

Lijkschouw in de langdurige zorg

Auteurs
Opdrachtgever
Kenmerk
Publicatiedatum

Bureau HHM
Ministerie van VWS, directie langdurige zorg
AN/23/0368/vspawlz
Februari 2023

© Bureau HHM



Inhoud

| | | |
|------------|---|----|
| 1. | Inleiding..... | 3 |
| 1.1 | Aanleiding..... | 3 |
| 1.2 | Onderzoeksvragen..... | 3 |
| 2. | Achtergrond..... | 5 |
| 2.1 | Proces van lijkschouw | 5 |
| 2.2 | (Juridische) context | 7 |
| 3. | Bevindingen | 10 |
| 3.1 | Knelpunten bij lijkschouw in de langdurige zorg | 10 |
| 3.2 | Perspectieven op taakherschikking bij lijkschouw..... | 13 |
| 3.3 | Inzet VS en PA met voldoende kwaliteit..... | 16 |
| 3.4 | Benodigde verandering in wet- en regelgeving..... | 18 |
| 3.5 | Ruimte om ervaring op te doen..... | 19 |
| 3.6 | Vertaling naar andere sectoren | 20 |
| 4. | Conclusies en advies | 21 |
| 4.1 | Conclusies | 21 |
| 4.2 | Advies | 22 |
| Bijlage 1. | Bestudeerde documenten | 25 |
| Bijlage 2. | Geraadpleegde respondenten | 27 |
| Bijlage 3. | Gespreksleidraad..... | 28 |
| Bijlage 4. | Deelnemers reflectiesessie | 29 |

1. Inleiding

Kan de lijkschouw in de langdurige zorg, zoals die nu door behandelend artsen wordt uitgevoerd, ook worden uitgevoerd door verpleegkundig specialisten en/of physician assistants? Dat is de centrale vraag in dit onderzoek. In dit hoofdstuk beschrijven we de aanleiding, vraagstelling, focus en aanpak van het onderzoek.

1.1 Aanleiding

In opdracht van het ministerie van VWS (Directie langdurige zorg) heeft bureau HHM onderzocht of de lijkschouw in de langdurige zorg - die nu wordt uitgevoerd door behandelend artsen - ook door Verpleegkundig Specialist en/of Physician Assistants (VS/PA) kan worden uitgevoerd. Het onderzoek komt mede voort uit lokale en regionale tekorten aan specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten (artsen VG) en huisartsen, die nu verantwoordelijk zijn voor de lijkschouw in de langdurige zorg. Het onderzoek vond plaats tegen de achtergrond van lopende ontwikkelingen rondom het verbeteren van de kwaliteit van de keten van lijkschouw, mede ingegeven door het rapport van de Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie. En het raakt aan het vraagstuk van de toekomstige invulling en beschikbaarheid van de medisch generalistische zorg in de context van de langdurige zorg.

De vraag of de lijkschouw ook door een VS/PA kan worden uitgevoerd is de afgelopen jaren meermaals naar voren gebracht door beroepsgroepen en instellingen in de langdurige zorg. Het vraagstuk sluit aan bij ontwikkelingen in de afgelopen jaren op het gebied van de herschikking van taken van artsen naar de VS/PA. Ook de Tweede Kamer heeft hiervoor aandacht gevraagd. De uitkomsten van dit onderzoek moeten dan ook bijdragen aan de menings- en besluitvorming hierover.

1.2 Onderzoeksvragen

Het onderzoek geeft antwoord op de volgende vragen.

1. Welke knelpunten bestaan in de manier waarop de lijkschouw nu door behandelend artsen wordt uitgevoerd in de langdurige zorg?
2. (Hoe) kan taakherschikking van de lijkschouw van behandelend artsen naar de VS/PA bijdragen aan het oplossen van deze knelpunten?

3. Wat is nodig om met voldoende kwaliteit de VS/PA in te kunnen zetten voor de lijkschouw? Hoe is dit in de langdurige zorg te organiseren?
4. Wat moet veranderen (in wet- en regelgeving of anderszins) om de inzet van de VS/PA bij de lijkschouw te realiseren?
5. Hoe en onder welke voorwaarden kan ruimte geboden worden om hiermee ervaring op te doen?
6. Zijn de uitkomsten van het onderzoek te vertalen naar taakherschikking van de lijkschouw in andere sectoren?

Nota bene: in het onderzoek kijken we breder dan alleen taakherschikking. Zie hiervoor het kader in paragraaf 3.2 op pagina 13.

1.3 Focus

De figuur hiernaast geeft de focus van het onderzoek weer. Het gaat om de lijkschouw van cliënten met een indicatie voor de Wet langdurige zorg (Wlz). Afhankelijk van waar zij verblijven, is bepaald welke arts de lijkschouw verricht.

1.4 Aanpak

De onderdelen van onze aanpak:

- Een documentstudie: we keken naar wet- en regelgeving, richtlijnen, protocollen en handreikingen, et cetera. In bijlage 1 is vermeld welke documenten we hebben bestudeerd.
- Gesprekken met deskundigen: we spraken met vertegenwoordigers van een brede reeks van organisaties. Bijlage 2 en 3 bevatten de gespreksleidraad en de lijst met respondenten die we hebben gesproken.
- Een online reflectiesessie met respondenten over de eerste bevindingen en een voorlopige denklijn van de beantwoording van de onderzoeksvragen. Bijlage 4 vermeldt de deelnemers aan de reflectiesessie.
- Een digitale ronde over een eerste conceptversie van het rapport onder de leden van de begeleidingscommissie.

In alle onderdelen keken we vanuit drie perspectieven:

- kwaliteit en zorgvuldigheid van de lijkschouw,
- organisatie en efficiëntie van de lijkschouw,
- wet- en regelgeving rondom de lijkschouw.

| Cliënten met een Wlz-indicatie  | Behandelend arts (stelt vast of sprake is van een natuurlijke dood)  | Bij twijfel (of 'niet natuurlijke dood' dan wel < 18 jaar)  |
|--|---|--|
| Verblijvend in een instelling met behandeling | Specialist ouderengeneeskunde of arts VG (mits in dienst, anders huisarts) | Gemeentelijk lijkschouwer |
| Verblijvend in een instelling zonder behandeling | Huisarts | |
| Thuis (of kleinschalig/geclusterd) verzilverd met een vpt, mpt of pgb | Huisarts | |



1.5 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat een beschrijving van de (juridische) context van het vraagstuk van taakherschikking bij lijkschouw in de langdurige zorg. Dit hoofdstuk is met name gebaseerd op een documentstudie. Vervolgens geven we in hoofdstuk 3 antwoord op de zes onderzoeksvragen, grotendeels gebaseerd op de interviews die we met een groot aantal respondenten hebben gevoerd. Tot slot bevat hoofdstuk 4 de conclusies en ons advies, dit laatste hoofdstuk kan ook worden beschouwd als een managementsamenvatting.

