Bijlagen bij conceptrichtlijn (modules) Lijkschouw door de forensisch arts

CONCEPT

INITIATIEF
Forensisch Medisch Genootschap (FMG)

IN SAMENWERKING MET
Openbaar Ministerie (OM)
Nederlands Forensisch Instituut (NFI)
Nationale Politie
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA)
Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)
GGD GHOR Nederland

MET ONDERSTEUNING VAN
Universiteit Maastricht, GGD Amsterdam, Amsterdam UMC en het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

FINANCIERING
De richtlijnontwikkeling werd gefinancierd met een subsidie van ZonMw

FINANCIERING
De richtlijnontwikkeling werd gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS).

Colofon

LIJKSCHOUW DOOR DE FORENSISCH ARTS
© 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 lijkschouw door de forensisch arts. Het staat u vrij om commentaar op deze bijlagen te geven; dit is niet noodzakelijk.

Bijlage 1 Verantwoording 4
Bijlage 2 Definities en afkortingen 11
Bijlage 3 Nationale Inzetcriteria Overlijdensonderzoeken 14
Bijlage 4 Handreiking Forensische Geneeskunde Orgaan- en Weefseldonatie 15
Bijlage 5 Handelingsprotocol 'Nader Onderzoek naar de DoodsOorzaak bij Kinderen' (NODOK) 16
Bijlage 6 Zoekstrategie module 3 Handelingen aan het lichaam 17
Bijlage 7 Verslag focusgroep module 4B Radiologisch onderzoek 21
Bijlage 8 Zoekstrategie module 4A Toxicologisch onderzoek en 4B Radiologisch onderzoek 32
Bijlage 9 Verslag focusgroep module 4A Toxicologisch onderzoek 37
Bijlage 10 Verslag focusgroep module 6 Informatiedeling met en terugkoppeling aan ketenpartners en medisch zorgprofessionals 44
Bijlage 11 Methode Delphi-studie lijkschouwverslag 55
Bijlage 12 Onderdelen en items lijkschouwverslag 58

CONCEPT

Bijlage 1 Verantwoording

Initiatief en autorisatie

Initiatief:

- Forensisch Medisch Genootschap

Geautoriseerd door:

- Forensisch Medisch Genootschap
- Openbaar Ministerie
- Politie Nederland
- Nederlands Forensisch Instituut
- GGD GHOR Nederland
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers
- Nederlandse Vereniging voor Radiologie

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

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 de lijkschouw door de forensisch arts. Daarnaast is een klankbordgroep ingesteld met gemandateerde vertegenwoordigers van beroepsgroepen en verenigingen die indirect met de lijkschouw te maken hebben (zie hiervoor de Samenstelling van de klankbordgroep). De klankbordgroep is benaderd om knelpunten aan te dragen en de conceptteksten van de richtlijn te becommentariëren.

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.

Werkgroep-lid	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen	Mogelijke restrictie
Duijst-Heesters (voorzitter)	• Hoogleraar forensische geneeskunde • Forensisch arts bij LOEF	• Voorzitter opleidingscom-missie forensisch artsen • Docent bij de NSPOH • Toetser bij het NRGD	Geen	Geen

CONCEPT

		• Beoordelaar NWO		
Bender	• Forensisch arts KNMG • Huisarts	SCEN arts	• Aandeelhouder FARR Rotterdam[1] • Eigenaar Huisarts Bender[1]	Geen
Dijkhuizen	Forensisch arts GGD IJsselland en LOEF	Evenementen hulpverlenen bij Witte Kruis, betaald	• Financieel belang; certificaten van LOEF[1]	Geen
Eckhardt	• Onderzoeker forensische geneeskunde, GGD Amsterdam	Geen	Geen	Geen
Franssen	• Ziekenhuis-apotheker • Opleider OLVG Amsterdam	Voorzitter METC (MEC-U) betaald	Geen	Geen
Gelderman	• Forensisch arts GGD IJsselland en LOEF • Co-promotor N. Loman, Universiteit Maastricht	Geen	Geen	Geen
Hovinga-de Boer	Radioloog	• Voorzitter sectie Forensische en Postmortale Radiologie Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR): onbetaald • Lid normstellings-adviescommissie voor Forensische Radiologie Nederlands Register Gerechtelijk Deskundigen (NRGD): onbetaald • Docent politieacademie en NSPOH (module lijkschouw forensisch artsen): betaald	• Radioloog en algemeen directeur Forensische en Postmortale Radiologie B.V.[1] • Werkervaring als forensisch antropoloog bij het Nederlands Forensisch Instituut (NFI)[5] • Fellowship Forensische en Postmortale Radiologie[5] • Werkervaring als forensisch radioloog[5] • Gerechtelijk Deskundige[5]	Geen

CONCEPT

Van der Hulst	Forensisch toxicoloog bij Nederlands Forensisch Instituut	• Promovendus Rijksuniversiteit Groningen • Toetser voor het NRGD voor deskundigheids-gebied forensische toxicologie	Geen	Geen
Kamphuis	Adviseur forensische opsporing bij de (FO NH) politie	• Lid kwaliteits-netwerk politie forensisch-medische zaken (onderdeel van functie) • Lid special interest group eerstelijns post mortem toxicologie (onderdeel van functie)	Geen	Geen
Van Kleffens	Senior adviseur innovatie Landelijk Forensisch Bureau OM	Geen	Geen	Geen
Koopmanschap	Radioloog	Geen	Bestuurslid Sectie Forensische en Postmortale radiologie NVvR[3]	Geen
Rijken	Deskundige forensische pathologie NFI	• Forensisch arts KNMG (betaald) in regio Midden-Nederland, Oost-Nederland, Noord-Brabant en Zeeland • Opleider forensische geneeskunde in regio Noord-Brabant en Zeeland	Geen	Geen
Smit	• Forensisch arts en opleider GGD 16 uur/week • Arts maatschappij & gezondheid gemeente Utrecht 20 uur/week (tot 6 september 2024)	• Docent NSPOH • Hoofdopleider Forensische geneeskunde in regio Midden-Nederland • Voorzitter Examencommissie NSPOH	Geen	Geen

CONCEPT

Stigter	• Bedrijfsarts 0,4 fte • Forensisch arts 0,6 fte	n.v.t.; diverse werkzaamheden als forensisch arts (ZZP)	Geen	Geen
Slev	Senior onderzoeker, forensische geneeskunde, afdeling Forensische Geneeskunde en Medische Advisering, 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 én buiten V&VN. • Lid Commissie Wetenschap & Onderwijs, 2024-heden, Forensisch Medisch Genootschap, onbetaald. Werkzaamheden zijn gericht op de organisatie van symposia en de actualisatie van de Kennisagenda Forensische Geneeskunde.	• 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 onderzoeken. Daarnaast ben ik betrokken bij een onderzoek gefinancierd door Politie & Wetenschap, en bij twee onderzoeken die door de ministeries van	

CONCEPT

			VWS en J&V zijn gefinancierd.[4]	

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 nabestaandenperspectief

Er werd aandacht besteed aan het perspectief van nabestaanden door vertegenwoordiging in de klankbordgroep vanuit Slachtofferhulp Nederland en de Federatie Nabestaanden Geweldsslachtoffers (FNG).

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). Dit omdat de Wkkgz niet van toepassing is op de lijkschouw.

Werkwijze

AGREE

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 zijn knelpunten bij de lijkschouw door de forensisch arts geïnventariseerd onder leden van de werkgroep en klankbordgroep. Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse zijn door de werkgroep concept-uitgangsvragen opgesteld en definitief vastgesteld.

Methode literatuursamenvatting

Een uitgebreide beschrijving van de strategie voor zoeken en selecteren van literatuur is te vinden onder 'Zoeken en selecteren' onder Onderbouwing.

Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs

Voor de uitgangsvragen waar een systematisch literatuuranalyse is uitgevoerd of gestart, is geen wetenschappelijke literatuur gevonden waarmee de uitgangsvragen konden worden beantwoord. Om alsnog onderbouwing te bieden voor een aanbeveling is, naast wetenschappelijke literatuur aangereikt door het veld (waaronder scoping en narrative reviews), veelal gebruik gemaakt van grijze literatuur en expert opinion. Om deze reden 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, naast (de kwaliteit van) het wetenschappelijke bewijs, ook andere aspecten belangrijk en meegewogen, zoals aanvullende argumenten

CONCEPT

bijvoorbeeld uit de biomechanica of fysiologie, vanuit de expertise van de werkgroepleden en adviesgroepleden, kosten (middelenbeslag), waarden en voorkeuren van nabestaanden, aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie. Deze aspecten zijn systematisch vermeld en beoordeeld onder het kopje 'Overwegingen' en kunnen (mede) gebaseerd zijn op expert opinion.

Voor alle modules is gebruik gemaakt van ChatGPT als ondersteuning voor het schrijven van de overwegingen.

Formuleren van aanbevelingen

De aanbevelingen geven antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op het best 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.

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 (of nabestaanden) waarvoor de aanbeveling is bedoeld (of voor wie er mee te maken krijgen). De sterkte van een aanbeveling heeft duidelijke implicaties voor nabestaanden, behandelaars en beleidsmakers (zie onderstaande tabel).

Implicaties van sterke en zwakke aanbevelingen voor verschillende richtlijngebruikers		
	Sterke aanbeveling	*Zwakke (conditionele) aanbeveling*
Voor behandelaars	De meeste behandelaren zouden de aanbevolen interventie of aanpak moeten uitvoeren.	Er zijn meerdere geschikte interventies of aanpakken. De behandelaar oordeelt of de interventie of aanpak aansluit.
Voor beleidsmakers	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 werkgroep 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.

CONCEPT

Literatuur

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 (voor deze richtlijn)
Artsen die als forensisch arts zijn ingeschreven in een daartoe gehouden register, te weten het RGS voor forensisch artsen, het opleidingsregister voor forensisch artsen en het vooropleidingsregister voor forensisch artsen.

Lijkschouw
Het uitwendige onderzoek van het lichaam, naar de omstandigheden rondom het overlijden en de medische voorgeschiedenis van een overleden persoon voor het bepalen van de aard en oorzaak van het overlijden.

Verder in alfabetische volgorde

Aard van overlijden
De classificatie van het overlijden als natuurlijk of 'niet-natuurlijk'.

Gemeentelijk lijkschouwer
Forensisch arts die door het college van burgemeester en wethouders als zodanig is benoemd.

Late Zwangerschapsafbreking
Afbreking van de zwangerschap na de termijn van 24 weken.

Lijk
Het lichaam van een overledene of een doodgeborene na een zwangerschapsduur van 24 weken, of een kind dat na een kortere zwangerschapsduur minimaal 24 uur heeft geleefd (art. 2 Wlb).

Lijkvinding
Het aantreffen van een overledene waarvan de datum of plaats van overlijden niet met voldoende zekerheid kan worden vastgesteld na de lijkschouw en eventueel aanvullend onderzoek (art. 1:19f BW).

Calamiteit
Een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid (art. 1 Wkkgz).

Misdrijf (voor deze richtlijn)
Strafbare feiten zoals gedefinieerd in de Nederlandse wet, waarbij opzettelijk of verwijtbaar handelen of nalaten heeft geleid tot het overlijden van een persoon.

Nabestaanden en naasten
Nabestaanden zijn de personen die genoemd zijn in art. 1 Wkkgz.
Naasten zijn alle andere betrokkenen bij een overlijden.

Natuurlijk overlijden (NO)

CONCEPT

‘Ieder overlijden dat uitsluitend het gevolg is van een spontane ziekte, inclusief een complicatie van een lege artis uitgevoerde medische behandeling.’ (IGJ, Handreiking (niet-)natuurlijke dood, 2016)

Niet-natuurlijk overlijden (NNO)
Een overlijden waarbij de schouwend arts niet de overtuiging heeft van een natuurlijk overlijden.

Oorzaak van overlijden
De uiteindelijke (onderliggende) oorzaak waardoor iemand overlijdt. De onderliggende doodsoorzaak is (a) de ziekte of aandoening waarmee de reeks van gebeurtenissen die uiteindelijk het overlijden van de persoon veroorzaakte een aanvang nam of (b) de omstandigheden van het ongeval of geweld dat het letsel, waardoor de persoon overleed, veroorzaakte.

Overlijdensonderzoek
Een onderzoek naar aanleiding van een overlijden, met als doel voor de politie/OM om strafbare feiten in relatie tot een overlijden op te sporen of uit te sluiten, uitgevoerd door de tactische opsporing, de forensische opsporing en een forensisch arts.

Plaats delict/plaats vinding
Voor de scope van deze handleiding is de plaats delict/plaats vinding de locatie waar een overledene is aangetroffen.

Postmortaal interval
De tijd die is verstreken tussen het overlijden en het moment waarop het lichaam van de overledene wordt aangetroffen of onderzocht.
Vroeg: van minuten tot circa 72 uur na overlijden.
Laat: meer dan 72 uur na overlijden.

Sectie
Het uitwendige en inwendige onderzoek van het lichaam voor het bepalen van de aard en oorzaak van het overlijden van een persoon uitgevoerd door een patholoog.
Klinische sectie: sectie met toestemming van nabestaanden, uitgevoerd door een klinisch patholoog.
Strafrechtelijke sectie: sectie in het kader van een strafrechtelijk onderzoek, in opdracht van de OvJ uitgevoerd door NRGD geregistreerde forensisch patholoog.

Postmortaal radiologisch onderzoek
Het onderzoek van het lichaam van een overledene met behulp van beeldvormende technieken zoals röntgen, CT, MRI en CT-angiografie.

