aanvullend onderzoek (zoals colposcopie, kleuringstechnieken, forensisch licht, radiologie en toxicologie). Uiteindelijk is er één studie overgebleven die als methodologisch zwak is beoordeeld door de werkgroep. Hierdoor zijn alle 69 studies geëxcludeerd.

Nr.	Referenties	Reden voor exclusie
1	Adamec, J., Hofer, P., Pittner, S. et al. (2021). Biomechanical assessment of various punching techniques. International Journal of Legal Medicine, 135, 853–859. https://doi.org/10.1007/s00414-020-02440-8	Valt buiten het kader van module 4
2	Anderson, J. C., Pollitt, E. N., Schildbach, C., MacDonald, R., Rose, L., & Sheridan, D. J. (2020). Alternate Light Source Findings of Common Topical Cosmetics and Three Removal Methods. Journal of Forensic Nursing, 17(1), 14-23. https://doi.org/10.1097/JFN.0000000000000300	Valt buiten het kader van module 4
3	Anderson, J. C., & Sheridan, D. J. (2012). Female genital injury following consensual and nonconsensual sex: state of the science. *J Emerg Nurs, 38*(6), 518-522. doi:10.1016/j.jen.2010.10.014	Valt buiten het kader van module 4
4	Balint, N., David, M., Fegert, J. M., Fryszer, L. A., Helling-Bakki, A., Herrmann, B., Winter, S. M. *et al.* (2022). Statement of the DGGG – Recommendations on the Care and Support of Female Minors Suspected of Having Been Subjected to Acute Sexual Violence or Rape. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde, 82*(7), 694-705. doi:10.1055/a-1860-0562	Valt buiten het kader van module 4
5	Berger, L., Tuschy, B., Stefanovic, S., Yen, K., Weiss, C., Sütterlin, M., Spaich, S., Berlit, S. (2023). Forensic Medical Examination After Sexual Violence: Implications Based on Victims' Perceptions. In Vivo Mar, 37 (2) 848-857. 10.21873/invivo.13152	Valt buiten het kader van module 4
6	Butt, M.K., Maqsood, M., Maqsood, F., Bashir, M.Z. (2023). A Systematic Review of Sexual Assault Referral Centers (SARC). Pakistan Journal of Medical & Health Sciences, 17(03), 501. https://doi.org/10.53350/pjmhs2023173501	Valt buiten het kader van module 4
7	Cerdas, L., Herrera, F., Arrieta, G., Morelli, C., Álvarez, K., Gómez, A. (2016). Menstrual cycle phase at the time of rape does not affect recovery of semen or amplification of STR profiles of a suspect in vaginal swabs. Forensic Science International, 259, 36-40. https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2015.12.003	Valt buiten het kader van module 4