2. Achtergrond

In dit hoofdstuk beschrijven we het proces van lijkschouw en de (juridische) context van het vraagstuk van taakherschikking bij de lijkschouw in de langdurige zorg.

2.1 Proces van lijkschouw

Algemeen¹

De lijkschouw wordt gereguleerd door de Wet op de lijkbezorging (Wlb). Volgens deze wet is de lijkschouw voorbehouden aan de behandelend arts of de gemeentelijk lijkschouwer (forensisch arts). Onder de behandelend arts kan ook de waarnemend arts, de dienstdoende (huis)arts of een SEH-arts worden verstaan.

De lijkschouw is erop gericht vast te stellen of sprake is van overlijden als gevolg van een natuurlijke oorzaak (artikel 7, eerste lid Wlb). Als de arts niet overtuigd is van een natuurlijk overlijden, als sprake is van een duidelijk niet-natuurlijke dood, of bij toepassing van de euthanasiewet door de behandelend arts, doet deze een melding bij de gemeentelijk lijkschouwer (artikel 7, tweede lid Wlb).

Volgens de Wlb moet de behandelend arts zo snel mogelijk na het overlijden de lijkschouw verrichten. Dit is uiterlijk binnen drie uur na de melding van het overlijden². In een verpleeghuis of soortgelijke instelling mag bij een overlijden tussen 23.00 uur en 07.00 uur, als het gaat om een verwacht overlijden en als de familie geen bezwaar heeft, tot uiterlijk 08.00 uur worden geschouwd.

De Wlb schrijft niet voor *hoe* lijkschouw moet plaatsvinden. Dit is uitgewerkt in veldnormen. In de volgende paragraaf beschrijven we hoe de lijkschouw moet worden uitgevoerd.

¹ De informatie uit dit hoofdstuk is voornamelijk gebaseerd op onze documentstudie. Deze documentstudie geeft vooral inzichten in hoe de lijkschouw is gereguleerd en in de praktijk moet worden uitgevoerd. De documentstudie levert slechts beperkt objectieve informatie op voor de beantwoording van de onderzoeksvragen.

² Zie de Handreiking (Niet-)natuurlijke dood, wat moet u weten, wat moet u doen? Openbaar ministerie, IGZ, FMG, KNMG (jan 2016).

Vaststellen overlijden en vaststellen doodsoorzaak³

Als de arts arriveert bij de overledene wordt allereerst de dood vastgesteld door het beluisteren van het hart en de longen en het beoordelen van de pupilreacties. Na het vaststellen van de dood volgt de lijkschouw, die bestaat uit 1) een uitwendig onderzoek van het lichaam en 2) informatieverzameling over de oorzaak van het overlijden.

Het uitwendig onderzoek bestaat uit een inspectie van het hoofd-hals gebied en het beoordelen of de postmortale veranderingen in overeenstemming zijn met het tijdstip en de oorzaak van het overlijden. De informatieverzameling betreft het vaststellen van de identiteit van de overledene en het onderzoek naar de oorzaak van het overlijden. Voorafgaand aan het vaststellen van de dood kan de arts eventuele naasten vragen de ruimte te verlaten zodat in alle rust en op de juiste manier de dood kan worden vastgesteld en de lijkschouw kan worden uitgevoerd.

Op basis van de bevindingen vormt de arts zich een oordeel over de *oorzaak* en aard van het overlijden: gaat het om een natuurlijke of een niet-natuurlijke doodsoorzaak, of is dit onduidelijk? Een arts geeft vervolgens een verklaring van overlijden af als deze op basis van het onderzoek van het lichaam en de informatieverzameling over de oorzaak van het overlijden ervan overtuigd is dat de dood is ingetreden als gevolg van een natuurlijke oorzaak.

Onder een natuurlijke dood wordt verstaan: “ieder overlijden dat *uitsluitend* het gevolg is van een spontane ziekte, inclusief een complicatie van een lege artis uitgevoerde medische behandeling”³.

Als er aanwijzingen zijn voor of als sprake is van een niet-natuurlijke dood schakelt de arts de gemeentelijk lijkschouwer in, die het schouwen vervolgens overneemt. Hier is in elk geval sprake van bij “een overlijden als direct of indirect gevolg van een ongeval, geweld of een andere van buiten komende oorzaak, een misdrijf of zelfmoord. Zo geldt dat elk overlijden ten gevolge van een ongeval, verdrinking, verbranding, verstikking, verslikking, vergiftiging, overdosis drugs of medicijnen, zelfdoding, hulp bij zelfdoding, euthanasie, late zwangerschapsafbreking, overlijden ten gevolge van een strafbaar feit als niet-natuurlijk moet worden beschouwd”³.

Anders gezegd: degene die de lijkschouw uitvoert moet in staat zijn om te kunnen beoordelen of sprake was van een natuurlijke dood of van een tekortkoming in de zorg (een oorzaak van buitenaf dus een niet-natuurlijk overlijden), een mogelijk strafrechtelijk handelen (inclusief een levens-beëindigend handelen), of een ongeval (beiden niet-natuurlijke oorzaken).

Bij onduidelijkheid over de oorzaak en aard van het overlijden (bijvoorbeeld als er aanwijzingen zijn dat een fout is gemaakt in de medische behandeling, of bij een overlijden aan de complicaties van een fractuur door een val, waarbij de oorzaak van de val onduidelijk of niet bekend is), overlegt de arts met de gemeentelijk lijkschouwer over de wijze van afhandeling en over de noodzaak tot verder onderzoek. Bij minderjarigen waarbij sprake is van een natuurlijke dood mag pas een verklaring van overlijden worden afgegeven na contact met de gemeentelijk lijkschouwer.

³ De informatie uit deze paragraaf is gebaseerd op de Richtlijn lijkschouw voor behandelend artsen, de Richtlijn Forensische Geneeskunde, overlijden in een zorginstelling, het artikel Hoe stelt een arts de dood vast? en de Handreiking (Niet-)natuurlijke dood, wat moet u weten, wat moet u doen? (zie bijlage 1).

Als aan het einde van de lijkschouwprocedure de datum en/of de plaats van overlijden niet of niet met voldoende nauwkeurigheid is vast te stellen, is sprake van lijkvinding. Als de arts overtuigd is van een natuurlijke dood, mag ook in het geval van een lijkvinding een verklaring van overlijden afgegeven worden door de arts.