Postmortaal toxicologisch onderzoek
Het onderzoek aan lichaamsmateriaal naar de aanwezigheid van lichaamsvreemde stoffen, zoals alcohol, medicatie en drugs en naar het meten van stofwisselings- en lichaamsfunctiewaarden (ook wel 'biochemisch onderzoek').

Trias
De samenwerking tussen Forensisch arts (FA), Forensische Opsporing (FO) en Tactische Opsporing (TO).

CONCEPT

Afkortingen

Afkorting	Betekenis
Art.	Artikel
BW	Burgerlijk Wetboek
CBS	Centraal bureau voor de statistiek
DBD	Donation after brain death
DCD	Donation after circulatory death
ECLM	European Council of Legal Medicine
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
FA	Forensisch Arts
FO	Forensische Opsporing (politie)
IGJ	Inspectie voor gezondheidszorg en jeugd
PD	Plaats delict (ook wel: plaats vinding genoemd indien geen aanwijzingen voor een delict)
PMI	Postmortale interval
OM	Openbaar Ministerie
NO	Natuurlijk overlijden
NNO	Niet-natuurlijk overlijden
NODOK	Nader Onderzoek naar de DoodsOorzaak bij Kinderen
hOvJ	hulp Officier van Justitie
OvJ	Officier van Justitie
PD	Plaats delict
PI	Penitentiaire inrichting
PMCT	Postmortale Computertomografie
PMCTA	Postmortale Computertomografie angiografie
PMMR	Postmortale Magnetic Resonance (Imaging)
RTE	Regionale Toetsingscommissie Euthanasie
TO	Tactische Opsporing (o.a. politie, Koninklijke Marechaussee, Nederlandse Arbeidsinspectie, Rijksrecherche, Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit)
Wlb	Wet op de lijkbezorging
Wblo	Wet bestemming lichamen van overledenen (concept wetsvoorstel)
Wgbo	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wkkgz	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
Wvggz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
Wzd	Wet zorg en dwang

5

CONCEPT

Bijlage 3 Nationale Inzetcriteria Overlijdensonderzoeken



CONCEPT

Bijlage 4 Handreiking Forensische Geneeskunde Orgaan- en Weefseldonatie

https://www.forgen.nl/file/46b320e8f45a8d5ab189e5cca4a9aaa9

CONCEPT

Bijlage 5 Handelingsprotocol ‘Nader Onderzoek naar de DoodsOorzaak bij Kinderen’ (NODOK)

https://www.nvk.nl/wp-content/uploads/2020/05/NODOK-Handelingsprotocol-2024.pdf

5

CONCEPT

Bijlage 6 Zoekstrategie module 3 Handelingen aan het lichaam

Embase.com

No.	Query	Results
#1	'cause of death'/exp OR (((cause* OR examinat* OR investigat* OR report* OR analys* OR inspect*) NEAR/3 (death* OR demise* OR 'fatal outcome*' OR fatalit* OR deceas* OR cadaver* OR corps* OR coroner*)):ti,ab,kw) OR postmortem:ti,ab,kw OR 'post mortem':ti,ab,kw OR deathcause*:ti,ab,kw	458667
#2	(((external NEAR/3 (examin* OR inspection* OR evaluat*)):ti,ab,kw) OR (((no* OR without) NEXT/2 autops*):ti,ab,kw)) AND ('autopsy'/exp OR 'autops*':ti,ab,kw OR 'necrops*':ti,ab,kw OR 'obduction*':ti,ab,kw)	1719
#3	#1 AND #2	909
#4	#3 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)	729
#5	'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	1051353
#6	'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	4082396
#7	'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 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	8349363

CONCEPT

	studies)):ab,ti) OR (('cross sectional' NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti)	
#8	'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)))	15295253
#9	#4 AND #5 – SR's	17
#10	#4 AND #6 NOT #9 – RCT's	34
#11	#4 AND (#7 OR #8) NOT (#9 OR #10) – Observationeel	235
#12	#9 OR #10 OR #11	286

Ovid/Medline

#	Searches	Results
1	exp "Cause of Death"/ or ((cause* or examinat* or investigat* or report* or analys* or inspect*) adj3 (death* or demise* or fatal outcome* or	

CONCEPT

	fatalit* or deceas* or cadaver* or corps* or coroner*)).ti,ab,kf. or postmortem.ti,ab,kf. or post mortem.ti,ab,kf. or deathcause*.ti,ab,kf.	
2	((external adj3 (examin* or inspection* or evaluat*)) or ((no* or without) adj2 autops*)).ti,ab,kf. and (exp Autopsy/ or autops*.ti,ab,kf. or necrops*.ti,ab,kf. or obduction*.ti,ab,kf.)	
3	1 and 2	
4	3 not (comment/ or editorial/ or letter/) not ((exp animals/ or exp models, animal/) not humans/)	
5	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.	
6	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$3)).tw. or Placebos/ or placebo*.tw.	
7	Epidemiologic studies/ or case control studies/ or exp cohort studies/ or Controlled Before-After Studies/ or Case control.tw. or cohort.tw. or Cohort analy$.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]	
8	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	

CONCEPT

	masked)) or nonrandom* 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.))	
9	4 and 5 **– SR's**	27
10	(4 and 6) not 9 **– RCT's**	38
11	(4 and (7 or 8)) not (9 or 10) **– Observationele studies**	366
12	9 or 10 or 11	431

CONCEPT

Bijlage 7 Verslag focusgroep module 4B Radiologisch onderzoek

Uitwerking Marion Matthijssen

Deelnemers

- Ludo Beenen, acute radioloog in het UMC, mn locatie AMC, al 20 jaar. Al 15 jaar bezig met postmortaal onderzoek (RA)
- Jeroen Roosendaal, forensisch toxicoloog bij NFI, werkt er 6 jaar (FT)
- Bart Latten, forensisch patholoog, NFI (FP)
- Wilma Duijst, forensisch arts, hoogleraar Forensische Geneeskunde, rapporteur en hoofd van beide richtlijnen (FA)
- Vina Slev: onderzoeker forensische geneeskunde GGD Amsterdam, senior onderzoeker bij richtlijn Lijkschouw en FMO
- Nina Eckhardt: onderzoeker forensische geneeskunde GGD Amsterdam, drie jaar betrokken bij richtlijn Lijkschouw
- Martijn Nobel, forensisch radioloog MUMC, hoofd forensische radiologie (RA)
- Alex Glasbergen, sinds kort forensisch arts, doet onderzoek naar meerwaarde van toxscreening van glasvocht (FA)
- Franka Lambert, 3e jaars aio forensische geneeskunde, zit in IJsselland en bij LOEF (FA)
- Roxane Limmen, forensische opsporing als forensisch coördinator bij de Politie, schrijver van de kwaliteitsimpuls overlijdens bij de Politie (FO)
- Beitske Smink, apotheker en toxicoloog, meer dan 25 jaar werkzaam als forensisch toxicoloog, MUMC (TO)

Meerwaarde radiologisch onderzoek
Soorten radiologisch van meerwaarde bij de lijkschouw voor het bepalen van aard en oorzaak van overlijden

- Gaat om CT, MRI, röntgen en soms echografie
- **Discussie over echografie**

(FA) CT en MRI is niet zo'n ingewikkelde. Maar over echografie is wel discussie. Uit literatuur blijkt dat het niet echt gebruikt wordt bij postmortaal onderzoek. (FP) De meerwaarde van echo bleek uit deze literatuur wel beperkt. Meestal wordt CT of MR gebruikt. In Nederland wordt meer op locatie geschouwd dan elders. Dan is iets wat je 'handheld' meeneemt wellicht van meerwaarde. (RA) Voor de klinische heb je pocus, een zeer gerichte echo. Maar die is heel erg beperkt. Je hebt heel snel een CT. Een MRI is al wat ingewikkelder. Over een groot stuk moet je al lang scannen. Als je echo gebruikt is het afhankelijk van degene die het doet. Het is ingewikkeld om te leren qua uitvoering en interpretatie. (FO) Als het gaat over overlijdensonderzoek is het al een drempel om te beslissen wat te doen. Als dit type onderzoek meerwaarde biedt tijdens overlijden zelf, dan heeft het wel meerwaarde. Bv de baby's die thuis onderzocht worden en waaraan thuis niets te zien is. Want nu komen ze hoogdrempelig naar de CT ed. (FA) Ouders moeten dat wel willen. (RA) Voordeel echo is dat het mobiel is. Maar je moet weten wat je er wel/niet mee kan. Diagnostische

CONCEPT

echo zie je alles en pocus echo is gericht: beperkt met één vraagstelling vooraf ahv een bepaalde echo-techniek. En dat kan ook in het veld bij een trauma. Maar dan gaat het om 'is hier wel/niet vrij vocht'. En dat is een enkelvoudige vraag die je duidelijk moet hebben. En gewoon 'echoën' of er wel/niets iets zit, dat gaat niet. Een echo buiten de echokamer gebeurt altijd heel gericht, dan is het pocus. (FO) Heeft de wens om heel gericht te kijken naar wat er gebeurd is. (RA) De vraag is 'wat ga je zien'. Doet veel halzenecho's. En als het gaat om subduraal vocht, dan zie je dat ook buiten de echo's om. (FO) Zou ook graag bij baby's willen weten of de ribben gebroken zijn. (RA) Dat kan wel, maar dat gaat heel veel tijd kosten. Bij kinderen is er meer kraakbeen en dat maakt het allemaal lastig. En vergt heel veel ervaring en expertise. Bij een overleden iemand heb je ook niet meteen door of je goed zit. Een CT past beter in de richtlijn en CTA wordt ook nog lastiger. (FA) En voor de baby's? Is er een meerwaarde vwb de echo in relatie tot vocht in het hoofd? (RA) Dat zou je wel kunnen bekijken, want de fontanel is wel goed bereikbaar. Maar je moet ook weer expertise hebben. Technisch kan het.

(FA) Een echo is juist om dingen aan te tonen. (FO) Of andersom, om 'rode vlaggen' te vinden. Als het een rode vlag is, dan doe je vervolgonderzoek. (RA) Een echo is een screenend iets. Bv een trauma-arts zet de echo op de buik, en ziet al dan niet een grote hoeveelheid bloed. Hier gaat het ook om het zien van afwijkingen.

(FA) Kan zich een rol voor een draagbare echo voorstellen bij een punctie, maar daar gaat het nu natuurlijk niet om.

- **Financiële kaders**

(FT) Wordt er nu al rekening gehouden met bepaalde financiële kaders? Financiën, logistiek en wet bepalen ook wat mogelijk is. (FA) We kennen de huidige situatie en de nieuwe wet laat nog op zich wachten. Maar binnen de wet zijn ze aan het zoeken wat wij vinden. Dus hoe duidelijker wij het standpunt innemen, communiceren we dat naar Rijksoverheid. Het kan uiteindelijk dat de overheid zegt dat ze het niet gaan betalen. (FT) Je kunt dus per techniek een soort scenario's krijgen met de ideaal situatie, dan kijken hoe je het onderzoek kunt opbouwen met de mogelijkheid om keuzes te maken.

- **CT-scan**

(FP) We zijn hier niet per se met strafrechtelijk bezig, maar met het gedeelte ervoor. Bij een fatsoenlijk overlijdensonderzoek moet je 90% door de CT halen '*dat zou ik willen verkopen'*. Dan heb je wel in 1 keer veel meer informatie. Hetzelfde als met een basis toxicologisch onderzoek. Dat wordt dan onze professionele standaard en die 'verkopen we aan rijksoverheid'. (FT) Zou je niet per techniek eruit moeten halen wat je er wel / niet mee kan? (RA) Een CT-scan is zo gemaakt, binnen een paar seconden. De beoordeling is misschien wat langer. Als je iets meer wil weten over het hoofd kun je een MRI maken. (FP) Je moet nadenken over je limitaties. Je zit met vervoer, hoe ga je dat praktisch allemaal regelen? En hoe ver ga je in het zoeken naar het antwoord, ben je wel/niet overtuigd. (RA) Veel grote acute dingen zijn goed te zien met een CT. Als het gaat om kinderen, dan kun je MRI gebruiken en ben je in een uur klaar. Met een volwassene duurt dat veel langer. Argument is dan op basis van lichaamsgrootte. (FO) Tot 2 jaar, want tot die leeftijd zijn er veel risicofactoren dat een kind door geweld om het leven wordt gebracht. (RA) Je moet kijken welke indicaties je hebt om wat uit te kunnen sluiten en dat moet je van tevoren bedenken. Je moet de casus schetsen van wat wil je uitsluiten of aantonen in een bepaalde situatie.