CONCEPT

8	Cresswell, F. V., Ellis, J., Hartley, J., Sabin, C. A., Orkin, C., & Churchill, D. R. (2018). A systematic review of risk of HIV transmission through biting or spitting: implications for policy. *HIV Med, 19*(8), 532-540. doi:10.1111/hiv.12625	Valt buiten het kader van module 4
9	Cross, T. P., & Schmitt, T. (2019). Forensic medical results and law enforcement actions following sexual assault: A comparison of child, adolescent and adult cases. *Child Abuse Negl, 93*, 103-110. doi:10.1016/j.chiabu.2019.04.014	Valt buiten het kader van module 4
10	Dal-Santo-Mendoza, F., & Fonseca, G. M. (2021). Morphological Patterns Misdiagnosed as Bite Marks In Forensic Contexts: A Scoping Review. International Journal of Morphology, 39(2), 642-652. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022021000200642	Valt buiten het kader van module 4
11	Dang, C., Phuong, T., Beddag, M., Vega, A., & Denis, C. (2018). A data model for clinical legal medicine practice and the development of a dedicated software for both practitioners and researchers. *J Forensic Leg Med, 57*, 12-18. doi:10.1016/j.jflm.2016.11.002	Valt buiten het kader van module 4
12	Downing, N. R., Scafide, K. N., Ali, Z., & Hayat, M. J. (2024). Visibility of inflicted bruises by alternate light: Results of a randomized controlled trial. *J Forensic Sci, 69*(3), 880-887. doi:10.1111/1556-4029.15481	Valt buiten het kader van module 4
13	Eldredge, K., Huggins, E., & Pugh, L. C. (2012). Alternate light sources in sexual assault examinations: an evidence-based practice project. *J Forensic Nurs, 8*(1), 39-44. doi:10.1111/j.1939-3938.2011.01128.x	Valt buiten het kader van module 4
14	Ernst, E., Speck, P., & Fitzpatrick, J. (2012). The Element of Naturalness When Evaluating Image Quality of Digital Photo Documentation After Sexual Assault. Advanced Emergency Nursing Journal, 34(3), 250-258. https://doi.org/10.1097/TME.0b013e3182616eb2	Valt buiten het kader van module 4
15	Feld, K., Ricken, T., Feld, D., Helmus, J., Hahnemann, M., Schenkl, S., . . . Wittschieber, D. (2022). Fractures and skin lesions in pediatric abusive head trauma: a forensic multi-center study. *Int J Legal Med, 136*(2), 591-601. doi:10.1007/s00414-021-02751-4	Valt buiten het kader van module 4
16	Feldman, K. W., Tayama, T. M., Strickler, L. E., Johnson, L. A., Kolhatkar, G., DeRidder, C. A., . . . Taylor, J. A. (2020). A Prospective Study of the Causes of Bruises in Premobile Infants. *Pediatric Emergency Care, 36*(2), 43-49. doi:10.1097/PEC.0000000000001311	Valt buiten het kader van module 4
17	Gino, S., Bo, M., Ricciardelli, R., Alù, M., Ilaria Boschi, I., Eugenia Carnevali, E., Matteo Fabbri, M., Fattorini, P., Piccinini, A., Previderè, C., Verzeletti, A., Tozzo, P., Caenazzo, L. (2020). Evaluation of critical aspects in clinical and forensic management of sexual violence: A multicentre Ge.F.I. project. Forensic Science International, 314, 110387. https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2020.110387	Valt buiten het kader van module 4

CONCEPT

18	Girardet, R., Bolton, K., Lahoti, S., Mowbray, H., Giardino, A., Isaac, R., Arnold, W., Mead, B., Paes, N. (2011). Collection of Forensic Evidence From Pediatric Victims of Sexual Assault. Pediatrics, 128(2), 233–238. 10.1542/peds.2010-3037.	Valt buiten het kader van module 4
19	Goodman-Williams, R., Campbell, R., Sharma, D. B., Pierce, S. J., Feeney, H., & Fehler-Cabral, G. (2019). How to Right a Wrong: Empirically Evaluating Whether Victim, Offender, and Assault Characteristics can Inform Rape Kit Testing Policies. Journal of Trauma & Dissociation, 20(3), 288–303. https://doi.org/10.1080/15299732.2019.1592645	Valt buiten het kader van module 4
20	Gökdoğan, M. R., & Bafra, J. (2010). Development of a sexual assault evidence collection kit - the need for standardization in Turkey. *Nurse Educ Today, 30*(4), 285-290. doi:10.1016/j.nedt.2009.07.015	Valt buiten het kader van module 4
21	Hahnemann M, Kronsbein K, Karger B *et al.* (2022). Characterization of subdural collections in initial neuroimaging of abusive head trauma: Implications for forensic age diagnostics and clinical decision-making. European Journal of Radiology, 159, 110652. https://doi.org/10.1016/j.ejrad.2022.110652	Valt buiten het kader van module 4
22	Heimer, J., Tappero, C., Gascho, D., Flach, P., Ruder, T. D., Thali, M. J., & Franckenberg, S. (2019). Value of 3T craniocervical magnetic resonance imaging following nonfatal strangulation. *Eur Radiol, 29*(7), 3458-3466. doi:10.1007/s00330-019-06033-x	Valt buiten het kader van module 4
23	Henry, M. K., Feudtner, C., Fortin, K., Lindberg, D. M., Anderst, J. D., Berger, R. P., & Wood, J. N. (2020). Occult head injuries in infants evaluated for physical abuse. *Child Abuse Negl, 103*, 104431. doi:10.1016/j.chiabu.2020.104431	Valt buiten het kader van module 4
24	Hickey, J., White, M., Gantz, S. (2024). Best Practices in the Nursing Care of Patients With Injuries From Violence: An Integrative Review. Crit Care Nurse, 44(5), 32–41. https://doi.org/10.4037/ccn2024639	Valt buiten het kader van module 4
25	Jaber, M. S. O., & Al-Sabaileh, S. S. (2022). The influence of Chest-Knee Position on the Appearance of anal Physical Findings in Comparison with other Clinical Positions during the Examination of Sexual anal Assault Victim. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology, 16*(3), 31-35. doi:https://doi.org/10.37506/ijfmt.v16i3.18244	Door de werkgroep beoordeeld als methodologisch zwak
26	Jina, R., Jewkes, R., Vetten, L., Christofides, N., Sigsworth, R., & Loots, L. (2015). Genito-anal injury patterns and associated factors in rape survivors in an urban province of South Africa: a cross-sectional study. *BMC Womens Health, 15*, 29. doi:10.1186/s12905-015-0187-0	Valt buiten het kader van module 4
27	Joki-Erkkilä, M., Rainio, J., Huhtala, H., Salonen, A., & Karhunen, P. J. (2014). Evaluation of anogenital injuries using white and UV-light among adult volunteers following consensual sexual intercourse. *Forensic Sci Int, 242*, 293-298. doi:10.1016/j.forsciint.2014.06.005	Valt buiten het kader van module 4