Verslaglegging, A-verklaring en B-verklaring

Als de arts overtuigd is van een natuurlijke doodsoorzaak vult deze een verklaring van overlijden in, de A-verklaring. Dit is nodig voor de lijkbezorging. Hierop worden de personalia, de sterfdatum en voor zover mogelijk ook het tijdstip van het overlijden vermeld. Indien van toepassing wordt de naam van de gemeentelijk lijkschouwer met wie overleg is gevoerd, ook ingevuld. De ambtenaar van de burgerlijke stand mag geen verlof geven voor begraven of cremieren (de lijkbezorging), als deze niet beschikt over een A-verklaring of een verklaring van geen bezwaar van de Officier van Justitie (artikel 12, Wlb). De arts die de verklaring van het overlijden tekent, is verplicht aan het CBS opgave te doen van de doodsoorzaak en de daarmee samenhangende omstandigheden in verband met de doodsoorzakenstatistiek. Dit doet de arts via de B-verklaring. In het cliëntdossier worden vervolgens de bevindingen van de lijkschouw genoteerd.

Als de gemeentelijk lijkschouwer is ingeschakeld en deze toch overtuigd is van een natuurlijke dood, vult de gemeentelijk lijkschouwer zelf de A- en B-verklaring in. Als de gemeentelijk lijkschouwer van mening is dat sprake is van een niet-natuurlijke dood, of twijfelt aan een natuurlijke dood, licht deze de Officier van Justitie in (artikel 10, Wlb). Ook stelt de gemeentelijk lijkschouwer de ambtenaar van de burgerlijke stand ervan op de hoogte dat geen

verklaring van overlijden kan worden afgegeven. Daarmee start de gerechtelijke keten. De Officier van Justitie kan vervolgens besluiten om een onderzoek in te stellen naar de toedracht van het overlijden wanneer het overlijden mogelijk verband houdt met een strafbaar feit.

Als de cliënt is overleden door een onvoorziene of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg, is sprake van een calamiteit. Deze moet direct worden gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

2.2 (Juridische) context⁴

Lijkschouw

Zoals eerder aangegeven is het wettelijke kader voor de lijkschouw de [Wet op de lijkbezorging](#). Het doel van deze wet is waarborgen dat op een zorgvuldige wijze wordt omgegaan met overledenen. De wet stelt “procedurele normen vanaf het moment van overlijden tot en met de begrafenis of de crematie, dan wel andere wijzen van lijkbezorging (zoals ontleding in het belang van de wetenschap, of overledenen aan boord van Nederlandse schepen op zee)⁵”.

Artikel 3 van de Wlb stelt: “Lijkschouwing geschiedt, zo spoedig mogelijk na het overlijden, door de behandelend arts of een gemeentelijke lijkschouwer.” Als het gaat om de behandelend arts biedt de Memorie van Toelichting de volgende ruimte: “Het beoordelen of de dood is ingetreden ten gevolge van een natuurlijke oorzaak (ook wel aangeduid als: een natuurlijke dood), is in eerste instantie de taak van de behandelend arts, die dit doet op grond van zijn professionele inzicht en zijn kennis van de persoonlijke omstandigheden van de overledene. In de praktijk is vaak sprake van een waarnemend arts, die

⁴ Naast genoemde bronnen is voor deze paragraaf ook informatie gebruikt vanuit de gesprekken die we gevoerd hebben met onder meer juristen (zie bijlage 2).

⁵ Zie Kamerstuk 30 696, wijziging van de Wet op de lijkbezorging, nr. 3. Memorie van Toelichting.

echter ook onder het begrip behandelend arts in de zin van de Wet op de lijkbezorging kan worden begrepen.”

Dit betekent dat de lijkschouw in de langdurige zorg lijkt voorbehouden aan de specialist ouderengeneeskunde, arts VG, de huisarts, of een waarnemend arts. In de praktijk betekent dit dat de lijkschouw ook (vaak) wordt uitgevoerd door basisartsen.

Via de Wet BIG is gereguleerd wie de beschermde titel van arts mogen voeren. Om te kunnen worden ingeschreven in het BIG-register is een getuigschrift nodig, waarbij blijkt dat de zorgverlener voldoet aan de gestelde opleidingseisen. Voor artsen zijn deze beschreven in het ‘Besluit opleidingseisen artsen’. In bijlage 2 hiervan is bepaald welke vraagstukken in welke levensfasen onderdeel uitmaken van de competenties van artsen, waaronder ‘sterven en vaststellen doodsoorzaak’. Een arts kan alleen als gemeentelijk lijkschouwer optreden als deze in het register van de forensisch artsen is geregistreerd en als zodanig is benoemd (artikel 4 en 5 Wlb). Een gemeentelijk lijkschouwer beschikt daarmee over aanvullende kwalificaties.

Kwaliteit en toezicht

De ministeries van VWS, BZK en JenV willen de Wlb moderniseren, mede naar aanleiding van het rapport van de Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie. Onderdeel daarvan is een voorgenomen wijziging om de kwaliteit van de lijkschouw te bevorderen. Daarmee wordt onder meer het toezicht op de kwaliteit van de lijkschouw geregeld. Dit toezicht wil men beleggen bij de IGJ. De invulling van deze toezichtrol vindt plaats aan de hand van veldnormen. Ook krijgt de IGJ bestuursrechtelijk handhavingsinstrumentarium, om eerder

geconstateerde overtredingen in toekomstige situaties te voorkomen. De Wlb voorziet nu alleen in strafrechtelijke handhaving⁶.

Daarnaast is het zo dat handelen van beroepsbeoefenaren in de zorg door de tuchtrechter kan worden beoordeeld. Degenen die ingeschreven staan in het BIG-register, zijn onderworpen aan de tuchtrechtspraak (artikel 47, eerste lid, Wet BIG). Anders dan in het strafrecht is het doel van een tuchtmaatregel correctie van gemaakte fouten in de professionele beroepsuitoefening, om herhaling te voorkomen en daarmee de kwaliteit van de beroepsuitoefening op peil te houden. De kwaliteit van lijkschouw kan dus (ook) via het tuchtrecht aan de orde worden gesteld.

Taakdelegatie en taakherschikking

Voor dit onderzoek naar lijkschouw in de langdurige zorg is het onderscheid tussen taakherschikking en taakdelegatie relevant. Voor taakherschikking hanteren we de definitie van het Nivel: “Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken, inclusief verantwoordelijkheden tussen verschillende beroepen”⁷. Bij taakherschikking “is sprake van een wettelijk geborgde zelfstandige bevoegdheid en tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van degene naar wie taken ‘herschikt’ zijn.”⁸ Het Nivel stelt dat meer definities in omloop zijn, maar dat over het algemeen consensus lijkt te zijn ontstaan over deze definitie van de RVZ uit 2002.