CONCEPT

- **Kader**

(FA) Het kader is 'we zitten in de lijkschouw (dus geen strafrecht) en het is dood en we snappen het niet'. De wet begint met zeggen 'natuurlijk of niet natuurlijk'. Forensisch artsen vinden hopelijk dat bij een lijkschouw ook de doodsoorzaak hoort. Ze proberen de kant op te bewegen naar niet alleen uitzoeken 'natuurlijk – niet natuurlijk'. Dus wel willen ook doodsoorzaak erbij. Tegen de tijd dat je toe wilt naar iets strafrechtelijks, dan bepaalt het OM. Dus dat bespreken we niet vandaag, want daarvan zegt OM 'wij zijn de baas'. Bv. kind van 4 jaar is dood. Ga je dan alleen op zoek naar de doodsoorzaak met CT? Of ook op zoek naar trauma en al dan niet strafrechtelijk? Daar moet je als forensisch arts toch ook oog voor hebben? Dus de grens tussen strafrecht en wat doet de forensisch arts is nog een beetje vaag. Want in je onderzoek als forensisch arts ben je daar in je achterhoofd ook mee bezig. We zijn op zoek naar het onderzoek in alles wat nog 'grijs' is: dood en we weten het niet. Zodra het strafrecht is, gaat het naar Politie en OM. Maar in die voorfase daar heeft de forensisch arts een belangrijke rol die we nu niet pakken. Kunnen we iets toevoegen zodat we richting kunnen geven. (FP) Je zou kunnen overwegen om een MRI van het hoofd te maken onder 4 jaar omdat zij zich niet kunnen verwoorden en omdat er mogelijk wel iets strafrechtelijks is *(FP kan zich deze uitspraak bij teruglezen niet herinneren)*. (FA) Maar dan toch ook volwassenen met een verstandelijke beperking? (FP) Maar wat is praktisch haalbaar? (RA) Dat is nauwelijks haalbaar. Bij de volwassenen kun je gemakkelijk een CT maken en dan heb je best veel informatie *'dan ben je best wel klaar'.* (FP) Je kunt wel missen of iemand is gewurgd. (FA) Op indicatie zou je dan een MRI van de hals kunnen doen. (FP) En ook kun je het nog missen. Bij twijfel over verwurging zul je een volledig onderzoek moeten doen met gerechtelijke sectie. (FO) Beetje contradictie, omdat die wurgingen heel vaak nog optioneel scenario is. Bij een indicatie heb je al een rode vlag te pakken. (FA) Iedereen krijgt een CT van het hele lichaam en hier en daar dan scannen met een MRI. (RA) Als er een grote bloeding is dan zie je dat ook wel op een CT. Daarna kun je ten tweede nog wel (bij specifieke vragen) overgaan naar MR. Zo gaat dat ook voor reguliere klinische setting. (FA) Dus dat zou getrapt in de richtlijn kunnen. Bij alles wat 'grijs' (dood en we weten het niet) is daar doen we met een CT. (FO) Bedoel je onverwacht onverklaard? (FA) Net bedoelde ik onverwacht onverklaard. En dan kun je nog kijken of je bij die verhanging ook nog wat moet doen.

(FO) Laatst iemand die van de trap was gevallen en toen hebben ze ook een CT-scan gekeken om verder te onderzoeken. Dan zit je niet in onverklaard onverwacht, maar deze zaak was nog wel in overlijdensonderzoek gebleven. (RA) Je weet niet of iemand de laatste trede heeft gemist, of van boven naar beneden is gevallen. Hetzij gesprongen, hetzij geduwd. Maar dat weet je pas nadat je die CT hebt gedaan. (FP) Wel belangrijk om goed de groep te definiëren. Onverwacht onverklaard is iets anders dan heel veel andere dingen. Mijn standpunt is dat je altijd een CT-scan moet doen als de forensisch arts erbij komt, dus ook bij vermoedelijke ongevallen, lijkschouwingen. Met uitzondering van de euthanasie, verpleeghuizen. Doorgaans wordt een bewoner gewond op de vloer aangetroffen en weet je niet wat er gebeurd is *(FP herkent zich bij teruglezen niet meer in deze zin)*. Er zijn natuurlijk altijd uitzonderingen. (FA) Moet iemand die de dag van tevoren nog een CT heeft gehad ook nog een postmortale CT? De meerwaarde kan zijn degene die het beoordeelt. Want de kliniek zal niet forensisch kijken. (FA) Maar dan kun je vragen om een herbeoordeling van de klinische gegevens. (RA) Postmortaal doe je alles en klinisch doe je vaak 'dedicated'. Dus voordeel is dat

CONCEPT

je postmortaal van top tot teen alles doet. (FP) Het voorstel is om toch een nieuwe CT te maken, ook al heeft de radioloog bij leven net een CT gemaakt. (RA) We zien bij herbeoordeling dat het heel ingewikkeld is om data te krijgen. (FA) Verder de vraag of we dit ook bij kinderen doen, want dat betekent iets voor NODOK. Als we namelijk bij alle kinderen een CT-scan doen i.k.v. de lijkschouw, dan betekent het echt iets voor de NODOK. Iedereen vindt dat het wel zou moeten. (RA) Eigenlijk zou je alle kinderen volgens de NODOK willen doen. Voor de volwassenen zijn we er snel uit, maar voor de kindjes hebben we de NODOK al. (FP) Je kunt het wat breder trekken, bv als iemand 19 jaar is en ouders willen niet dat hun kind wordt weggehaald, of vanwege religie. Dus wat wordt de richtlijn. *(Dit snapt de FP na het gesprek niet).* (FO) De richtlijn wordt gemakkelijker als je uitgaat van alle kinderen CT-scannen. (FA) En dan krijg je een andere entree voor de NODOK, want dan heb je al een zekere selectie gemaakt. (RA) Het is ook een verschil met hoe we nu scannen voor de NODOK, die krijgen altijd een MRI en skeletstatus. Dus als je gaat screenen op basis van de CT en daar haal je de kindjes uit die de NODOK ingaan of een andere forensische setting, die kun je dan de MRI / skeletstatus doen. De vraag is wat doe je in welke fase? (FP) Dus je haalt de CT uit de NODOK? (FA) Dat is wat je feitelijk doet. Dus in het voorportaal doe je meer om te sturen of je richting NODOK moet. (FO) Nu is het doel van NODOK rouwverwerking. (FA) En daarvoor zit een fase waarin je je probeert te overtuigen van het overlijden en dingen probeert door te strepen. Daar heb je meer tools voor nodig. En als ouders dan nog weigeren voor NODOK dan heb je al iets. (FO) Als politie en ouders denken ‘door NODOK te doen kunnen we iets vangen voor strafrecht’ dan zet je dat niet op de goede manier in. (FA) Waarom zit er MRI en skeletstatus in de NODOK? (FA) Die NODOK heeft een aantal dingen om de lijkschouw compleet uit te voeren. En die hebben we nu maar in de NODOK gestopt, want we kunnen anders alleen uitwendig schouwen en moeten dan beslissing maken. We zouden die liever bij de lijkschouw betrekken en dan de beslissing maken. (FA) Dus we hebben meer tools nodig die we lijkschouw noemen en daar is de CT-scan er een van. Daarmee haal je de CT-scan naar voren. Dat heeft consequenties, maar zien we later wel. (FP) Nu zit in NODOK skeletstatus en MRI, terwijl die skeletstatus meer een strafrechtelijke vraag is. (FA) Kunnen we botbreuken ook zien in de CT-scan of is dan aanvullend nog een skeletstatus nodig? (RA) We hebben er recentelijk naar gekeken in hoeverre je de skeletstatus achterwege kunt laten bij een CT. Als je een goede CT hebt kun je de skeletstatus wellicht achterwege laten. Maar we hebben nog niet zoveel van dit soort CT’s in het land om het echt los te laten. Los van het feit dat de expertise ook meespeelt. Maar klein groepje mensen kan het goed interpreteren. In het geheel zoek ik naar ‘welke zekerheid is genoeg?’. Moeten we altijd op zoek naar die fractuurtjes of is de grote breuk genoeg. Als je meerdere fracturen hebt, ook van oudere data, dan kun je het prima zien. Met een total body zie je wel of er grote fracturen zijn die kunnen triggeren. (FP) Een praktisch probleem is dat je een scan van een minderjarige liever door een radioloog laat bekijken, laat staan een skeletstatus. Dus praktisch gezien zitten daar ook beperkingen aan. (RA) CT-scan en skeletstatus voor alle kinderen heeft enorme implicaties. Een skeletstatus voor elk overleden kind gaat veel te ver. Als het echt gaat om screening dan is een CT-scan afdoende. Als je iets ziet kun je alsnog een skeletstatus of MRI doen. (FP) Wel belangrijk om die limitaties op te nemen in de richtlijn. Bv als je wurging vermoedt, dan moet je hier mee stoppen, en naar strafrecht. (FO) Willen we verkeersslachtoffers scannen? (FA) Lijkt me wenselijk, kun je ook snelheden aan afleiden. (FO) Ik ken casuïstiek waarbij radiologie invloed heeft gehad op de gekozen hypothese. (FP) Het is interessanter in deze zaken of iemand een

CONCEPT

hartinfarct heeft gehad waardoor iemand in die situatie terecht is gekomen. En daarvoor is een CT gelimiteerd. (FO) Verkeer begint in principe bij een overlijdensonderzoek. Is het een ongeval, misdrijf, natuurlijk overlijden of suïcide. (FP) Het is meer public health, kijk naar hoe ze dat in Australië doen: daar gooien ze alle mensen die in verkeer overlijden op een stapel en organiseren ze een MDO. Dan gaan ze kijken wie eruit gaat (bv door suicide, hersenbloeding, natuurlijk). Uiteindelijk kun je naar echte verkeersslachtoffers kijken en bij welke weg er veel overlijdens zijn. Dat hebben wij helemaal niet. (FA) Als je een verkeersslachtoffer scant en er komt geen traumatische oorzaak van overlijden uit, dan is het slachtoffer dus niet overleden aan het trauma, maar mogelijk al voorafgaand aan de impact (natuurlijk/misdrijf).

(FO) Je moet eigenlijk elke dode in het verkeer benaderen als overlijdensonderzoek, ipv als ongeval (zoals nu). In de hypothese kun je dan heel snel tot strafbare feiten komen. (TO) Discussie jaren geleden gevoerd vanuit toxicologisch onderzoek en antwoord was toen 'nee'. (FO) Als je verkeer benadert als overlijdensonderzoek en je hebt straks de WBLO, dan mag je tox en radiologie doen. Als je uit dat en politieonderzoek rode vlaggen krijgt, dan is het misschien een strafbaar feit en kom je in strafrecht. Dan kom je op punt dat degene die de aanrijding heeft veroorzaakt dood is en je doet geen strafrechtelijk onderzoek. Dan wordt gezegd 'we gaan er ook niks mee doen'. Maar heb je tox en radiologie gedaan in kader van overlijdensonderzoek. En trek je het in de WBLO. (PA) Je moet het misschien wel doen. Als iemand onder invloed was is het verzekeringstechnisch. (TO) Ook strafrecht en inzicht in risico's. (FA) Willen we de CT-scan bij verkeersslachtoffers als we nog niet een strafbaar feit hebben? Bv vrachtauto rijdt over voetganger heen, dat is een strafbaar feit. Keiharde artikel 6, daar kom je heel snel op uit. Verkeersslachtoffer is geen uitzondering op de doelgroep volwassenen. En de trein? Is dat niet een soort tenzij geval? Het uitgangspunt is gewoon 'ja', de forensisch arts krijgt gewoon de ruimte om dat te doen.

Consensus over de inzet van radiologisch onderzoek

In principe zeggen we dat alles waar de forensisch arts bij komt, daar doen we een CT-scan. Met uitzondering van:
- de euthanasie
- de verpleeghuizen, tenzij (daar kunnen uitzonderingen zijn)

Het voorstel is om een nieuwe CT-scan te maken, ook is er zojuist bij leven een CT-scan gemaakt. We hebben ook consensus over het maken van een CT-scan bij kinderen. Een skeletstatus of MRI maken we alleen op indicatie bij zowel de kinderen als de volwassenen. Het is van belang om de limitaties op te nemen in de richtlijn.

Rol van de forensisch arts bij advisering over inzet van postmortaal onderzoek

Huidige rol van de forensisch arts bij de inzet en het adviseren over de inzet van radiologisch onderzoek in verschillende situaties (waaronder de zelfstandige schouw, als onderdeel van het overlijdensonderzoek, en in het kader van het strafrecht).

- (FA) Mijn rol is nu adviserend. (FP) Bij zelfstandige schouw heb je nu geen mogelijkheden. Als onderdeel van overlijdensonderzoek kun je adviseren. En strafrecht neemt de politie over. (FA) In het overlijdensonderzoek gaat het altijd over de vraag is het strafrechtelijk? Die CT wordt niet gemaakt wanneer we denken dat het natuurlijk is. (FP) Forensisch artsen van de FARR worden soms bevraagd door het OM voor een advies over welk onderzoek er mogelijk is en dan vragen ze dat na

CONCEPT

en koppelen terug. Dus ook adviserend. Vooral voor strafrecht. Soms wordt ook aan nabestaanden geadviseerd. (FA) Je doet de NODOV pas nadat je overlijdensonderzoek klaar is. Nog steeds is het adviserend, maar dan aan de nabestaanden. Nooit heb ik de tool om zelfstandig te beslissen over radiologisch onderzoek.

Moet er iets veranderen aan de huidige rol van de forensisch arts met betrekking tot de inzet en adviseren over de inzet van radiologisch onderzoek?