CONCEPT

28	Kane, D., Kennedy, K. M., & Eogan, M. (2024). The prevalence of genital injuries in post-pubertal females presenting for forensic examination after reported sexual violence: a systematic review. Int J Legal Med, 138(3), 997-1010. doi:10.1007/s00414-023-03117-8	Valt buiten het kader van module 4
29	Katz, C., Barnetz, Z., Hershkowitz, I. (2014). The effect of drawing on children's experiences of investigations following alleged child abuse. Child Abuse & Neglect, 38(5), 858-867. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.01.003	Valt buiten het kader van module 4
30	Kemp, A. M., Maguire, S. A., Nuttall, D. E., Collins, P., Dunstan, F. D., & Farewell, D. (2021). Can TEN4 distinguish bruises from abuse, inherited bleeding disorders or accidents? *Arch Dis Child, 106*(8), 774-779. doi:10.1136/archdischild-2020-320491	Valt buiten het kader van module 4
31	Kettner, M., Birngruber, C. G., Niess, C., Baz-Bartels, M., Bunzel, L., Verhoff, M. A., . . . Ramsthaler, F. (2020). Mongolian spots as a finding in forensic examinations of possible child abuse-implications for case work. *Int J Legal Med, 134*(3), 1141-1148. doi:10.1007/s00414-019-02208-9	Valt buiten het kader van module 4
32	Khairy, M., Shokry, D.A., Abdelhaleem, E., Elbendary, R.N. (2020). The Potential Role of Radiology in Diagnosis of Traumatic Versus Non-Traumatic Cerebral Hemorrhages for Medicolegal Application. Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology, 14(2), 1697-1702.	Valt buiten het kader van module 4
33	Khan, S., Pant, K. & Pandey, H. (2024). A review study on forensic optometry: new insights in forensic science to solve crime scenes, domestic violence and sexual assaults. Int Ophthalmol 44, 235. https://doi.org/10.1007/s10792-024-03202-w	Valt buiten het kader van module 4
34	Kumar, H. R. S., Belodu, R., & Raju, K. (2013). A forensic microbiology study of sexually transmitted diseases in victims and accused of rape in Chitradurga District. *Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology, 7*(1), 54-57.	Valt buiten het kader van module 4
35	Kumar, K., Sharma, A., Singh, J., Basra, S., & Singh, J. (2021). Pattern of fabricated injuries in medicolegal assault cases. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology, 11*(9), 1022-1026. doi:10.5455/njppp.2022.11.07250202124072021	Valt buiten het kader van module 4
36	Kumar, A., Shivrastava, A., Panwar, R., Sharma, A. (2022). Profile of ocular injuries and its medicolegal aspects in Jhalawar region.	Volledige tekst niet beschikbaar
37	Larkin, H. J., Cosby, C. D., Kelly, D., & Paolinetti, L. A. (2012). A pilot study to test the differential validity of a genital injury severity scale, in development for use in forensic sexual assault examinations. *J Forensic Nurs, 8*(1), 30-38. doi:10.1111/j.1939-3938.2011.01124.x	Valt buiten het kader van module 4
38	Lejeune, J., Martrille, L., Guillet-May, F., Marchand, E. (2022). Étude médico-légale prospective sur la caractérisation de l'examen génital chez des femmes ayant une activité sexuelle consentie. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, 50(3), 261-265. https://doi.org/10.1016/j.gofs.2021.10.011	Valt buiten het kader van module 4