Taakdelegatie is: “Het in opdracht van een arts uitvoeren van werkzaamheden door niet-zelfstandig bevoegde zorgprofessionals. Hierbij dienen beide partijen overtuigd te zijn van de bekwaamheid van de opdrachtnemer en is er de mogelijkheid van toezicht (supervisie) en eventuele tussenkomst van de

⁶ Meer specifiek: van artikel 3, artikel 7 eerste en tweede lid en artikel 10 eerste en tweede lid van de Wlb (artikel 81).

⁷ Zie: Visies op taakherschikking: een inventariserend onderzoek naar de diversiteit, kansen en belemmeringen van taakherschikking in Nederland. Utrecht: Nivel, 2020, p. 62-63.

⁸ Zie: Handreiking Samenwerking en Taakherschikking Ouderenzorg, Specialist ouderengeneeskunde Verpleegkundig specialist – Physician assistant, p.4.

opdrachtgever.”⁸ Bij taakdelegatie (een opdrachtconstructie op grond van de Wet BIG) is de opdrachtnemer aansprakelijk voor de behandeling, onder de voorwaarde dat er een juiste opdracht is gegeven⁹. Taakdelegatie gaat soms vooraf aan taakherschikking. In de praktijk worden taken dan al tijdelijk gedelegeerd aan andere professionals, waarna wettelijke bevoegdheden van een beroepsgroep later worden uitgebreid, bijvoorbeeld door gebruik te maken van experimenteerartikel 36a¹⁰. Als gebruikt wordt gemaakt van dit artikel gaat het om een tijdelijke bevoegdheid.

Wet BIG en VS/PA

Bij taakherschikking zijn aan de VS/PA dezelfde bevoegdheden toegekend als aan artsen. De Wet BIG biedt hen daarvoor ruimte, omdat daarin is uitgewerkt dat beide beroepsgroepen zelfstandig bevoegd zijn tot het indiceren en het uitvoeren van acht vastgestelde en beschreven voorbehouden handelingen, afhankelijk van hun deskundigheidsgebied (artikel 36, Wet BIG)¹¹. Deze taken zijn dus formeel herschikt. De lijkschouw is geen voorbehouden handeling uit de Wet BIG. Bij de lijkschouw kan binnen de huidige wet- en regelgeving dan ook geen sprake kan zijn van een formele taakherschikking gerelateerd aan de Wet BIG.

⁹ Wet BIG: “Het is degene die zijn bevoegdheid tot het verrichten van een bij of krachtens de artikelen 36 tot en met 37 omschreven handeling ontleent aan het bij of krachtens die artikelen bepaalde verboden aan een ander opdracht te geven tot het verrichten van die handeling, tenzij: a.in gevallen waarin zulks redelijkerwijs nodig is aanwijzingen worden gegeven omtrent het verrichten van de handeling en toezicht door de opdrachtgever op het verrichten van de handeling en de mogelijkheid tot tussenkomst van een zodanig persoon voldoende zijn verzekerd en hij redelijkerwijs mag aannemen dat degene aan wie de opdracht wordt gegeven, in aanmerking genomen het onder a bepaalde, beschikt over de bekwaamheid die vereist is voor het behoorlijk verrichten van de handeling”.

¹⁰ Zie: Visies op taakherschikking: een inventariserend onderzoek naar de diversiteit, kansen en belemmeringen van taakherschikking in Nederland. Utrecht: Nivel, 2020, p. 62-63.

¹¹ Artikel 36a biedt bovendien tijdelijke experimenteerruimte voor bepaalde beroepsgroepen. Aanvankelijk is hiervan gebruik gemaakt bij de inzet van VS en PA. Inmiddels is de zelfstandige bevoegdheid van VS en PA vastgelegd in de Wet BIG (art 36).

3. Bevindingen

In dit hoofdstuk werken we onze bevindingen uit als het gaat om de zes onderzoeksvragen. De informatie uit dit hoofdstuk is voornamelijk gebaseerd op gesprekken die we gevoerd hebben met deskundigen (zie bijlage 2).

3.1 Knelpunten bij lijkschouw in de langdurige zorg

Onderzoeksvraag 1 luidt:

“Welke knelpunten bestaan in de manier waarop de lijkschouw nu door behandelend artsen wordt uitgevoerd in de langdurige zorg?”

In onze vraagstelling maken we onderscheid in knelpunten op het gebied van:

- kwaliteit en zorgvuldigheid,
- organisatie en efficiëntie,
- wet- en regelgeving.

We beschrijven per thema de belangrijkste knelpunten.

Knelpunten rondom kwaliteit en zorgvuldigheid

De belangrijkste knelpunten die in de gesprekken zijn genoemd, zijn de grote verschillen in de wijze waarop behandelend artsen de lijkschouw in de langdurige zorg uitvoeren. Variërend van een blik op de cliënt werpen, tot een volledige lijkschouw volgens de ‘Handreiking (niet-) natuurlijke dood’ en de ‘Richtlijn lijkschouw voor behandelend artsen’. Als verklaring hiervoor worden genoemd: tijdsdruk, capaciteitsproblemen, handelingsverlegenheid, gebrekkige scholing, pragmatiek en geen reden tot twijfel aan een natuurlijk overlijden.

Een ander knelpunt, dat hiermee samenhangt en dat veelvuldig is genoemd, is de beperkte scholing en bijscholing van artsen als het gaat om lijkschouw. Diverse respondenten geven aan ‘dat lijkschouw iets is dat je als arts vooral in de praktijk al doende leert’.

Verskillende respondenten geven aan dat in de huidige uitvoeringspraktijk niet alle misstanden worden gezien. Er zijn volgens hen situaties van niet natuurlijk overlijden, die niet als zodanig door artsen worden opgemerkt. Een groot aantal respondenten geeft aan dat de kwaliteit van de lijkschouw in de langdurige zorg verbeterd kan en moet worden.

In relatie tot de kwaliteit geven sommige respondenten ook aan het niet wenselijk te vinden dat de ene behandelaar betrokken is bij het behandeltraject en de andere verantwoordelijk is voor de lijkschouw. Dit wordt zowel genoemd bij de lijkschouw door een waarnemend arts in plaats van de behandelend arts, als bij lijkschouw door een specialist ouderengeneeskunde, arts VG of huisarts, in plaats van de behandelverantwoordelijke VS/PA.