- (FA) Indicerend zou fijn zijn en kunnen beslissen. Dit heb ik nodig om een goede lijkschouw uit te voeren. (FO) Daar ben ik het helemaal mee eens. Maar er zijn ook vaak situaties dat de zorg over het overlijden dat die gevolgen kunnen zijn van een strafbaar feit en dat die meer zit bij politie dan bij de arts en wat doe je dan? Bv wanneer arts denkt aan natuurlijk overlijden en de politie maakt zich zorgen. Dus stel dat de forensisch arts beslist om het niet te willen inzetten, wat doe je dan? (FA) Dan zou de politie kunnen adviseren aan de forensisch arts en als die niet meegaat, pak dan door met de OvJ. (FA) In onze richtlijn kunnen we wel iets zeggen over wat forensisch artsen moeten doen, maar niet over wat de politie moet doen. (FP) In de richtlijn komt in te staan 'ja, tenzij' dus wellicht helpt dat bij dit soort zaken. (FO) Gaan andere omstandigheden meewegen in de beslissing van de forensisch arts anders dan wat je aan het lijk ziet? (FA) Dat komt er al in, dat dat stuk meegenomen moet worden. (FA) Er komen drie disciplines samen die alle drie hun eigen toolkit hebben in onderzoeken. (TO) Ik heb begrepen dat in de regio Rotterdam veel wordt gedaan op verzoek van de forensisch arts. Die hebben het voor toxicologie al 'vooruit getrokken'. (FA) In Rotterdam heeft de FARR met de OM al een overeenkomst in welke zaken ze tox doen. Dus dat is niet meer per zaak een discussie. Gaat om forensische lijkschouw. (FA) Praktisch, juridisch: wat is de status van het lichaam? Beheer ik het lichaam, neem ik het in beslag voor de lijkschouw die wellicht wel een dag duurt? (FA) Juridisch betekent het dat gedurende die lijkschouw van de forensisch arts dat familieleden even op een zijspoor staan. We willen nu een wat uitgebreider onderzoek kunnen doen en gedurende die periode is het object van onderzoek van de forensisch arts. Daarna komt de beslissing: het lichaam komt vrij of niet. Dus het duurt langer. Praktische dingen zijn in welk mortuarium komt het. (FP) De vraag is nu 'wanneer is het einde'? (FA) De status is 'het is nog niet vrijgegeven'. Het is vrijgegeven na het overlijdensonderzoek. We proberen nu dat eindpunt van het overlijdensonderzoek te verplaatsen omdat we er iets bij doen. En tot die tijd mag niemand er iets mee. (FP) Vrijgave kan toch alleen maar na inbeslagname? (FA) Nee, vrijgave kan na een schouw. Die gaat naar de gemeente en die kan dan een verlof tot begraven / cremeren geven. Het zijn twee stukken die bij elkaar komen: het is niet natuurlijk zeggen de forensisch artsen en aan de andere kant de vrijgave. De vrijheidsbelemmerende factor heet de lijkschouw. Dan mag niemand eraan komen, dan gaat de forensisch arts erover. (FP) Vwb meer tijd en ruimte komen praktische en juridische overwegingen kijken.

CONCEPT

(FP) Opleiding moet veranderen. (FA) Met die opleiding moet je de rol van de forensisch arts heel duidelijk gaan neerzetten. Je vraagt radiologisch onderzoek aan om overlijdensonderzoek verder te brengen. Welke informatie geeft dit om tot een doodsoorzaak of iets anders te komen. Dus daar blijf je de verantwoordelijke persoon. Als de informatie van de radioloog terug komt, wat betekent het dan in het hele plaatje? (FA) Iemand moet die rol pakken, anders krijg je 'zwevende informatie'. (FP) Er moet geschakeld worden met forensisch radiologen, trauma radiologen en dat vraagt ook iets van die beroepsgroep.

Welke rol heeft de forensisch arts bij de inzet en het adviseren over de inzet van toxicologisch onderzoek in verschillende situaties (waaronder de zelfstandige schouw, als onderdeel van het overlijdensonderzoek, en in het kader van het strafrecht).

- (FT) In Rotterdam wordt het in overleg met OM op een bepaalde manier uitgevoerd. In bepaalde delen van het land gebeurt dat helemaal niet. Zou mooi zijn als er standaardisatie is en dat het overal op een bepaalde manier gebeurt. (Nina) Die standaardisatie 'wanneer zetten we het in?' die is al besproken. Alleen wordt het door verschillende partijen bepaald, dus dat is het vraagstuk. (FP) Inhoudelijk zou het bij radiologie wel fijn zijn als er een bepaalde richtlijn is en kwaliteitsstandaard. (FA) De praktische uitvoering 'waar moet het lichaam naartoe en wie gaat er iets zinnigs over zeggen', ja dat moeten we standaardiseren. (FP) Maar ook wie de kwaliteit gaat beoordelen.(TO) De materialen die de forensisch arts veilig stelt: glasvocht is nog ter discussie of je het wel/niet moet doen omdat ook diagnostiek voor een eventuele patholoog het straftraject kan beperken. (FT) Kan toch in de kwaliteitstrichtlijn? Wat neem je af en wat bepaal je? (FP) Moeten we het nu niet ook hebben over welke lichaamsvloeistoffen? *We breken dit af want is binnen deze focusgroep niet het onderwerp*
- (FA) In Rotterdam is de rol van de forensisch arts wel anders, omdat die niet alleen maar adviseert. Maar ook zelf kiest om het in te zetten. Hoe we het zouden willen zien is hetzelfde als bij radiologisch. Punt is dat het in het land anders is. Maar gaat nu om wat wij moeten doen.
- (FP) Kwaliteitswaarborgen: Wanneer de forensisch patholoog onderzoek uitbesteed is de forensisch patholoog verantwoordelijk voor de kwaliteit van dat onderzoek. Hoe zit het bij de forensisch arts en moet dat in de richtlijnen komen? (FA) Dat moeten we kortsluiten met de toxicologen in de werkgroep, want die hebben allemaal hun eigen standpunt. De verantwoordelijkheid ligt bij de forensisch arts en die moet zorgen dat hij bij de juiste radioloog komt. Ergens moet er een infrastructuur zijn voor hoe dit werkt en hetzelfde geldt voor tox. (FP) Goed om in de richtlijn op te nemen dat deze verantwoordelijkheid bij de forensisch arts ligt.
- (FA) Als de politie steeds meer betaalt en naar zich toetrekt hoeven wij geen richtlijn meer te schrijven. Dan gaan we er niet meer over. (FA) Dus wij moeten vaststellen dat het ons domein is en dat wij daarover gaan.

Consensus over de wenselijke rol van de forensisch arts bij inzet postmortaal onderzoek

CONCEPT

De wenselijke rol is adviserend, indicerend, beslissend, meer tijd en ruimte om het lichaam te onderzoeken. Je hebt de juiste tools nodig en een opleiding is nodig voor goede interpretatie van bevindingen. Schakelen met de radioloog is van belang. Er moet een kwaliteitsrichtlijn komen met achterliggende infrastructuur zowel voor tox als radiologie (zoals de praktische randvoorwaarde dat dit het domein van de forensisch artsen is).

Rol forensisch arts bij interpretatie bevindingen van postmortaal onderzoek
Huidige rol van de forensisch arts bij de interpretatie van de bevindingen van radiologisch onderzoek

- (FP) Deze rol is nu niet bestaand. (FA) Als je geluk hebt word je uitgenodigd voor het strafrecht voor de bevindingen. (FA) Maar we zitten nog voor strafrecht, hebben we dan een rol? (FA) Niet buiten strafrecht om, het gaat altijd via de politie. (FA) Ik heb het wel buiten strafrecht om gedaan en wij krijgen het wel teruggekoppeld, in kader van NODOK. Ook nog weleens daarbuiten. (FO) We bedoelen heel concreet dat je naar radiologie een terugkoppeling hebt van wat je doet. Het is geluk of de politie je uitnodigt of niet. (FP) Het is een grijs gebied. Wordt het gedaan in kader van strafrecht of niet. In principe is er geen benoeming voor de radioloog. Er wordt alleen gekeken naar de bevindingen. En is het dan wel of niet in beslag genomen? Dat is ook een beetje vaag. Als het niet in kader van strafrecht is, dan is het toch eigenlijk voor de politie om te kijken zit er nog iets meer in of niet.

Gaat over wenselijke rol

- (FO) Misschien moeten we denken in WBLO straks zitten we nog niet in strafrecht. Dus dan wil je als forensisch arts ook een rol hebben bij die terugkoppeling van resultaten. (FP) De forensisch arts is de aanvrager, dus die moet ook een terugkoppeling krijgen. (FO) Je zit nog in het overlijdensonderzoek, dus het blijft nog een gesprek van die drie partijen, van moet het naar strafrecht. Die terugkoppeling moet naar het hele team. Maar die gebeuren zonder de forensisch arts erbij. (FA) Dus eerst krijg je het als forensisch arts en als je het hebt, wat doe je er dan mee? Dan moet het dus ook terug naar het team.

Huidige rol

- (FO) Nu is de praktijk dat we het live terugkrijgen na het scannen in een teamsgesprek. Dan moet je er met zijn allen bij zijn.

Wenselijke rol

- (FP) Naar de toekomst toe, als de forensisch arts het aanvraagt, dan is het logisch dat de forensisch arts de resultaten krijgt. Je kunt kijken of de politie erbij aansluit. (FA) Misschien dat je zegt dat de forensisch arts de resultaten terug krijgt, dan pas eindig je met je overlijdensonderzoek en dan pas kom je met de drie-eenheid bij elkaar en koppel je al die resultaten (van forensisch arts en radioloog) terug. En dan ga je met zijn drieën beslissen of het strafrecht is of niet. (RA) Het heeft ermee te maken in welke fase je bent. Wie is de aanvrager. Als we forensisch scannen is de politie, OvJ soort van de aanvrager. En dan mag iedereen aansluiten, dus ook de

CONCEPT

forensisch arts. En dan doe we overdracht om zoveel mogelijk mensen te hebben. In de klinische setting als we scannen zonder 'rode vlaggen', dan ga je met de aanvrager naar de scans kijken. Dan kan de forensisch arts in the lead zijn en krijgt die de uitslag.

Huidge rol

- (FO) In het overlijdensonderzoek zitten we altijd in haast. Vaak moeten we na terugkoppeling beslissen gaan we strafrecht in of niet. (FA) Je zou kunnen zeggen dat je de uitslag hebt en dat degene met wie je onderzoek hebt gedaan en die een beslissing moet nemen, dat je met zijn drieën die beslissing kunt nemen. (FP) Je bent bij een lijk, doet samen je onderzoek en dan wil je eigenlijk gelijk terugkoppelen aan OvJ en niet nog een dag wachten totdat lijkschouw is afgerond. (FA) Tox kan zomaar 36 uur duren. (FP) Je hebt twee fasen: meteen daarna, aanwijzen strafbaar feit en daarna verder.

Wenselijke rol

- (FA) Je zou kunnen kijken of het lichaam kan worden vrijgegeven na het scannen als er nog tox openstaat. (FO) De beslissing om verdere handelingen te verrichten, eventueel strafrechtelijk na het scannen, dat moet meteen daarna. Meteen moet dat huis op slot etc. Vaak is het na een scan nog een discussie over hoe nu verder. (FP) Voor de huidige praktijk verandert er niet zoveel. Je moet daarna meteen alsnog een terugkoppeling doen als drie-eenheid. En daarna komen de vervolgonderzoek, en als daar iets raars uitkomt dan koppelt de forensisch arts dat terug. (FO) Dat is wel een ideale situatie, soms komt er een vage situatie uit.

Huidige rol

- (FA) Wat we nu doen is lichaam gelijk na de schouw vrijgeven in afwachting van het onderzoek. (FO) Je hebt ook de twijfelzaken waarbij je niet het lichaam vrijgeeft. (FP) Dat vraagt later nog om praktische uitwerkingen.

Wenselijke rol

- (FA) Terug naar de aanvrager, dus de forensisch arts. En die moeten waarschijnlijk nog wel wat geschoold worden daarin. (FP) Geeft radioloog / toxicoloog een verslag met bevindingen of zit daar een interpretatie in? (FA) Hopelijk doet de radioloog ook zelf een interpretatie. (FP) Dat doet 'ie nu niet. (RA) We mogen dat nu niet. Stel we komen in het NHGD, dan mogen we op basis van wat OvJ vindt interpreteren. Dat is wel een andere smaak, dat we niet in het strafrecht zitten. Op het moment dat we daar niet in zitten, dan interpreteren wij nu dus wel. In dit stuk kun je best een goed antwoord krijgen van ons. (FA) In wezen zit je dan in overlijdensonderzoek en niet in strafrecht. (FP) Heeft zeker meerwaarde en als forensisch arts heb je nog meer informatie: ook je tox, lijkschouw en dan kun je het interpreteren zoals forensische pathologie *(hier zet FP later vraagteken bij)*. (RA) Je bent bezig met het interpreteren van wat het zou kunnen zijn, maar er is nog wel nut bij een aanvullend MDO om extra informatie te krijgen waar het je bevindingen scherper kan interpreteren. Het

CONCEPT

hangt ervan af hoe je het gaat formuleren. Klinisch interpreteren we wat we zien. De vraag is of je een statement kan maken. Als je weet dat het forensisch kan worden moet je gas terugnemen omdat datgene wat je gedocumenteerd hebt, gebruikt kan worden. (FA) Eigenlijk zeg je dat als er van alles uit tox en radiologie komt, dat er een MDO moet komen om de uitslagen te interpreteren. Dat we met elkaar kijken: tox zegt dit, radiologisch dat, lijkschouw dit en omstandigheden dat. En wat betekent het? Maar is het dan de taak van de forensisch arts om dat te organiseren? (FO) Wat is het doel dan? De doodsoorzaak achterhalen of weten of het een strafbaar feit is? (RA & FA) Dat is beiden. (FO) Want dan moet de politie ook aan tafel. (FP) Of de forensisch arts koppelt het terug aan de politie. (FA) Er zijn zoveel overlijdens per dag, dan koppelt de forensisch arts dagelijks terug aan de politie. Dan kun je vijf casussen per dag bespreken op een vast moment. (FO) De zaken die evident zijn, die zijn gemakkelijk. Maar bij de niet evidente zaken moet je alle informatie van de politie meewegen. Er kunnen veel zaken komen in dat MDO, waarbij je het antwoord nog niet hebt. (FA) Dat weet je pas als je het gesprek gevoerd hebt in zo'n dagelijks overleg. (TO) Radiologisch en toxicologisch onderzoek lijkt me niet compleet zonder een interpretatie van een deskundige. (FT) De forensisch arts heeft wel nodig dat er al een rapport met interpretatie ligt per discipline om tot de totale interpretatie te komen.