39	Lincoln, C., Perera, R., Jacobs, I., & Ward, A. (2013). Macroscopically detected female genital injury after consensual and non-consensual vaginal penetration: a prospective comparison study. *J Forensic Leg Med, 20*(7), 884-901. doi:10.1016/j.jflm.2013.06.025	Valt buiten het kader van module 4
40	Lombardi, M., Canter, J., Patrick, P. A., & Altman, R. (2015). Is Fluorescence Under an Alternate Light Source Sufficient to Accurately Diagnose Subclinical Bruising? *Journal of Forensic Sciences, 60*(2), 444-449. doi:10.1111/1556-4029.12698	Valt buiten het kader van module 4
41	Long, W., Hu, C., Li, S., Xie, S., Wu, J., Li, L., Jiang, C., Jin, B. (2019). Analysis of Characteristics and Relevant Factors of 1 340 Cases of Intentional Injury Cases in Southwest China. Journal of Forensic Medicine, 35(4), 433-436. 10.12116/j.issn.1004-5619.2019.04.010	Valt buiten het kader van module 4
42	Luong, R., Parkin, J., Cunningham, N. (2022). Acute concomitant injury and intoxication in complainants of recent sexual assault: A review. Journal of Forensic and Legal Medicine, 92, 102448. https://doi.org/10.1016/j.jflm.2022.102448	Valt buiten het kader van module 4
43	Malli, N., Ehammer, T., Yen, K., & Scheurer, E. (2013). Detection and characterization of traumatic scalp injuries for forensic evaluation using computed tomography. *Int J Legal Med, 127*(1), 195-200. doi:10.1007/s00414-012-0690-x	Valt buiten het kader van module 4
44	Manley, N., Croce, M., Fischer, P., Crowe, D., Goines, J., Sharpe, J., Fabian, T., & Magnotti, L. (2019). Evolution of Firearm Violence over 20 Years: Integrating Law Enforcement and Clinical Data. Journal of the American College of Surgeons, 228(4), 427–434. https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2018.12.033	Valt buiten het kader van module 4
45	Marchetti, D., Boccardi, L., Biondo, D., Cittadini, F. (2018). Oculo-sympathetic findings in cases of neck trauma. A systematic review. *Romanian Journal of Legal Medicine, 26(4), 419-428*. doi: 10.4323/rjlm.2018.419	Valt buiten het kader van module 4
46	Miyamoto, S., Dharmar, M., Boyle, C., Yang, N.H., MacLeod, K., Rogers, K., Nesbitt, T., Marcin, J.P. (2014). Impact of telemedicine on the quality of forensic sexual abuse examinations in rural communities. Child Abuse & Neglect, 38(9), 1533-1539. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.04.015	Valt buiten het kader van module 4
47	Naumann, D. N., Morris, L., Bowley, D. M., Appleyard, T. L., Cumming, J., & Wardle, D. (2023). Anogenital injury following sexual assault and consensual sexual intercourse: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine, 65*(0), 102266. doi:10.1016/j.eclinm.2023.102266	Valt buiten het kader van module 4
48	Rahnavardi, M., Shahali, S., Montazeri, A., & Ahmadi, F. (2022). Health care providers' responses to sexually abused children and adolescents: a systematic review. *BMC Health Serv Res, 22*(1), 441. doi:10.1186/s12913-022-07814-9	Valt buiten het kader van module 4