Dat er discussie is over de kwaliteit van de lijkschouw wordt ook vanuit de documentstudie bevestigd. In 2016 heeft het NFI, in opdracht van het Ministerie van Justitie en Veiligheid, onderzoek verricht rond het thema lijkschouw en gerechtelijke secties¹². Het NFI concludeert: “Een probleem met de kwaliteit van de lijkschouw is dat de kwaliteitseisen niet of nauwelijks zijn geformuleerd. Hierdoor wordt de kwaliteit van de lijkschouw bepaald door de individuele lijkschouwer en is het moeilijk controle op de lijkschouw uit te oefenen.” Het NFI schrijft dat de basisopleiding tot arts in Nederland geen verplicht onderwijs in de lijkschouw kent. Dat maakt dat de lijkschouw kan worden verricht door behandelend artsen die hiervoor geen specifieke opleiding hebben gevolgd. In het verlengde hiervan wordt beschreven dat de lijkschouw, uitgevoerd door een behandelend arts, met te weinig forensische kennis wordt gedaan. In de slotbeschouwing van het rapport wordt genoemd dat een verbetering van de kwaliteit van en de controle op het Nederlandse lijkschouwstelsel met betrekkelijk eenvoudige ingrepen mogelijk is.

De veronderstelling dat in Nederland de kwaliteit van de lijkschouw onvoldoende zou zijn en een ‘groot aantal misdrijven zou worden gemist’ is in

later onderzoek¹³ door de Taskforce lijkschouw en gerechtelijke sectie niet bevestigd, maar ook niet ontkracht: “De taskforce is tot de conclusie gekomen, dat het Nederlandse systeem tot goede resultaten kan leiden, maar dat het systeem beter zou kunnen functioneren als maatregelen worden genomen op het gebied van opleidingen, informatie-huishouding e.d. Verbeteringen in de uitvoering zijn nodig. De taskforce heeft onvoldoende harde informatie gevonden waarmee zij de veronderstelling in het NFI-rapport dat strafbare feiten zijn gemist kan bevestigen of ontkrachten.”¹⁴

Knelpunten rondom organisatie en efficiëntie

Als het gaat om knelpunten in de organisatie van lijkschouw in de langdurige zorg is het belangrijkste knelpunt dat door respondenten wordt genoemd de (grote) lokale en/of regionale tekorten aan specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen, waardoor hun beschikbaarheid voor lijkschouw onder (grote) druk staat¹⁵. Als gevolg hiervan zijn soms veel inspanningen nodig om een arts te regelen, of moet langer dan wenselijk worden gewacht op beschikbaarheid van een arts voor de lijkschouw. Dit wordt volgens respondenten versterkt door de ontwikkelingen op het gebied van het scheiden van wonen en zorg en de opkomst van steeds meer kleinschalige woonvormen, waarbij de huisarts de hoofdbehandelaar is en daarmee verantwoordelijk voor de lijkschouw.

Deze tekorten worden onderschreven vanuit de documentstudie. In tabel 3.1 geven we de prognoses weer van toekomstige arbeidsmarktontwikkelingen (ramingen van de onvervulde vraag) voor specialisten ouderengeneeskunde,

¹² Zie: *De lijkschouw en sectie beschouwd, Een vergelijkend onderzoek naar systemen van lijkschouw en gerechtelijke sectie* (zie bijlage 1).

¹³ Aanleiding voor dit onderzoek was een discussie dat in Nederland de kwaliteit van de lijkschouw onvoldoende zou zijn en een ‘groot aantal misdrijven zou worden gemist’. Het onderzoek liep van maart tot en met december 2017 en betrof de keten van lijkschouw en gerechtelijke sectie.

¹⁴ Zie: *Taskforce lijkschouw en gerechtelijke secties. De dood als startpunt* (zie bijlage 1).

¹⁵ Gevolg hiervan is dat de lijkschouw tijdrovend kan zijn vanwege grote werkgebieden en de verplaatsing van artsen tussen locaties.

artsen VG, huisartsen, VS/PA. Deze zijn recent opgesteld door het Capaciteitsorgaan. De beschikbaarheid van artsen voor de lijkschouw in de langdurige zorg komt naar verwachting verder onder druk te staan. Tegelijk blijkt dat ook de tekorten aan VS/PA toenemen.

| Ramingen van de onvervulde vraag voor de periode 2024-2027 | |
|--|----------------------|
| Huisartsen | 7-9% ¹⁶ |
| Specialisten Ouderengeneeskunde | 12-18% ¹⁷ |
| Artsen Verstandelijk Gehandicapten | 23-39% ¹⁸ |
| Verpleegkundig Specialisten | 5-9% ¹⁹ |
| Physician Assistants | 4-5% ¹⁹ |

Tabel 3.1 Prognoses arbeidsmarktontwikkelingen, Capaciteitsorgaan 2022

Verder wordt als knelpunt op het gebied van de organisatie van de lijkschouw genoemd dat de praktische zaken niet altijd goed zijn geregeld. Denk aan de toegang tot dossiers in de ANW-uren en niet-gedigitaliseerde formulieren. Dit leidt volgens respondenten tot inefficiëntie in de lijkschouw.

Knelpunten vanuit wet- en regelgeving

Volgens respondenten ligt het belangrijkste knelpunt op het gebied van de wet- en regelgeving, namelijk dat de lijkschouw volgens de Wlb moet worden uitgevoerd door artsen en dus niet mag en kan worden uitgevoerd door een

VS/PA. Opgemerkt wordt door enkelen dat de lijkschouw soms wordt voorbereid door de VS/PA, waarna de specialist ouderengeneeskunde of huisarts alleen DE noodzakelijke (administratieve) handelingen uitvoert.

Andere opmerkingen die door respondenten zijn gemaakt over de wet- en regelgeving rondom de lijkschouw zijn onder meer:

- De Wlb en de Wet BIG sluiten niet goed op elkaar aan als het gaat om de ontwikkelingen op het gebied van delegatie en/of herschikking van taken van artsen naar de VS/PA. De Wet BIG geeft kaders voor bevoegdheden van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en kent constructies van taakdelegatie en taakherschikking (waarbij het handelen van de beroepsbeoefenaren zich richt op *levenden*). De Wlb reguleert het handelen van beroepsbeoefenaren bij de lijkschouw en kent geen constructies van taakdelegatie en taakherschikking (waarbij het handelen van de beroepsbeoefenaren zich richt op *overledenen*).
- Uitgesteld schouwen (zie paragraaf 2.1 van deze rapportage): hierover wordt gezegd dat de werkwijze niet goed bekend is, de familie en/of de uitvaartonderneming dit soms onwenselijk vindt en dit van negatieve invloed kan zijn op de kwaliteit van de lijkschouw. Volgens de Richtlijn lijkschouw voor behandelend artsen betreft het hier een afspraak van 10 maart 2011, tot stand gekomen na overleg tussen Verenso, de IGZ en het ministerie van VWS (zie voetnoot 35 van deze richtlijn).
- Termen als ‘natuurlijk overlijden’ en ‘niet natuurlijk overlijden’ zijn niet eenduidig en voor meerdere uitleg vatbaar. Dit wordt ook gezegd over een eventueel onderscheid tussen ‘complex’ en ‘niet complex’.