- (FP) De vraag is of de politie altijd bij de MDO's aanwezig moet zijn. (FO) Als er bij het eerste overlijdensonderzoek geen rode vlaggen zijn (want straks zijn er altijd CTs) dan hoeft de politie niet bij het gesprek te zijn. Tenzij er 'uit radiologie opeens blijkt dat er een kogel in het hoofd zit (of een andere rode vlag wordt opgemerkt) wat tijdens het eerste onderzoek op de pd niet is opgemerkt. (FP) De forensisch arts is de schakel met de politie. Die zit ook in het MDO en in the lead om contact met de politie op te nemen. (FO) Tenzij er al rode vlaggen zijn en twijfel zit op het politie vlak. Want dan zit je wel al in strafrecht. (FP) Maar zou dat eigenlijk niet moeten? (FO) Met de kogel wel. * (FP) Als een strafbaar feit niet met voldoende zekerheid kan worden uitgesloten, dan moet strafrecht in. Dat is je nieuwe richtlijn. (FO) Maar er zijn genoeg zaken waarbij het allemaal kan. (FA) Daar is dan het MDO voor, dat wordt dan een dag later. Maar je bent wel verantwoordelijk om het te organiseren met de partijen die daarvoor relevant zijn op dat moment. (FO) Je zei net 'moet het niet al strafrecht zijn?' Dit is toch precies het punt waar het OM kritisch op is? Dat onderzoek onder leiding van een forensisch arts moet niet uit gaan wapperen zodat ze over de grenzen van strafrecht komen. (FP) Om moet die verantwoordelijkheid nemen. Als zij denken aan strafrecht moeten ze het in handen nemen. (FA) Ik denk dat we het over lichamen hebben die normaal in de oven of grond belanden.
- (FP) Wellicht moet je een MDO tussen de forensisch arts en de deskundigen houden. En dan koppelt de forensisch arts terug aan de politie. (FA) Dat is nog een lastige. Misschien in de praktijk kijken hoe vaak dit aan de orde komt. (TO) Het begint te lijken op een rechtszaak waarbij iedereen gehoord moet worden. (FA) In mijn ogen is het nog heel basaal. Er is lijkschouw, iets van politie, iets van tox en radiologie en dat breng je bij elkaar. De forensisch arts gaat over doodsoorzaak en die zoekt mensen

CONCEPT

die daarbij kunnen helpen. En koppelt dat weer terug aan politie. Dus toch een getrapt voorstel. Eerst de medische tak bij elkaar, dat gaat terug naar de forensisch arts die daar iets van vindt. (FO) We zitten met de doorlooptijd, opsporing heeft haast. *Later merkt Roxane op dat ze kritisch op dit punt wil zijn. Je kunt niet eerst een medisch vooronderzoek doen zegt ze. Als er sprake is van een realistisch misdaadscenario is niet uit te sluiten dan zit je in strafrecht. Politie moet dan meteen handelen: woning verzeggen, nader tactische onderzoeken, financieel en digitaal onderzoek etc. Breed onderzoek, niet alleen medisch. We wachten niet eerst medische duiding af want dan gaan er forensische en tactische sporen verloren (fysiek, maar ook door verstrijken tijd).* (FP) Maar hoe praktisch is het dat er telkens iemand van de politie bij zit? (FO) Als we dit in alle zakendoen, moet daar natuurlijk een schifting in komen.

* Marion Matthijssen: Roxane merkt later op dat je dus wel al in strafrecht zit en dat we elkaar hier verkeerd hebben begrepen en hetzelfde bedoelen.

Consensus over de wenselijke rol van de forensisch arts bij de interpretatie van de bevindingen van radiologisch en toxicologisch onderzoek

Het gezamenlijk interpreteren (radioloog, toxicoloog, forensisch arts, internist etc) en dagelijks overleg met elkaar voeren moet op initiatief van de forensisch arts gaan plaatsvinden. De forensisch arts is in the lead om de politie te betrekken (tenzij er al een 'rode vlag is). De radioloog en toxicoloog interpreteren ook wat zij waarnemen en nemen dat mee naar dat gezamenlijke overleg. Forensisch artsen hebben extra opleiding nodig aangaande dit stuk (interpretatie). Er moet snel geschakeld worden met forensisch onderzoek. De forensisch arts gaat op grond van wat hij hoort een beslissing nemen, al dan niet samen met de politie. Indien er een rode vlak is of getwijfeld wordt aan strafrecht is het aan het OM om hier op te handelen (in beslagname etc).

Nabranders

- (FA) Er is een grijs gebied wanneer je wordt geschouwd door een forensisch arts of door een huisarts. En dat maakt nogal uit. Zeker als je ziet hoever de schouw in het vervolg gaat. Antwoord: er is weer een vervolgonderzoek gefinancierd die hierover gaat. Als je de forensisch arts betrekt bij de lijkschouw in een ziekenhuis, komt daar dan meer uit? We zijn aan het zoeken naar haakjes 'wanneer moeten we binnenkomen'. Tot nog toe zijn we afhankelijk van of we al dan niet gebeld worden.
- (FO) Wanneer ga je die drempel over naar strafrecht? En wanneer zit je dit ervoor of erna te doen. Ik heb geen scherp beeld hoe we dat gaan doen met de WBLO. Maar dat is wel heel relevant, gezien de ervaring dat die lat doorgaans nog veel te hoog ligt. *Op deze plek doelt Roxane op dat punt.*

CONCEPT

Bijlage 8 Zoekstrategie module 4A Toxicologisch onderzoek en 4B Radiologisch onderzoek

Zoekstrategie

Embase.com

No.	Query	Results
#1	'cause of death'/exp OR 'sudden death'/exp OR 'autopsy'/exp OR (((sudden OR unexpected OR unexplained) NEAR/3 (death* OR decease* OR demise*)):ti,ab,kw) OR (((cause* OR examinat* OR investigat* OR report* OR analys* OR inspect*) NEAR/3 (death* OR demise* OR 'fatal outcome*' OR fatalit* OR deceas* OR cadaver* OR corps* OR coroner*)):ti,ab,kw) OR postmortem:ti,ab,kw OR 'post mortem':ti,ab,kw OR deathcause*:ti,ab,kw OR 'autops*':ti,ab,kw OR 'necrops*':ti,ab,kw OR 'obduction*':ti,ab,kw	722918
#2	'forensic medicine'/exp OR 'forensic pathology'/exp OR 'law enforcement'/exp OR 'police'/exp OR (((forensic* OR legal) NEAR/3 medicine*):ti,ab,kw) OR (((forensic* OR medicolegal*) NEAR/3 patholog*):ti,ab,kw) OR 'law enforcement*':ti,ab,kw OR 'police*':ti,ab,kw OR forensic*:ti,ab,kw	156810
#3	#1 AND #2	27808
#4	'forensic toxicology'/exp OR 'blood examination'/exp OR 'urinalysis'/exp OR (((blood OR haematolog* OR hematolog* OR urin*) NEAR/3 (examinat* OR test* OR analys* OR investigat* OR inspect* OR screen*)):ti,ab,kw) OR 'toxicolog*':ti,ab,kw OR urinalys*:ti,ab,kw	795519
#5	'minimally invasive surgery'/exp OR 'minimally invasive procedure'/exp OR 'thoracoscopic surgery'/exp OR 'laparoscopic surgery'/exp OR 'robot assisted surgery'/exp OR 'video assisted surgery'/exp OR thoracoscop*:ti,ab,kw OR videothoracoscop*:ti,ab,kw OR laparoscop*:ti,ab,kw OR 'mini* invasive':ti,ab,kw OR vats:ti,ab,kw OR rats:ti,ab,kw OR robot*:ti,ab,kw OR 'video assisted':ti,ab,kw OR 'videoassist*':ti,ab,kw	1686770
#6	'radiodiagnosis'/exp OR 'forensic imaging'/exp OR 'nuclear magnetic resonance imaging'/exp OR 'mri scanner'/exp OR 'computer assisted tomography'/exp OR 'x ray'/exp OR ((compute* NEAR/3 tomograph*):ti,ab,kw) OR ct:ti,ab,kw OR ('magnetic resonance':ab,ti AND (image:ab,ti OR images:ab,ti OR imaging:ab,ti)) OR mri:ab,ti OR mris:ab,ti OR nmr:ab,ti OR mra:ab,ti OR mras:ab,ti OR zeugmatograph*:ab,ti OR 'mr tomography':ab,ti OR 'mr tomographies':ab,ti OR 'mr tomographic':ab,ti OR 'mr imag*':ti,ab,kw OR 'proton spin':ab,ti OR ((magneti*:ab,ti OR 'chemical shift':ab,ti) AND imaging:ab,ti) OR fmri:ab,ti OR fmris:ab,ti OR rsfmri:ti,ab,kw OR 'x ray':ti,ab,kw OR radiolog*:ti,ab,kw OR radiographic:ti,ab,kw OR roentgen*n:ti,ab,kw OR rontgen*:ti,ab,kw OR radiodiagnos*:ti,ab,kw OR 'forensic imag*':ti,ab,kw OR 'cat scan':ti,ab,kw	4798361
#7	'vitreous body'/exp OR (((vitreous OR vitrei OR vitreum OR vitrea OR glasslike OR vitreus) NEAR/3 (bod* OR chamber* OR humor* OR humour* OR eye* OR fluid* OR corpus OR bulb*)):ti,ab,kw) OR 'vitreum':ti,ab,kw	26341
#8	#3 AND (#4 OR #5 OR #6 OR #7)	6429
#9	#8 AND [2015-2024]/py NOT ('conference abstract'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it) NOT (('animal'/exp OR 'animal	3222

CONCEPT

	experiment'/exp OR 'animal model'/exp OR 'nonhuman'/exp) NOT 'human'/exp)	
#10	'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	733409
#11	'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	3302394
#12	'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 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)	6767914
#13	'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*	15053479

CONCEPT

	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)))	
#14	#9 AND #10 **– SR's**	117
#15	#9 AND #11 NOT #14 **– RCT's**	155
#16	#9 AND (#12 OR #13) NOT (#14 OR #15) **– Observationele studies**	1178
#17	#14 OR #15 OR #16	1450

Zoekstrategie
Ovid/Medline

#	Searches	Results
1	exp "Cause of Death"/ or exp Autopsy/ or exp Death, Sudden/ or ((sudden or unexpected or unexplained) adj3 (death* or decease* or demise*)).ti,ab,kf. or (cause* adj3 (death* or demise* or fatal outcome* or fatalit* or deceas* or cadaver* or corps* or coroner*)).ti,ab,kf. or postmortem.ti,ab,kf. or post mortem.ti,ab,kf. or deathcause*.ti,ab,kf. or autops*.ti,ab,kf. or necrops*.ti,ab,kf. or obduction*.ti,ab,kf.	427813
2	exp Forensic Medicine/ or exp Forensic Pathology/ or exp Law Enforcement/ or exp Police/ or ((forensic* or legal) adj3 medicine*).ti,ab,kf. or ((forensic* or medicolegal*) adj3 patholog*).ti,ab,kf. or law enforcement*.ti,ab,kf. or police*.ti,ab,kf. or forensic*.ti,ab,kf.	168245
3	1 and 2	58736
4	exp Forensic Toxicology/ or exp Hematologic Tests/ or exp Urinalysis/ or ((blood or haematolog* or hematolog* or urin*) adj3 (examinat* or test* or analys* or investigat* or inspect* or screen*)).ti,ab,kf. or 'toxicolog*'.ti,ab,kf. or urinalys*.ti,ab,kf.	547539
5	exp Minimally Invasive Surgical Procedures/ or exp Thoracoscopy/ or exp Laparoscopy/ or exp Robotic Surgical Procedures/ or thoracoscop*.ti,ab,kf. or videothoracoscop*.ti,ab,kf. or laparoscop*.ti,ab,kf. or 'mini* invasive'.ti,ab,kf. or vats.ti,ab,kf. or rats.ti,ab,kf. or robot*.ti,ab,kf. or 'video assisted'.ti,ab,kf. or 'videoassisted'.ti,ab,kf.	1729306
6	exp Diagnostic Imaging/ or exp Forensic Imaging/ or exp magnetic resonance imaging/ or exp Tomography, X-Ray Computed/ or exp X-Rays/ or ("magnetic resonance" and (image or images or imaging)).ti,ab,kf. or mri.ti,ab,kf. or mris.ti,ab,kf. or nmr.ti,ab,kf. or mra.ti,ab,kf. or mras.ti,ab,kf. or zeugmatograph*.ti,ab,kf. or "mr tomography".ti,ab,kf. or "mr	4101110

CONCEPT

	tomographies".ti,ab,kf. or "mr tomographic".ti,ab,kf. or 'mr imag*'.ti,ab,kf. or "proton spin".ti,ab,kf. or ((magneti* or "chemical shift") and imaging).ti,ab,kf. or fmri.ti,ab,kf. or fmris.ti,ab,kf. or rsfmri.ti,ab,kf. or computed tomograph*.ti,ab,kf. or ct.ti,ab,kf. or cts.ti,ab,kf. or cat scan*.ti,ab,kf. or computer assisted tomograph*.ti,ab,kf. or computerized tomograph*.ti,ab,kf. or computerised tomograph*.ti,ab,kf. or computed x ray tomograph*.ti,ab,kf. or computed xray tomograph*.ti,ab,kf. or 'x ray'.ti,ab,kf. or radiolog*.ti,ab,kf. or radiographic.ti,ab,kf. or roentgen*n.ti,ab,kf. or rontgen*.ti,ab,kf. or radiodiagnos*.ti,ab,kf. or 'forensic imag*'.ti,ab,kf.	
7	exp Vitreous Body/ or ((vitreous or vitrei or vitreum or vitrea or glasslike or vitreus) adj3 (bod* or chamber* or humor* or humour* or eye* or fluid* or corpus or bulb*)).ti,ab,kf. or vitreum.ti,ab,kf.	24982
8	3 and (4 or 5 or 6 or 7)	14666
9	limit 8 to yr="2015 -Current"	4579
10	9 not (comment/ or editorial/ or letter/) not ((exp animals/ or exp models, animal/) not humans/)	4193
11	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.	746134
12	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$3)).tw. or Placebos/ or placebo*.tw.	2725793
13	Epidemiologic studies/ or case control studies/ or exp cohort studies/ or Controlled Before-After Studies/ or Case control.tw. or cohort.tw. or Cohort analy$.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]	4725886
14	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	5689999

CONCEPT

	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* 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.))	
15	10 and 11 **– SR's**	133
16	(10 and 12) not 15 **– RCT's**	109
17	(10 and (13 or 14)) not (15 or 16) **– Observationele studies**	1061
18	15 or 16 or 17	1303

CONCEPT

Bijlage 9 Verslag focusgroep module 4A Toxicologisch onderzoek

Uitwerking door Fleur Griep

Materiaal en methode

Kwalitatief focusgroep-onderzoek – Ter aanvulling op de literatuurstudie zijn twee focusgroepen georganiseerd. Er is gekozen voor twee homogene focusgroepen, één bestaande uit betrokken medici en één uit betrokkenen vanuit politie en Justitie, om inzicht te krijgen in de visie van deze twee belangrijke ketenpartners en hen vrijuit te kunnen laten spreken.