CONCEPT

49	Robsam, S. O., Ihechi, E. U., & Olufemi, W. O. (2018). Human bite as a weapon of assault. *Afr Health Sci, 18*(1), 79-89. doi:10.4314/ahs.v18i1.12	Valt buiten het kader van module 4
50	Rosen, T., LoFaso, V. M., Bloemen, E. M., Clark, S., McCarthy, T. J., Reisig, C., . . . Lachs, M. S. (2020). Identifying Injury Patterns Associated With Physical Elder Abuse: Analysis of Legally Adjudicated Cases. *Ann Emerg Med, 76*(3), 266-276. doi:10.1016/j.annemergmed.2020.03.020	Valt buiten het kader van module 4
51	Rubini, E., Valente, M., Sguazzi, G., Trentin, M., Ragazzoni, L., Gino, S. (2024). Forensic medical examination after conflict-related sexual violence: A scoping review of the literature. Journal of Forensic and Legal Medicine, 106, 102736. https://doi.org/10.1016/j.jflm.2024.102736.	Valt buiten het kader van module 4
52	Sarkar, R., Ozanne-Smith, J., & Bassed, R. (2021). Systematic Review of the Patterns of Orofacial Injuries in Physically Abused Children and Adolescents. *Trauma Violence Abuse, 22*(1), 136-146. doi:10.1177/1524838019827617	Valt buiten het kader van module 4
53	Scafide, K. N., Sheridan, D. J., Downing, N. R., & Hayat, M. J. (2020). Detection of Inflicted Bruises by Alternate Light: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Forensic Sci, 65*(4), 1191-1198. doi:10.1111/1556-4029.14294	Valt buiten het kader van module 4
54	Schaul, M., Schwark, T. (2022). Rare (uro-)genital pathologies in young girls mimicking sexual abuse. International Journal of Legal Medicine, 136, 623-627. https://doi.org/10.1007/s00414-021-02621-z	Valt buiten het kader van module 4
55	Sharman, L. S., Fitzgerald, R., & Douglas, H. (2023). Medical evidence assisting non-fatal strangulation prosecution: a scoping review. *BMJ Open, 13*(3), 72-77. doi:10.1136/bmjopen-2023-072077	Valt buiten het kader van module 4
56	Singh, R., Kumar, A., Chhabra, H. S., Joshi, R., & Pramod, K. (2023). Forensic analysis of fabricated long bone fractures for gain. *Med Leg J, 93*(1_suppl), 28-30. doi:10.1177/00258172231178424	Valt buiten het kader van module 4
57	Skjælaaen, K., Nesvold, H., Brekke, M., Sare, M., Landaas, E. T., Mdala, I., . . . Vallersnes, O. M. (2022). Sexually transmitted infections among patients attending a sexual assault centre: a cohort study from Oslo, Norway. *BMJ Open, 12*(12), e064934. doi:10.1136/bmjopen-2022-064934	Valt buiten het kader van module 4
58	Sobh, Z. K., & Menessi, H. M. (2021). A prospective medico-legal study of physical and sexual child abuse in Alexandria governorate, Egypt. *Annals of Clinical and Analytical Medicine, 12*(06), 592-597. doi:10.4328/acam.20353	Valt buiten het kader van module 4
59	Sommers, M. S., & Fargo, J. D. (2021). Discriminating between consensual intercourse and sexual assault: Genital-anal injury pattern in females. *J Forensic Leg Med, 79*(0), 102138. doi:10.1016/j.jflm.2021.102138	Valt buiten het kader van module 4
60	Sommers, M. S., Regueira, Y., Tiller, D. A., Everett, J. S., Brown, K., Brignone, E., & Fargo, J. D. (2019). Understanding rates of genital-anal injury: Role of skin color and skin biomechanics. *J Forensic Leg Med, 66*(0), 120-128. doi:10.1016/j.jflm.2019.06.019	Valt buiten het kader van module 4