¹⁶ Capaciteitsplan 2024-2027: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan (2022).

¹⁷ Capaciteitsplan 2024-2027: Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan (2022).

¹⁸ Capaciteitsplan 2024-2027: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten. Utrecht: Capaciteitsorgaan (2022).

¹⁹ Capaciteitsplan 2024-2027: Deelrapport 9 Physician Assistant en Verpleegkundige Specialist Algemene Gezondheidszorg. Utrecht: Capaciteitsorgaan (2022).

Dit compliceert gesprekken over de wenselijkheid en de (on)mogelijkheid van lijkschouw door VS/PA.

Resumerend

Er worden knelpunten ervaren op het gebied van kwaliteit en zorgvuldigheid en organisatie en efficiëntie. De belangrijkste knelpunten zijn de grote verschillen in de wijze waarop de lijkschouw wordt uitgevoerd, de beperkte (bij)scholing en de (toenemende) lokale en regionale tekorten aan vooral specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen.

3.2 Perspectieven op taakherschikking bij lijkschouw

De tweede onderzoeksvraag luidt:

“(Hoe) kan taakherschikking van lijkschouw van behandelend artsen naar de VS en PA bijdragen aan het oplossen van deze knelpunten?”

Reflecties op de vraagstelling

De onderzoeksvraag sorteert voor op taakherschikking als oplossingsrichting voor knelpunten bij lijkschouw in de langdurige zorg. Diverse respondenten geven aan dat er meerdere oplossingsrichtingen zijn voor de geconstateerde knelpunten (en mogelijk ook de voorkeur hebben), dan alleen taakherschikking. In gesprekken hebben we hier op doorgevraagd. Bij de beantwoording van de onderzoeksvragen nemen we dit mee.

In de vraagstelling wordt bovendien een verbinding gelegd tussen de thema's (1) capaciteitstekorten, (2) taakherschikking, (3) (kwaliteit van) lijkschouw en (4) de inzet van VS en PA. In de gevoerde gesprekken zagen we dat het antwoord op de vraag of taakherschikking wenselijk en/of mogelijk is en kan bijdragen aan het oplossen van de knelpunten, afhangt van de visie die men heeft op en het beeld dat men heeft van één van deze thema's.

Reflecties op de vraagstelling

We zagen dan ook een grote bandbreedte in de antwoorden, die mede wordt bepaald door de achtergrond, ervaring, functie, rolopvatting en opleiding van de respondenten.

Hieronder geven we de bandbreedte in perspectieven van respondenten weer op de vraag of taakherschikking kan bijdragen aan het oplossen van knelpunten bij de lijkschouw in de langdurige zorg. Hierbij gaan we uit van de vier thema's die hiervoor zijn genoemd bij de reflecties op de vraagstelling.

Capaciteitstekorten en lijkschouw

Als het gaat om de verbinding tussen capaciteitsproblemen in de langdurige zorg en lijkschouw zagen we in reacties van respondenten een bandbreedte in opvattingen, van er is een tekort aan capaciteit voor lijkschouw tot er is geen tekort aan capaciteit voor lijkschouw.

Sterk bepalend hierin blijkt de sector waarover men spreekt. Kort samengevat zien we het volgende:

- Er is een (toenemend) tekort aan artsen VG. Maar omdat lijkschouw in de gehandicaptenzorg minder vaak nodig is (in vergelijking met de ouderenzorg en in relatie tot het beschikbare aantal artsen VG), worden op het gebied van de lijkschouw in de gehandicaptenzorg (vooralnog) nauwelijks tot geen knelpunten ervaren. Het mogelijk maken van lijkschouw door de VS/PA lijkt hier dan ook een oplossing voor een niet bestaand probleem.
- Er is een (toenemend) tekort aan huisartsen. Hier speelt de lijkschouw in grotere mate een rol, zeker op de huisartsen *posten*, vanwege de hogere frequentie van lijkschouw in diensten en de uitvoering door waarnemend

artsen. In huisartsen *praktijken* komt lijkschouw minder frequent voor en geeft de huisarts vaak de voorkeur aan het zelf schouwen van de eigen cliënten vanwege bestaande relaties. Daarnaast geldt dat mensen met een Wlz-indicatie vanuit het perspectief van de huisarts een willekeurige ‘deelverzameling’ vormen binnen het geheel aan cliënten. Ook wordt in de huisartsenzorg nog op beperkte schaal gewerkt met VS/PA. Daardoor is hier de verwachting dat het mogelijk maken van lijkschouw door de VS en PA in de praktijk (vooralsnog) in beperkte mate knelpunten oplost.

- Er is een (toenemend) tekort aan specialisten ouderengeneeskunde. Hier leidt de lijkschouw door de hogere frequentie van voorkomen veel vaker tot (grote) knelpunten in de uitvoeringspraktijk. Het mogelijk maken van de lijkschouw door de VS/PA kan mogelijk bijdragen aan het oplossen van deze knelpunten.
- Door demografische en arbeidsmarktontwikkelingen nemen de tekorten aan specialisten ouderengeneeskunde, artsen VG, huisartsen, VS/PA de komende jaren verder toe. Daarmee kunnen meer knelpunten ontstaan in de uitvoering van de lijkschouw (niet alleen in de langdurige zorg, maar mogelijk ook in andere sectoren). In de reflectiesessie die we hadden over de eerste resultaten van dit onderzoek is aandacht gevraagd voor de urgentie van deze toenemende tekorten.
- Respondenten vragen zich af of de eventuele inzet van VS/PA bij lijkschouw kan/moet worden beperkt tot de (intramurale) langdurige zorg. Vergelijkbare vragen worden gesteld met betrekking tot afbakening van de ouderenzorg binnen de langdurige zorg.