Werving – Via e-mail en whatsapp zijn oproepen verspreid over Nederland wie zou willen deelnemen, waarna men zich kon aanmelden.

Onderzoekspopulatie - De 'medici'-focusgroep bestond uit acht personen, waaronder forensisch artsen (in opleiding), toxicologen en pathologen. Twee deelnemers hebben op de dag van de bijeenkomst geannuleerd en zijn op een later tijdstip online geïnterviewd met dezelfde vragen als tijdens de focusgroepen. De tweede, 'politie en Justitie'-focusgroep bestond uit vijf leden van forensisch opsporing (FO), districtsrecherche (DR) en het Openbaar Ministerie (OM). Bij het samenstellen van de focusgroepen is gelet op representativiteit op het gebied van werkregio, werkervaring, forensisch opleiding (lopend of afgerond) en verschillende betrokken disciplines. Met toestemming van de deelnemers zijn beide focusgroepen opgenomen en nadien getranscribeerd door een extern transcriptiebureau. Het onderzoeksvoorstel is van tevoren niet getoetst bij een METC en een (niet)-WMO-verklaring was niet nodig, omdat het niet een medisch wetenschappelijk onderzoek betreft waarbij personen aan handelingen zijn onderworpen of gedragsregels zijn opgelegd.

Analyse – Het betreft een samenvatting van de inhoud en een thematische analyse met inductieve benadering van de transcripties, uitgevoerd door één onderzoeker en besproken met twee betrokken onderzoekers, waarbij exploratief is gecodeerd en niet vooraf codes zijn geformuleerd.[1][2][3][4] De resultaten van beide focusgroepen en de interviews zijn gecombineerd.

Resultaten

Resultaten van de homogene focusgroepen

Op 24 juni 2024 hebben twee homogene focusgroepen plaatsgevonden: één met betrokken medici en één met betrokken medewerkers van politie en Justitie. Tijdens deze bijeenkomsten zijn de deelnemers een vijftal vragen voorgelegd, waarvan vier vragen relevant zijn voor de beantwoording van deze onderzoeksvraag. 1. Wat is het doel van postmortaal toxicologisch bloedonderzoek in het algemeen? 2. Wanneer acht u postmortaal toxicologisch bloedonderzoek effectief & efficiënt als methode om een

[1] Gespreksleiding in groepsgesprekken en focusgroepen, M. Matthijssen, 2024, hoofdstuk 6 Deelnemers, hoofdstuk 11 Analyse.
[2] https://www.scribbr.nl/onderzoeksmethoden/thematische-analyse/
[3] APA Handbook of research methods in psychology, V. Braun, V. Clarke, American Psychological Association Editors, 2012. Hoofdstuk 1 Thematic analysis.
[4] https://www.pearson.com/content/dam/one-dot-com/one-dot-com/netherlands/Hoger-onderwijs/Productdownloads/SAUNDERS_methoden_techn_editie7_H11.pdf.

CONCEPT

uitspraak te kunnen doen over aard van overlijden of doodsoorzaak? 3. De stelling: Postmortaal toxicologisch bloedonderzoek moet standaard worden ingezet. 4. Wanneer moet postmortaal toxicologisch bloedonderzoek worden ingezet bij de volgende categorieën overlijdensgevallen? (verpleeghuisschouwen, overlijden onder overheidstoezicht, lijkvinding, onverwacht en onverklaard overlijden, ongeval, brandlijk, suïcide en overlijden met aanwijzingen voor een misdrijf).

In tabel 2 staan de karakteristieken van beide focusgroepen beschreven.

Focusgroep 'Medici'		**Focusgroep 'politie en Justitie'**	
Specialisme/Functie	**Werkregio**	**Specialisme/Functie**	**Werkregio**
2 Forensisch artsen	Friesland, Noord-Holland, Amsterdam, Limburg	2x Forensische Opsporing	Hollands Midden, Haaglanden, Noord-Holland, Amsterdam
2 Forensisch artsen in opleiding	Amsterdam, Hollands Midden, FARR, Overijssel	1x District Recherche	Noord-Holland, Amsterdam
2 Toxicologen	Erasmus Medisch Centrum (EMC), Nederlands Forensisch Instituut	2 Officier van Justitie	Landelijk parket, Oost-Nederland
1 Patholoog	Nederlands Forensisch Instituut		
1 Forensisch arts & patholoog	Utrecht, Flevoland, Nederlands Forensisch Instituut		

Tabel 2. Karakteristieken focusgroep 'Medici' en focusgroep 'politie en Justitie'

CONCEPT

Het doel

Aard van overlijden Uit beide focusgroepen kwamen het vaststellen van de doodsoorzaak en de differentiatie tussen een natuurlijke en niet-natuurlijk overlijden naar voren als belangrijke doelen van postmortaal toxicologisch bloedonderzoek, evenals het opsporen van misdrijven en het aantonen of uitsluiten van een toxicologische bijdrage aan het overlijden. Beide groepen gaven aan dat een toxicologie-uitslag richting kan geven aan een overlijdensonderzoek of een scenario kan bevestigen of uitsluiten. Tezamen geeft dit een mate van overtuiging voor de aard van overlijden.

Soorten onderzoek

De 'politie en Justitie'-groep onderscheidde postmortaal toxicologisch bloedonderzoek in de eerste en tweede lijn, waarbij het eerstelijns onderzoek alle overlijdensonderzoeken betreft zonder verdenking op een strafbaar feit en het postmortaal bloedonderzoek wordt uitgevoerd door een laboratorium. Tweedelijns

onderzoek betreft overlijdensonderzoeken met een vermoeden op een strafbaar feit, waarbij postmortaal bloedonderzoek wordt uitgevoerd door het NFI. De medici-groep onderscheidde indicatief en concluderend postmortaal toxicologisch bloedonderzoek, waarbij met indicatief een screenend onderzoek werd bedoeld dat een richting zou kunnen geven aan een overlijdensonderzoek. Een concluderend onderzoek toont een specifieke stof aan waar reeds aanwijzingen voor bestonden of sluit deze uit.

Aanvullende waarden

De medici-groep gaf aan dat postmortaal toxicologisch bloedonderzoek kan zorgen voor duidelijkheid over de therapietrouw van een overledene en duidelijkheid richting (eventuele) familieleden. Zo benoemde een van de toxicologen:

'Als het geen suïcide blijkt, terwijl dit aanvankelijk wel zo is afgegeven, heb je een heel ander verhaal'. (Medici-groep)

De medici-groep gaf tevens aan dat het belangrijk is om statistieken omtrent overlijdens zoveel mogelijk correct te registreren, omdat beleid wordt bepaald op basis van statistieken. Twee forensisch artsen gaven ook het belang aan van het verzamelen van feiten:

'Feiten, zowel positieve als negatieve bevindingen, waarmee je aan het eind van de rit jouw conclusie of scenario, het meest waarschijnlijke scenario, kan ondersteunen'. (Losse interviews)

Tot slot benadrukten zij dat postmortaal toxicologisch bloedonderzoek tot een betere inschatting van de doodsoorzaak kan leiden, maar dat de uitslag altijd in combinatie moet worden gezien met alle andere beschikbare informatie over de omstandigheden.

Effectiviteit & efficiëntie

Tijd en logistiek Beiden focusgroepen benoemden tijd en logistiek als belangrijke thema's voor de effectiviteit en efficiëntie van postmortaal toxicologisch bloedonderzoek. De medici-groep focuste zich vooral op de tijdsduur van een toxicologie-uitslag in combinatie met de beslissing over inbeslagname of vrijgave van een stoffelijk overschot in de tussentijd. Idealiter zouden zij het liefst ieder stoffelijk overschot in beslaggenomen houden totdat de toxicologie-uitslag bekend is, echter duurt dit in de praktijk te lang. Logistiek omtrent het afgenomen materiaal richting laboratoria werd in beide groepen genoemd, waarbij de 'politie en Justitie'-groep focuste op efficiënt gebruik van afgenomen materiaal: voorkomen dat bloedmonsters zijn opgebruikt in de eerstelijn en het tijdig kiezen voor eerste- of tweedelijns onderzoek. Een van de forensisch artsen benoemde het belang van de toegang tot postmortaal toxicologisch bloedonderzoek:

'Ik denk dat je laagdrempelig moet includeren voor je postmortale tox. Je moet het proces makkelijk maken voor degene die erbij betrokken zijn, dus dat geldt voor zowel de forensische dokter, maar dat geldt ook voor de laboratoriummedewerker, als ook de terugkoppeling, de uitslag. Daar moet ook niet een te groot delay in zitten' (Losse interviews)

Financiën

CONCEPT

Ieder postmortaal toxicologische bloedonderzoek kost capaciteit van apparaten, medewerkers en materiaal. De 'politie en Justitie'-groep gaf aan dat dit maar een relatief kleine kostenpost is binnen een heel overlijdensonderzoek, maar dat binnen het OM wel degelijk de tweedelijns-inzet van middelen wordt afgewogen. De medici-groep pleitte voor keuzes maken en daarom voor verschillende 'onderzoekspakketten' waarbij, afhankelijk van de casus, een gericht of screenend toxicologisch bloedonderzoek kan worden aangevraagd. De bepalingen zouden per pakket gestandaardiseerd moeten zijn met uniformiteit tussen alle laboratoria in Nederland. Specifieke bepalingen moeten extra kunnen worden aangevraagd. Een forensisch arts stelde dat de indicatiestelling voor postmortaal toxicologisch bloedonderzoek los zou moeten staan van de betaler en soms juist kosten van nader postmortaal onderzoek worden bespaard als het al voor voldoende duidelijkheid heeft gezorgd.

Samenwerking

Volgens beide focusgroepen is goede samenwerking en afstemming tussen de ketenpartners belangrijk. De 'politie en Justitie'-groep betrok dit vooral op het van gezamenlijke besluitvorming over de inzet van postmortaal toxicologisch bloedonderzoek, de medici-groep stelde dat een onderzoek pas effectief en efficiënt kan zijn, wanneer je weet wat je onderzoekt: een goede vraagstelling vanuit een forensisch arts richting een toxicoloog, realistisch verwachtingsmanagement vanuit een toxicoloog richting een forensisch arts en/of het OM over de mogelijkheden van het onderzoek en een goede duiding van de uitslag, zo nodig van een aanvullend specialist.

Onverwachte bevindingen

Onverwachte bevindingen en daardoor een verandering van de conclusie van een overlijdensonderzoek geeft ook effectiviteit en efficiëntie aan van postmortaal toxicologisch bloedonderzoek. Uitsluiting van een toxicologische doodsoorzaak kan zorgen voor meer overtuiging voor een natuurlijk overlijden. Andersom kunnen aanwijzingen voor een ongeval of suïcide middels middelen(ge)(mis)bruik door een negatieve toxicologie-uitslag worden weerlegt. Volgens de medici-groep dragen onverwachte toxicologie-uitslagen hierdoor ook bij aan het opsporen van misdrijven.