61	Starr, M., Klein, E. J., & Sugar, N. (2015). A Perplexing Case of Child Abuse: Oral Injuries in Abuse and Physician Reporting Responsibilities. Pediatric Emergency Care, 31(8), 581-583. doi:https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000286	Valt buiten het kader van module 4
62	Stewart, M. L., Shackel, R., Freedman, E., & Templeton, D. J. (2024). Adult Sexual Assault Patients' Experience of the Physical Examination Component of the Medical Forensic Examination: A Scoping Review to Identify Gaps in the Research Literature. Trauma, Violence, & Abuse, 25(1), 663-679. https://doi.org/10.1177/15248380231158606	Valt buiten het kader van module 4
63	Tyr, A., Heldring, N., & Zilg, B. (2024). Examining the use of alternative light sources in medico-legal assessments of blunt-force trauma: a systematic review. *Int J Legal Med, 138*(5), 1925-1938. doi:10.1007/s00414-024-03262-8	Valt buiten het kader van module 4
64	van Houten, M. E., Vloet, L. C. M., Pelgrim, T., Reijnders, U. J. L., & Berben, S. A. A. (2022). Types, characteristics and anatomic location of physical signs in elder abuse: a systematic review : Awareness and recognition of injury patterns. *Eur Geriatr Med, 13*(1), 53-85. doi:10.1007/s41999-021-00550-z	Valt buiten het kader van module 4
65	Viero, A., Amadasi, A., Blandino, A., Kustermann, A., Montisci, M., & Cattaneo, C. (2019). Skin lesions and traditional folk practices: a medico-legal perspective. *Forensic Sci Med Pathol, 15*(4), 580-590. doi:10.1007/s12024-019-00115-4	Valt buiten het kader van module 4
66	Volpellier, M., Hirve, R., & Duckett, C. (2021). Genital injuries and allegation of digital vaginal penetration - A retrospective examination of forensic case notes. *J Forensic Leg Med, 80*, 102154. doi:10.1016/j.jflm.2021.102154	Valt buiten het kader van module 4
67	Walsh, K., Badour, C. L., Zuromski, K. L., Gilmore, A. K., Kilpatrick, D. G., Acierno, R., & Resnick, H. S. (2021). A secondary analysis of a brief video intervention on suicidal ideation among recent rape victims. Psychological Services, 18(4), 703–708. https://doi.org/10.1037/ser0000495	Valt buiten het kader van module 4
68	Williams, D., Gibson G. (2019). Classification of individuals and the potential to detect sexual contact using the microbiome of the pubic region. Forensic Science International: Genetics, 41, 177-187.	Valt buiten het kader van module 4
69	Wyatt, J. P., Woodhams, S., Weinberg, L., Alao, D., & Mitchell, L. (2010). A prospective study of injuries inflicted on children by children. *J Forensic Leg Med, 17*(1), 8-10. doi:10.1016/j.jflm.2008.07.003	Valt buiten het kader van module 4

CONCEPT

Bijlage 7 Toestemmingsverklaring opvragen medische informatie

Door de politie te …… is aan de forensisch arts van ……. verzocht een rapport op te stellen over het letsel dat ondergetekende op (datum) ……-……-…… zou hebben opgelopen.

Personalia
Achternaam :
Voornamen :
Geboortedatum:
Adres :
Postcode :
Woonplaats :
Telefoonnummer:

Verleent hierbij toestemming aan:

- De behandelend artsen van ziekenhuis …….. te ……. afdeling(en)……. met BIG-registratienummer……
- De behandelend arts van huisartsenpraktijk …… met BIG-registratienummer……
- ……..

Om de volgende medische informatie te verstrekken:
Een uitdraai van het medische dossier, behorend bij het incident dat heeft plaatsgevonden op ……-……-…… Dit betreft opname en ontslag brieven, klinische consulten, radiologie verslagen, operatieverslagen, letselfoto's indien gemaakt, poliklinische controles en brieven, medische voorgeschiedenis, medicatie gebruik, laboratorium en verpleegkundig dossier eventueel aan te vullen met de radiologische beelden.