Capaciteitstekorten en taakherschikking

Als het gaat om taakherschikking als mogelijke oplossing voor problemen met betrekking tot capaciteitstekorten zijn de reacties van respondenten te vatten in een bandbreedte van opvattingen, van taakherschikking is geen oplossing

voor het capaciteitsprobleem tot taakherschikking is wel een oplossing voor het capaciteitsprobleem. Hier wordt onder meer genoemd:

- Taakherschikking beoogt vooral een kwaliteitsverbetering van de zorg en is niet primair een oplossing voor capaciteitstekorten.
- Taakherschikking kan bijdragen aan het ontlasten van vooral de specialist ouderengeneeskunde en de huisarts, bijvoorbeeld door inzet van professionals waarnaar taken worden herschikt in ANW-diensten. Taakherschikking wordt niet gezien als oplossing voor capaciteitstekorten wanneer de taak die wordt herschikt een te beperkt onderdeel van werkzaamheden van de arts vormt.
- Taakherschikking kan zorgen voor een meer volwaardige rolinvulling voor de professionals waarnaar taken worden herschikt. Andersom wordt ook aangegeven dat taakherschikking leidt tot verarming van het werk van de arts en tot verlies van autonomie.
- Ook in beroepen waarnaar taakherschikking plaatsvindt, namelijk VS/PA, zijn tekorten, die de komende jaren toenemen.

Er worden ook andere oplossingen genoemd die denkbaar zijn als het gaat om capaciteitstekorten bij lijkschouw. We noemen ze hieronder en nemen daarbij mee wat hierover verder is genoemd:

- Taakdelegatie is meermaals genoemd als een mogelijk alternatief voor taakherschikking. Over taakdelegatie als oplossing volgt meer in paragraaf 3.4 van deze rapportage.
- Inzet van speciale diensten gericht op lijkschouw, bijvoorbeeld door een mobiel team van (basis)artsen op regionaal niveau.
- Lokale/regionale samenwerking tussen zorgorganisaties, met name als het gaat om de inzet van specialisten ouderengeneeskunde en artsen VG. Van zowel deze als de bovengenoemde oplossing wordt aangegeven dat het nadeel is dat dan niet wordt geschouwd door de *behandelend* arts, maar door iemand die de overledene niet kent. Ook wordt opgemerkt dat

is geprobeerd om een dergelijke dienst op te richten, maar dat dit in de praktijk niet van de grond is gekomen omdat de betrokken partijen niet wilden participeren.

- Inzet van technologische toepassingen, zoals Google Glass, waarmee op afstand door artsen kan worden meegekeken bij lijkschouw door VS/PA. Voorwaarde hierbij is dat de formulieren gedigitaliseerd worden. Hierbij wordt verwezen naar de uitzonderlijke situatie in Zeeland, waarbij als gevolg van grote regionale tekorten aan forensisch artsen, lijkschouw binnen de context van forensische geneeskunde (vooral nog tijdelijk) kan worden uitgevoerd door basisartsen, waarbij Forensisch Artsen door de inzet van technologische toepassingen op afstand kunnen meekijken.
- Herschikking van andere taken dan lijkschouw naar VS/PA, zodat artsen meer tijd hebben voor lijkschouw.

Taakherschikking en lijkschouw

Als het gaat om de mogelijkheden om de lijkschouw als taak te herschikken zien we een bandbreedte in opvattingen bij respondenten, variërend van taakherschikking van de lijkschouw is wel wenselijk tot taakherschikking van de lijkschouw is niet wenselijk.

Waar in dit continuüm de respondenten staan, hangt sterk samen met hun visie op lijkschouw. We zien dat sommige respondenten de lijkschouw zien als een onderdeel van het behandelproces dat goed moet worden afgerond (kwaliteit van zorg en kwaliteit van sterven). Anderen geven aan dat de kern van de lijkschouw vooral het uitsluiten van onnatuurlijk overlijden met mogelijk (grote) juridische consequenties betreft (waarbij het een het ander niet hoeft uit te sluiten).

Specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen en artsen VG vinden het, om verschillende redenen, veelal belangrijk dat artsen de lijkschouw verrichten.

Genoemde redenen zijn onder meer de benodigde integrale medische blik, de behandelrelatie, de lijkschouw als essentieel onderdeel van het arts-zijn en ook de mogelijk grote juridische consequenties. Een aantal staat nadrukkelijk open voor taakherschikking in bepaalde situaties. Bijvoorbeeld alleen bij een verwacht overlijden. De forensisch artsen wijzen vooral op het belang van neutraliteit en kwaliteit: lijkschouw moet met de juiste deskundigheid en met goede kwaliteit worden verricht, liefst door een onafhankelijk deskundige. Een deel van de VS/PA hecht waarde aan een zelfstandige afronding van de behandelrelatie en zijn, mede daarom, voor taakherschikking. Andere VS/PA zijn weliswaar voorstander van taakherschikking, maar niet in alle situaties. Bijvoorbeeld alleen bij verwacht overlijden.

Lijkschouw en de inzet van VS/PA

Of de lijkschouw kan worden uitgevoerd door een VS of PA wordt door de respondenten verschillend gedacht. De bandbreedte van opvattingen bij respondenten loopt van lijkschouw is te complex voor VS/PA tot lijkschouw past binnen het functieprofiel van de VS/PA.

Het verschil in visie wordt onder meer bepaald door de vraag in hoeverre de lijkschouw vraagt om integrale medische expertise. In hoeverre is dit nodig en zo ja, heeft een VS/PA deze in voldoende mate? De opvattingen hierover variëren. Met name vanuit artsen wordt aangegeven dat het vaststellen van de doodsoorzaak medisch generalistische expertise vraagt die vooral artsen hebben. Er moet volgens hen kunnen worden onderscheiden of sprake is van een natuurlijke dood of een tekortkoming in de zorg (een oorzaak van buitenaf dus een niet-natuurlijk overlijden), een mogelijk strafrechtelijk handelen (inclusief een levensbeëindigend handelen), of een ongeval (beiden niet-natuurlijke oorzaken).

Andere respondenten geven aan dat lijkschouw grotendeels protocollair is in de uitvoering en daarmee ook goed te leren door de VS/PA. In het verlengde hiervan wordt aangegeven dat de VS/PA breed en generalistisch worden opgeleid. Ook wordt genoemd dat er grote verschillen zijn tussen de VS en de PA onderling qua achtergrond en dat de PA in vergelijking met de VS meer medisch generalistisch wordt opgeleid. Daarnaast wordt door respondenten opgemerkt dat het bij lijkschouw vooral gaat om 'weten wanneer te twijfelen' en dat de VS/PA in voorkomende gevallen altijd kan en/of moet afstemmen met de specialist ouderengeneeskunde, huisarts of arts VG en dat ze samen in de uitvoeringspraktijk daarover goede werkafspraken moeten maken.