Verdeeldheid

Een medewerker van forensische opsporing gaf een mogelijke verklaring voor het verschil van inzicht wat kan bestaan over het inzetten van postmortaal toxicologisch bloedonderzoek tussen medici en 'politie en Justitie':

'Wij hebben natuurlijk primair als doel het vaststellen van een misdrijf, de arts heeft primair als doel niet natuurlijk of natuurlijk overlijden. We hebben primair niet dezelfde doelen'. (Politie en Justitie-groep)

Ook onderling was de 'politie en Justitie'-groep verdeeld: is het effectief en efficiënt om postmortaal toxicologisch bloedonderzoek getrapte in te zetten wanneer het een meerwaarde lijkt te hebben voor een casus, of moet het vaker worden ingezet omdat men niet wat wordt gemist als het niet wordt gedaan? Een medewerker van de forensische opsporing droeg als reden van efficiëntie van postmortaal toxicologisch bloedonderzoek aan:

CONCEPT

‘Omdat uit meerdere onderzoeksrapporten die meerwaarde is gebleken. En ook, je weet niet wat je mist als je het niet doet. En daarmee geef je ook de ruimte om je niet te beperken. En ook, het scheelt ook discussie op de plaats delict’. (‘Politie en Justitie’-groep)

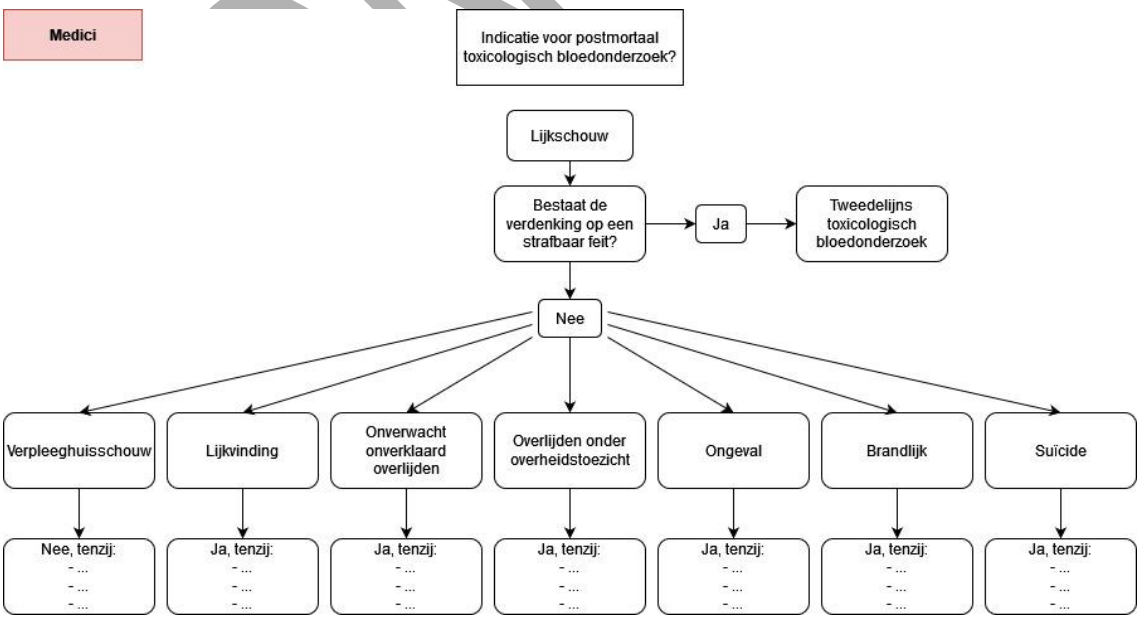
De tweede medewerker van de forensische opsporing stelde hiertegenover:

‘De noodzaak ligt in de context van de zaak.’ (‘Politie en Justitie’-groep)

De medici-groep concludeerde dit laatste en één van de geïnterviewde forensisch artsen voegde toe dat het juist van toegevoegde waarde kan zijn in zaken waar het niet wordt verwacht. De medewerker van de district recherche uit de ‘politie en Justitie’-groep gaf tot slot aan dat een toxicologische uitslag effectief kan zijn in gesprekken met nabestaanden om een ‘hard, objectief gegeven’ te hebben als een soort ‘bewijs’ voor de conclusie van een overlijdensonderzoek, naast alle zaken uit een overlijdensonderzoek die voor interpretatie vatbaar kunnen zijn.

<u>De inzet</u>

De medici-groep kwam na discussie tot overeenstemming dat postmortaal toxicologisch bloedonderzoek bij bijna alle categorieën overlijdensgevallen standaard moet worden ingezet, tenzij sprake is van duidelijk geformuleerde exclusiecriteria en dat men per zaak hiervan kan afwijken als de noodzaak hiertoe ontbreekt. Deze uitgangssituatie wordt verder het ‘ja, tenzij…’-principe genoemd. Het andere geformuleerde uitgangsprincipe is het ‘nee, tenzij…’-principe genoemd, waarin per casus wordt overwogen of een indicatie bestaat om postmortaal toxicologisch bloedonderzoek uit te voeren. De medici-groep heeft bij alle categorieën overlijdensgevallen de keuze gemaakt voor het ‘ja, tenzij…’-principe, behalve bij de verpleeghuisschouwen (zie figuur 2).



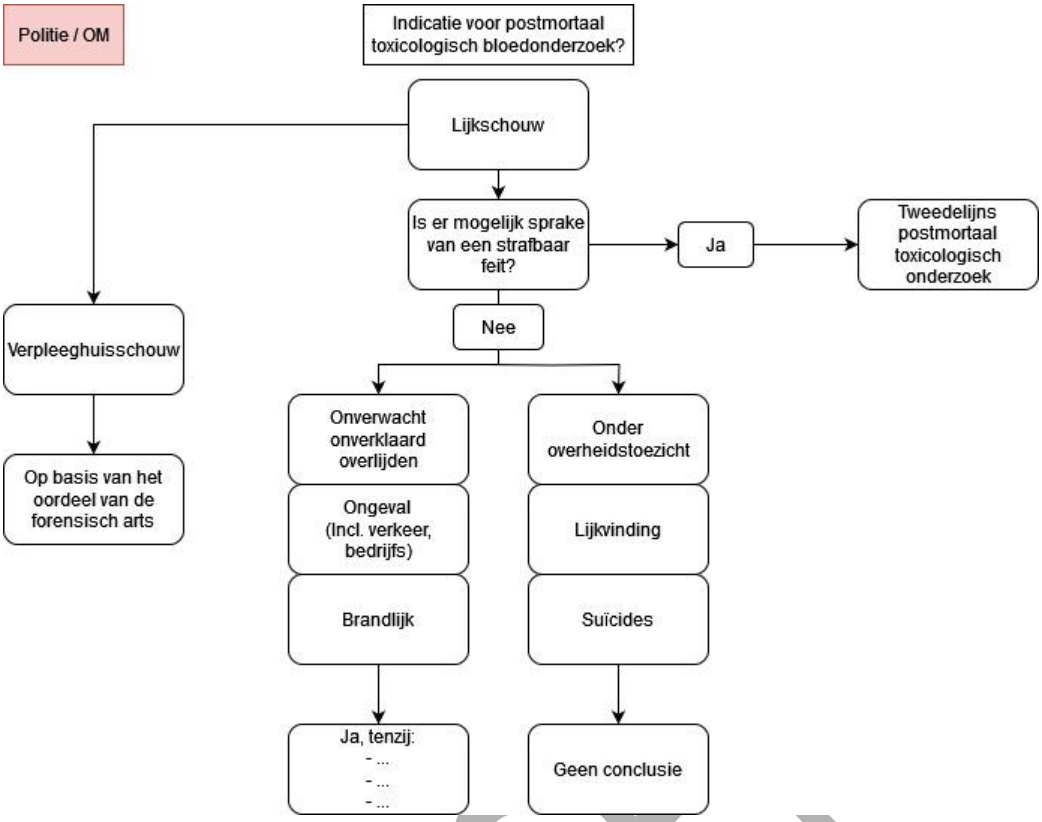
Figuur 2. Stroomdiagram voor de inzet van postmortaal toxicologisch bloedonderzoek volgens de groep medici.

Het zou bij deze categorie gaan om grote aantallen en daardoor een flinke kostenpost, waarbij postmortaal toxicologisch bloedonderzoek waarschijnlijk weinig zou opleveren. Een van de forensisch artsen gaf daarbij aan dat het niet professioneel zou overkomt om

dit bij elke verpleeghuisschouw te doen. Een van de toxicologen suggereerde dat de meerwaarde binnen deze categorie wellicht eens in studieverband onderzocht zou moeten worden. De 'politie en Justitie'-groep vond deze categorie overlijdensgevallen meer een medische beslissing en deed hierover geen uitspraak. Voor de categorieën 'onverwacht en onverklaard overlijden', 'ongeval' en 'brandlijk' maakte deze groep de keuze voor het 'ja, tenzij…'-principe, bij de andere categorieën overlijdensgevallen kwam de groep niet tot een eenduidige beslissing over een van beide uitgangsprincipes (zie figuur 3).

Beide focusgroepen gaven vergelijkbare argumenten om bij categorieën overlijdensgevallen voor het 'ja, tenzij…'-principe te kiezen, zoals de behoefte aan meer (toxicologische) informatie wanneer nog meerdere scenario's uit te sluiten of aan te tonen zijn, het ontdekken van niet-natuurlijke overlijdens waaronder geënsceneerde suïcides (misdrijven), opheldering over schuldvragen en verantwoordelijkheden van onder andere de overheid of een werkgever en alle feiten boven water willen hebben voor een strafzaak. De officieren van Justitie beaamden dat het in een rechtszaak helpend is om het scenario 'toxicologische bijdrage aan het overlijden' uitgesloten of juist nog als mogelijkheid te hebben. Ook gaven zij aan dat in een rechtszaak altijd wel een misdrijfscenario kan worden bedacht, maar dat het moet gaan om een reëel misdrijfscenario. Zij vrezen bij standaard inzetten van postmortaal toxicologisch bloedonderzoek voor een stijging van eerstelijns onderzoeken die eigenlijk tweedelijns hadden moeten zijn, waardoor onnodig dubbele analyses worden uitgevoerd. De 'politie en Justitie'-groep deelde de mening van de medici-groep dat bij een 'overlijden onder overheidstoezicht' postmortaal toxicologisch bloedonderzoek uitgevoerd moet worden ter controle van de kwaliteit van zorg, om duidelijkheid te scheppen voor familie en/of nabestaanden en discussies over het gebeurde te voorkomen. Zij maakten echter wel een verdeling tussen overlijdens in de penitentiaire inrichting (PI) en overlijdens met een rechtelijke machtiging (RM), omdat de populatie met een RM over het algemeen een hogere leeftijd zou hebben en daarmee de kans op een natuurlijk overlijden groter zou zijn. De 'politie en Justitie'-groep was onderling verdeeld over de categorie 'lijkvinding' omdat men hierbinnen een veelvoud aan situaties en scenario's kon verzinnen waarbij de noodzaak tot postmortaal toxicologisch bloedonderzoek verschillend werd ingeschat. Voor 'suïcides' zou het 'ja, tenzij…'-principe geschikt kunnen zijn, echter zou de toegevoegde waarde misschien ontbreken als alles al wijst naar een suïcide. De medewerker van de district recherche gaf aan dat het wel antwoorden kan opleveren aan nabestaanden over de gemoedstoestand waarin iemand verkeerde. De medici-groep zou bij alle suïcides postmortaal toxicologisch bloed willen inzetten. De categorie 'aanwijzingen voor een misdrijf' is binnen de 'politie en Justitie'-groep niet ter sprake gekomen.

CONCEPT



Figuur 3. Stroomdiagram voor de inzet van postmortaal toxicologisch bloedonderzoek volgens de groep 'politie en Justitie'.

Beide focusgroepen vonden het belangrijk dat bij een vermoeden op een misdrijf afstemming plaatsvindt over of het een eerste of tweedelijns bloedonderzoek wordt, zeker als nog een gerechtelijke sectie plaatsvindt. Een van de later geïnterviewde forensisch artsen gaf aan dat het postmortale toxicologische bloedonderzoek normaler wordt als je het altijd doet als onderdeel van de lijkschouw. De andere geïnterviewde forensisch arts pleitte in het algemeen voor de strategie uit zijn werkregio waarbij postmortaal toxicologisch bloedonderzoek standaard wordt ingezet bij alle schouwen waarbij de FO aanwezig is. Deels om logistieke redenen en omdat de noodzaak bij overige casuïstiek vaak niet zou bestaan.

CONCEPT

Bijlage 10 Verslag focusgroep module 6 Informatiedeling met en terugkoppeling aan ketenpartners en medisch zorgprofessionals

Uitwerking Marion Matthijssen

Deelnemers

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

Ikv letsel- en zedenonderzoek

- **Een filter en een vertaling**

CONCEPT

- 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 je eigen logo op kan zetten. 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).

CONCEPT

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.

Ikv 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 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

CONCEPT

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

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

CONCEPT

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

CONCEPT

ook vaak forensisch arts bij. OM heeft bij strafbaar feit, waarbij iemand in ziekenhuis beland, soms de grootst mogelijke moeite om iets van informatie te krijgen. Daar heeft 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 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:

- 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.

CONCEPT

- 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.

CONCEPT

(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 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

CONCEPT

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 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

CONCEPT

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

CONCEPT

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 11 Methode Delphi-studie lijkschouwverslag

Procedure

Als input voor de eerste ronde van de survey is aan de hand van bestaande nationale en internationale literatuur en richtlijnen een lijst van items voor de inhoud van een lijkschouwverslag opgesteld.(1-10) Middels een Excel-formulier is op een 5-punts Likertschaal per item gevraagd hoe belangrijk het is om dat item in een lijkschouwverslag op te nemen. De schaal was als volgt verdeeld: 1 stond gelijk aan zeer onbelangrijk, 2 stond gelijk aan onbelangrijk, 3 stond gelijk aan Enigszins belangrijk, 4 stond gelijk aan belangrijk, en 5 stond gelijk aan zeer belangrijk.