Aan forensisch arts …… van ……

Plaats:

Datum:

Handtekening:

CONCEPT

Bijlage 8 Toestemmingsverklaring opstellen letselbeschrijving/letselinterpretatie

Ondergetekende
Achternaam :
Voornamen :
Geboortedatum:
Adres :
Postcode :
Woonplaats :
Telefoonnummer:

Verleent hierbij toestemming aan:

- Forensisch arts …… van …… met BIG-registratienummer……

Voor:

- Het verrichten van een letselonderzoek;
- Het opstellen van een letselbeschrijving/letselinterpretatie;
- Het verstrekken van dit rapport aan:

Opdrachtgever
Politie-eenheid:
District:
Basisteam:
Contactpersoon:

Ondergetekende verklaart op de hoogte te zijn en in te stemmen met het volgende:

- Een letselbeschrijving/letselinterpretatie en de bijbehorende foto's zijn niet ter inzage voor ondergetekende via de forensisch arts.

Ondertekening
Plaats:

Datum:

Handtekening:

CONCEPT

Bijlage 9 Toestemmingsverklaring verrichten forensisch medische letselbeoordeling

Ondergetekende(n)
1. Achternaam
Voornamen
Geboortedatum
Adres en woonplaats
Telefoonnummer

2. Achternaam
Voornamen
Geboortedatum
Adres en woonplaats
Telefoonnummer

Ouder(s) of wettelijk vertegenwoordiger(s) van:

Naam
Geboortedatum

Naam
Geboortedatum

Verleent hierbij toestemming aan:
……, forensisch arts van …… met BIG-registratienummer……

Voor:
Het verrichten van een letselonderzoek;
Het opstellen van een letselbeschrijving;
Het verstrekken van deze rapportage aan de opdrachtgever: ……

Ondergetekende verklaart op de hoogte te zijn en in te stemmen met het volgende:

- Een letselbeschrijving en de bijbehorende foto's zijn niet ter inzage voor ondergetekende(n) via de forensisch arts.
- De uitslag van het letselonderzoek wordt niet door de forensisch arts met de ondergetekende(n) en/of met de betrokkene(nen) besproken.

Plaats
Datum
Handtekening Handtekening

CONCEPT

Bijlage 10 Toestemmingsverklaring opvragen medische informatie t.b.v. forensisch medische letselbeoordeling

Door …… te …… is aan de forensisch arts van …… gevraagd een rapport op te stellen over het letsel wat de minderjarige op …….. heeft opgelopen.

Ondergetekende(n)
1. Achternaam
Voornamen
Geboortedatum
Adres en woonplaats
Telefoonnummer

2. Achternaam
Voornamen
Geboortedatum
Adres en woonplaats
Telefoonnummer

Ouder(s) of wettelijk vertegenwoordiger(s) van:

Naam
Geboortedatum

Naam
Geboortedatum

Verleent hierbij toestemming aan:

- De behandelend artsen van ziekenhuis …….. te …….. afdeling(en)…….. met BIG-registratienummer……
- De behandelend arts van huisartsenpraktijk …… met BIG-registratienummer……
- ……..

Om de volgende medische informatie te verstrekken:
Een uitdraai van het medische dossier, behorend bij het incident dat heeft plaatsgevonden op ……-……-…… Dit betreft opname en ontslag brieven, klinische consulten, radiologie verslagen, operatieverslagen, letselfoto's indien gemaakt, poliklinische controles en brieven, medische voorgeschiedenis, medicatie gebruik, laboratorium en verpleegkundig dossier eventueel aan te vullen met de radiologische beelden.

Aan forensisch arts …… van ……

Plaats
Datum
Handtekening Handtekening

CONCEPT

Bijlage 11 Format forensisch medische letselbeoordeling

Forensisch Arts **Domicilie (adres)**	

Betrokkene **Naam en geboortedatum**	

Informatie te verkrijgen bij	

Toestemming verkregen van	

1. Toedracht

Korte beschrijving van de toedracht met bron

2. Methode van onderzoek

FMO verricht, foto's beoordeeld, medische informatie beoordeeld

3. Aangeleverde informatie

4. Beschrijving van het externe letsel

Lichaamsdeel (uitwendig):
PROVOKE per lichaamsdeel beschrijven.
Hoofd
Hals
Romp
Ledematen

5. Medische informatie

6. Typering en ontstaansmechanisme(n)

7. Beoordeling

8. Advies aan opdrachtgever

9. Collegiale review

Ik verklaar als forensisch arts KNMG dit verslag naar waarheid, volledigheid en naar beste inzicht te hebben opgesteld.