De 5-punts Likertschaal is een van de meest gebruikte schalen en heeft als voordeel dat het een overzichtelijke schaal is en dat men ervoor kan kiezen om neutraal te stemmen. Het gebruik van een grotere schaal, bijvoorbeeld 10-punten, maakt dat men geen onderscheid meer maakt tussen bijvoorbeeld een score van 7 of 10. Om de Delphi-methode zo overzichtelijk mogelijk te houden en daarmee de respons te optimaliseren ondanks de grote hoeveelheid items, is gekozen voor een 5-punts Likertschaal.

Dit formulier is vervolgens, met een begeleidend schrijven, als pilot voorgelegd aan een expert-panel bestaande uit 5 forensisch artsen. Met de feedback verkregen uit de pilot is de survey geoptimaliseerd en werd een definitieve versie opgesteld die gebruikt is voor de eerste ronde van de Delphi-studie.

Uitvoering

Deze Delphi-methode werd uitgevoerd met behulp van het online platform vragenlijstplatform Qualtrics© (Provo, UT, USA). Uitnodigingen zijn via de mailinglijst van de beroepsvereniging van forensisch artsen (Forensisch Medisch Genootschap (FMG)) gedeeld met alle in 2022 geadministreerde leden. De uitnodiging bevatte een link naar de online vragenlijst, het doel van dit specifieke onderzoek, een beschrijving van en argumentatie voor het gebruik van de Delphi-methode en wat er verwacht werd van de respondenten gedurende dit onderzoek. De panelleden werden aangemoedigd om deel te nemen aan alle opvolgende Delphi-rondes, maar hadden te allen tijde de mogelijkheid om zich zonder reden terug te trekken uit het onderzoek. Daarnaast is tijdens een presentatie op het FMG-congres in september 2022 opgeroepen tot deelname aan de Delphi-methode.

In ronde 1 van de Delphi-methode werd aan de panelleden gevraagd om op een 5-punts Likertschaal aan te geven hoe belangrijk het is om een specifiek item in een lijkschouwverslag op te nemen mits van toepassing op de specifieke casus. Bij een beoordeling van een 3 of lager werd de deelnemers verzocht om de keuze te beargumenteren. Bij ieder item werd de mogelijkheid geboden om opmerkingen te maken met betrekking tot de gegeven score of de bewoording van het item. Consensus om een item in het lijkschouwverslag op te nemen was bereikt wanneer meer dan 80% van de respondenten het item met een score hoger dan 4 hadden beoordeeld. Wanneer 80% van de panelleden een item een 2 of lager hadden gescoord was consensus bereikt om het item uit de lijst te verwijderen. Hoewel in de literatuur consensuswaarden variëren tussen de 55% en 100% (10, 11), wordt een arbitraire grens van 70% of hoger vaker gekozen.(12-15) In deze studie is voor een relatief hoge arbitraire grens gekozen omdat dit kan bijdragen aan het creëren van een groter draagvlak.

CONCEPT

In ronde 2 werden alle items waarvoor in ronde 1 geen consensus was bereikt, opnieuw ter beoordeling aan de panelleden voorgelegd en aangevuld met eventuele nieuwe items. Voor elk van deze items werden tevens de in ronde 1 geformuleerde opmerkingen weergegeven (zie voorbeeld in figuur 1), zodat panelleden hun beoordeling konden heroverwegen op basis van de eerder verstrekte argumentatie.

In ronde 3 werden items waarvoor in ronde 2 tussen de 50% en 80% van de panelleden een 4 of hoger hadden gescoord, maar waarbij nog geen consensus was bereikt, nogmaals ter beoordeling voorgelegd, eventueel aangevuld met nieuwe items. Voor elk van deze items werden tevens de in ronde 2 geformuleerde opmerkingen weergegeven, zodat de panelleden wederom hun beoordeling konden heroverwegen op basis van de eerder gegeven argumentatie.

Blijkens opmerkingen van de panelleden gedurende de eerste 3 rondes van de Delphi-studie was een vierde ronde noodzakelijk om een scherper onderscheid te maken tussen items die structureel in een lijkschouwverslag opgenomen dienen te worden en items waarvan relevantie afhankelijk is van de context van de casus. Daarnaast ging het tevens om het verduidelijken van het onderscheid tussen informatie met een voornamelijk administratief doel en informatie die noodzakelijk is om de forensisch-medische redenering en de totstandkoming van conclusies door de forensisch arts inzichtelijk te maken (zie voorbeeld figuur 2).

Referenties

1. European Council of Legal Medicine. Harmonization of Medicolegal Autopsy 2014 [cited 2022 01-01-2022]. Available from: https://eclm.eu/en/documents/harmonization-of-medico-legal-autopsy-protocol/.
2. Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin. Swiss Principles and Rules for Medico-Legal Autopsy 2019 [cited 2023 1-1-2023]. Available from: https://sgrm.ch/de/suche?tx_solr%5Bq%5D=Autopsy+rules.
3. RECOMMENDATION No. R (99) 3 on the harmonisation of medico-legal autopsy rules and its explanatory memorandum. Forensic Sci Int. 2000;111:5–29.
4. Duijst W, Reijnders U, Reijnen G, Dijkhuizen L. Handboek forensische geneeskunde: Gompel&Svacina; 2021.
5. Cusack D, Ferrara S, Keller E, Ludes B, Mangin P, Väli M, et al. European Council of Legal Medicine (ECLM) principles for on-site forensic and medico-legal scene and corpse investigation. International journal of legal medicine. 2017;131:1119–22.
6. Forensisch Medisch Genootschap. Richtlijn Forensische Geneeskunde Lijkschouw 2016 [cited 2024 9-7-2024]. Available from: https://forgen.nl/richtlijn/8/lijkschouw.
7. Forensisch Medisch Genootschap. Checklist lijkschouw uitgebreid 2016 [cited 2024 9-7-2024]. Available from: https://forgen.nl/richtlijn/8/lijkschouw.
8. Forensisch Medisch Genootschap. Checklist lijkschouw verkort 2016 [cited 2024 9-7-2024]. Available from: https://forgen.nl/richtlijn/8/lijkschouw.
9. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Toetsingskader Lijkschouw bij (verdenking van) niet-natuurlijke dood 2020 [cited 2024 9-7-2024]. Available from: https://www.igj.nl/publicaties/toetsingskaders/2020/10/27/toetsingskader-lijkschouw-bij-verdenking-van-niet-natuurlijke-

CONCEPT

dood#:~:text=Met%20het%20%27Toetsingskader%20lijkschouw%20bij,kwaliteit%20van%20de%20lijkschouw%20zelf.
10. Boulkedid R, Abdoul H, Loustau M, Sibony O, Alberti C. Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. PLoS One. 2011;6(6):e20476.
11. 1Williams PL, Webb C. The Delphi technique: a methodological discussion. Journal of Advanced Nursing. 1994;19(1):180–6.
12. 1Gould SJ, Weber MA, Sebire NJ. Variation and uncertainties in the classification of sudden unexpected infant deaths among paediatric pathologists in the UK: findings of a National Delphi Study. J Clin Pathol. 2010;63(9):796–9.
13. Jacob E, Duffield C, Jacob D. A protocol for the development of a critical thinking assessment tool for nurses using a Delphi technique. J Adv Nurs. 2017;73(8):1982–8.
14. Naughton B, Roberts L, Dopson S, Brindley D, Chapman S. Medicine authentication technology as a counterfeit medicine-detection tool: a Delphi method study to establish expert opinion on manual medicine authentication technology in secondary care. BMJ Open. 2017;7(5):e013838.
15. Meijering JV, Tobi H. The effect of controlled opinion feedback on Delphi features: Mixed messages from a real-world Delphi experiment. Technological Forecasting and Social Change. 2016;103:166–73.

CONCEPT

Bijlage 12 Onderdelen en items lijkschouwverslag

Neem de volgende items op in het lijkschouwverslag (indien bekend)

Naam en BIG nummer van de arts die de lijkschouw uitvoert

Identiteit van de overledene

- Naam van overledene
- Geboortedatum van overledene
- Geslacht van overledene
- BSN van overledene

Informatie over de melding

Algemeen

- Overleden te (plaats)
- Gemeente van overlijden

Inhoudelijk

- Melding inhoudelijk (beschrijving van het incident, verloop van tijd)
- Wie heeft het slachtoffer aangetroffen

Bevindingen tijdens de schouw

Procesgegevens

- Overlijdensdatum van overledene (bekend, waarschijnlijk, lijkvinding)
- Datum/tijd van de schouw

Beschrijving van het lichaam

- Lijkvlekken (afwezig, niet te beoordelen, niet wegdrukbaar, wegdrukbaar etc.)/conform positie
- Lijkstijfheid
- Ontbinding (Geen, Beginnend, Gevorderd, Vergevorderd etc.)

Evaluatie en conclusie

- Evaluatie
- Aard van overlijden (natuurlijk/niet natuurlijk)
- Doodsoorzaak (ziekte, incident of verwonding die de keten van gebeurtenissen inzette die tot de dood leidde) voor zover mogelijk op basis van de schouw
- Conclusie

Neem de volgende items op in het lijkschouwverslag wanneer er onduidelijkheid is over het moment van overlijden

Beschrijving het lichaam

- Lichaamstemperatuur/ Tijdstip
- Omgevingstemperatuur/ Tijdstip
- Henssge nomogram (gebruikte waarden/parameters en uitslag)

Neem de volgende items op in het lijkschouwverslag wanneer dit voor een specifieke casus van belang is

CONCEPT

Melding algemeen

- Reden van aanvraag (aard van melding, wat was de reden dat de forensische arts werd gecontacteerd, aanwijzing voor niet natuurlijke dood, datum overlijden onbekend etc.)
- Officier van Justitie
- Datum vrijgave
- Plaats van overlijden (Hotel, Justitiële instelling, Openbare weg, Overige instellingen, Thuis etc.)
- Gemeente van overlijden
- Locatie van aantreffen

Melding inhoudelijk

- Laatste contact met overledene (wie, hoe)
- Eventueel tijdstip incident
- Eventueel betrokkenen
- Situatie rondom aantreffen/ wijzigingen van de situatie ter plaatse (om de dood vast te stellen, contaminatie, reanimatie)
- Welke en van wie is de verschillende informatie ontvangen? (Informatie rondom gewijzigde situatie, eventueel betrokkenen, situatie rondom aantreffen, melding inhoudelijk etc.)

Voorgeschiedenis

- Recente (medische) bijzonderheden alleen relevante informatie voor de casus
- Niet-psychiatrische antecedenten (inclusief ziekenhuis opnames en actueel medicatiegebruik)
- Suïcidale uitingen/ gedrag
- Psychiatrische klachten / Eventuele psychiatrische antecedenten, inclusief ziekenhuisopnames en medicatie
- Van wie komt de informatie (rondom voorgeschiedenis)
- Drugs, alcoholverslavingen
- Contact met de huisarts/ specialist (vermeld hoe laat en met wie)

Handelingen aan het lichaam

Algemene informatie overledene

- Zijn er wijzigingen in de houding of omgeving van slachtoffer aangebracht om de dood vast te stellen?
- Lijkvlekken locatie
- Lichaamsbedekking
- Laatst levend contact
- Locatie van de schouw (Op de plaats van overlijden of elders)
- Negatieve bevindingen (afwezigheid van bepaalde letsels/bevindingen etc.)
- Omgeving (omschrijving inclusief bijvoorbeeld luchtstroming, nat, droog etc.)
- Medicijnen
- Ligging van het lijk
- Tekenen van geweld op het lichaam
- Sporen overmatig medicijngebruik/ drugsgebruik/verslaving
- Bloedsporen (positie/vorm)
- Tekenen van dierlijke activiteit

CONCEPT

- Schedel/ schedelhuid (huidbloedingen, letsels, breuken etc.)
- Aangezicht (breuken, letsel etc.)
- Ogen/ slijmvliezen ogen (pupil vervormbaar, conjuctivale kleur, bloedingen, petechiën etc.)
- Mond/ slijmvliezen mond (slijmvlies kleur, wonden, bloedingen, corpora aliena, petechiën lippen etc.)
- Gebit (inhoud mondholte, prothese, breuk etc.)
- Nek (excessieve mobiliteit, aan of afwezigheid van huidverkleuringen, aan of afwezigheid van petechiën etc.)
- Hals (letsels, striemen, bloedingen etc.)
- Keel (braaksel, bloed, corpora alinea, roet)
- Schoudergordel inclusief sleutelbeenderen (letsel etc.)
- Oksels (letsels etc.)
- Ledematen (letsels, fracturen, littekens etc.)
- Borst (letsels, ribfracturen, littekens etc.)
- Buik (letsels, percussie longen en lever etc.)
- Rug (letsels, wervelkolom rechte lijn/ abnormale beweeglijkheid etc.)
- Bekken (fracturen etc.)
- Geslachtsorganen (bloed uit urethra, perineum, anus etc.)
- Samenvatting (beschrijving)

<u>Bemonstering</u>

- Bloed afgenomen (of er bloed of ander lichaamsmateriaal is afgenomen en van welke locatie van het lichaam)
- Urine afgenomen (of er urine is afgenomen en de locatie)
- Postmortaal onderzoek waarom wel/niet en de uitslag
- Uitslagen toxicologie

<u>Evaluatie-conclusie-advies</u>

- Zijn er discrepanties met bevindingen/conclusie van de tactische recherche?
- Zijn er discrepanties met bevindingen/conclusie van de forensische opsporing?
- Betrokkenheid van derden
- Nalatigheid in de zorg
- Advies
- Nader onderzoek noodzakelijk (en welke vormen van nader onderzoek)
- Bestaat er een indicatie voor nader overleg met andere deskundigen (b.v. radioloog, patholoog of behandelend artsen) (ook de uitkomst van een eventueel overleg)

CONCEPT