Datum :
Naam forensisch arts :
Handtekening :

CONCEPT

Bijlage 12 Format letselbeschrijving

Opdrachtgever	
BHV-nummer	
Zaaksnummer	
Datum opdracht	
Datum verzending rapport aan opdrachtgever	

Forensisch Arts **Domicilie (adres)**	Aanbeveling om geen persoonlijke gegevens vermelden

Verdachte(n) **Naam en geboortedatum**	Indien bekend

Betrokkene **Naam en geboortedatum**	

Informatie te verkrijgen bij:	
Bijlage(n)	

1. **Korte beschrijving van de casus**

Met bronvermelding

2. **Onderzoeksmethode**

Beschrijf hier wat u hebt gedaan. Bv. FMO uitgevoerd (waar, wanner, wie), foto's beoordeeld (van wie en door wie gemaakt), medisch informatie samengevat.

3. **Onderzoeksmateriaal**

Wat, door wie, wanneer

4. **Klachten t.t.v. het onderzoek**

Beschrijf eventuele door betrokkene gemelde klachten en beperkingen t.t.v. het onderzoek

5. **Letselbeschrijving en typering**

PROVOKE per lichaamsdeel te beschrijven

- Hoofd/hals
- Romp
- Armen

CONCEPT

- Benen

Nadere indeling te bepalen op basis van de omstandigheden van het geval.

6. Medische informatie

Samenvatting van de relevante medische informatie met vertaling medische terminologie.

Stuur geen ontvangen (medische) brongegevens mee.

7. Algemeen ontstaansmechanisme

Benoem het letsel en beschrijf het ontstaansmechanisme van dergelijk letsel. Verwijzingen naar literatuur in voetnoten.

8. Advies aan de opdrachtgever

9. Collegiale review

Naam, functie

Ik verklaar als forensisch arts KNMG dit verslag naar waarheid, volledigheid en naar beste inzicht te hebben opgesteld.

Datum :
Naam forensisch arts :
Handtekening :

CONCEPT

Bijlage 13 Format letselinterpretatie

Zaakgegevens

Opdrachtgever en instantie	Naam RC: Gerechtelijke instantie of Naam OvJ Arrondissementsparket of Naam advocaat: Kantoor:
Datum benoeming	
RC nummer	
Parketnummer	
BHV-nummer	
Zaaksnummer	
Datum informatie compleet	
Datum verzending rapport aan opdrachtgever	

Forensisch Arts **Domicilie (adres)**	Aanbeveling om geen persoonlijke gegevens vermelden

Verdachte(n) **Naam en geboortedatum**	

Betrokkene: **Naam en geboortedatum**	

Informatie te verkrijgen bij:	

Bijlage(n)	Vb. - Waarschijnlijkheidsschalen - Curriculum Vitae

1. Korte omschrijving zaak Neem hier de letterlijke zaaksomschrijving van uw opdrachtgever op met verwijzing.

2. Vraagstelling Neem hier de letterlijke vraagstelling van de opdrachtgever op, met verwijzing naar bron.

CONCEPT

3. Onderzoeksmethode

Vb.
- Persoonlijk onderzoek
- Foto-onderzoek
- literatuur
- Eventueel geraadpleegde derdendeskundige

4. Onderzoeksmateriaal
Wat, door wie, wanneer

5. Onderzoeksresultaten

6. Forensisch medische interpretatie
Onderbouwing met literatuur in de voetnoten

7. Beantwoording van de vraagstelling

8. Advies aan opdrachtgever

9. Collegiale review

Naam en functie van deskundige die heeft gereviewed.

Ondertekening

Ik verklaar als forensisch arts KNMG en deskundige dit verslag naar waarheid, volledigheid en naar beste inzicht te hebben opgesteld.

Datum :
Naam forensisch arts :
Handtekening :

CONCEPT