Wat meespeelt is de mate waarin men bekend is met de beroepsgroepen VS/PA, juist ook binnen branche- en beroepsverenigingen. Bekendheid en/of ervaring met de inzet van de VS/PA in de uitvoeringspraktijk lijkt te leiden tot meer vertrouwen in het mogelijk uitvoeren van lijkschouw door VS/PA.

Binnen de genoemde bandbreedte van opvattingen wordt aangegeven dat de VS/PA wellicht vooral in situaties van *verwacht overlijden* in de ouderenzorg de lijkschouw kunnen uitvoeren. Daartegenover staat de opvatting dat lijkschouw vooral is gericht op het identificeren van die enkele gevallen van een mogelijk onnatuurlijk overlijden en hiervan ook sprake kan zijn bij verwacht overlijden.

Resumerend

Gegeven de diversiteit aan opvattingen is geen eenduidig antwoord mogelijk op de vraag hoe taakherschikking van lijkschouw van behandelend artsen naar de VS/PA kan bijdragen aan het oplossen van knelpunten in kwaliteit, organisatie en wet- en regelgeving.

Naarmate respondenten meer positief staan tegenover taakherschikking van de lijkschouw benoemen zij dat het uitvoeren van de lijkschouw door VS en PA kan leiden tot verbetering van *kwaliteit*. Voorwaarden hiervoor zijn dat er goed geschoold wordt en dat men voldoende praktijkervaring op kan doen.

Naarmate respondenten minder positief staan tegenover taakherschikking, wordt gewezen op andere oplossingen, zoals bijvoorbeeld taakdelegatie, op afstand meekijken met lijkschouw via technologische toepassingen of beter scholen van artsen.

Als het gaat om knelpunten in de *organisatie en efficiëntie* van de lijkschouw worden vooral de (grote) lokale en/of regionale tekorten aan specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen genoemd. Hiervoor zagen we dat ook over de mate waarin deze tekorten bestaan verschil van inzicht bestaat en daarmee ook over de mate waarin taakherschikking een oplossing vormt. De ouderenzorg is genoemd als sector waar taakherschikking zou kunnen zorgen voor ruimere beschikbaarheid van professionals voor lijkschouw.

Daar waar het gaat om het oplossen van knelpunten in de *wet- en regelgeving*, zijn de respondenten eensluidend. De huidige wet- en regelgeving beperkt de mogelijkheid om de lijkschouw over te dragen van behandelend artsen naar andere professionals. Dit vraagt om aanpassing van de wet- en regelgeving. Naarmate men minder positief is over taakherschikking wijzen respondenten op serieuze juridische consequenties van lijkschouw, op het grote belang om die ene niet natuurlijk overledene te identificeren én op de lange weg naar wetswijziging. Voorstanders wijzen op het frequent voorkomen van verwacht overlijden, op de goede ervaringen met voorbehouden handelingen in de wet BIG en op de mogelijkheden van evaluatie van pilots met lijkschouw door VS/PA.

3.3 Inzet VS en PA met voldoende kwaliteit

De derde onderzoeksvraag luidt:

Wat is nodig om met voldoende kwaliteit de VS en PA in te kunnen zetten voor (onderdelen van) de lijkschouw? Hoe is dit in de langdurige zorg te organiseren?

We hebben hiervoor gezien dat sommige respondenten van mening zijn dat het *niet* mogelijk is om op dit moment met voldoende kwaliteit de VS/PA in te kunnen zetten voor de lijkschouw. De afwegingen hiervoor zijn weergegeven in paragraaf 3.2. In voorliggende paragraaf beantwoorden we deze onderzoeksvraag *voor zover men van mening is dat VS/PA kunnen worden ingezet in de lijkschouw*.

Wat is nodig om met voldoende kwaliteit de VS en PA te kunnen inzetten?

Respondenten zijn eenduidig over wat nodig is om met voldoende kwaliteit de VS/PA in te kunnen zetten voor de lijkschouw: goede scholing en voldoende praktijkervaring.

Scholing

Relevante genoemde elementen voor scholing zijn:

- medisch-inhoudelijke aspecten van lijkschouw,
- protocollaire uitvoering,
- forensische alertheid,
- gespreksvoering en attitude naar naasten,
- samenwerking tussen professionals (waaronder specialist ouderengeneeskunde, huisarts, arts VG en forensisch arts),
- wet- en regelgeving.

De scholing kan bijvoorbeeld worden opgenomen in de basisopleiding van VS/PA. Dat betekent dat elke VS/PA geschoold wordt voor lijkschouw.

Een andere mogelijkheid is VS/PA te scholen die geregeld met een overlijden te maken hebben en/of een bepaald profiel hebben. Ook een gezamenlijke (her)scholing met (basis)artsen behoort tot de mogelijkheden. Het voordeel hiervan is dat de VS/PA en artsen elkaars competenties (beter) leren kennen en dat mogelijk ook de kwaliteit van de lijkschouw door artsen verbetert.

Sommige respondenten pleiten voor een goede registratie van (bij)scholing, bijvoorbeeld door een schouwaantekening in de BIG-registratie of een kwaliteitsregister en/of door het verstrekken van accreditatiepunten of een bekwaamheidsverklaring. Doel hiervan is dat inzichtelijk moet zijn of iemand bevoegd en bekwaam is voor lijkschouw en dat hierop toezicht kan worden gehouden. Anderen zijn terughoudend als het gaat om registraties, omdat dit haaks staat op de uitgangspunten van de Wet BIG en vanwege de eventuele precedentwerking voor andere handelingen.

Praktijkervaring

Belangrijke elementen voor het opdoen van praktijkervaring zijn:

- supervisie/toezicht en/of achterwacht door artsen,
- stapsgewijze uitbreiding van de taken en verantwoordelijkheden op basis van de wensen en competenties van de VS/PA en in afstemming met de betrokken arts.

Helpt hierbij zijn een persoonlijk opleidingsplan en het werken met EPA's (entrustable professional activities). Laatstgenoemde geeft concrete invulling aan competentiegericht opleiden. Verder wordt genoemd dat het belangrijk is dat praktijkervaring wordt opgedaan in verschillende situaties van overlijden.

Hoe is de inzet van de VS en PA te organiseren in de langdurige zorg?

De respondenten noemen hier:

- Opleiding, registratie en voldoende mogelijkheden om ervaring op te kunnen doen.
- (Samenwerkings)afspraken op persoonlijk, praktijk- en/of organisatie-niveau over de rolinvulling en verantwoordelijkheden bij de lijkschouw (tussen VS, PA, specialist ouderengeneeskunde, arts VG, huisarts en forensisch arts).
- Supervisie/toezicht en/of achterwacht door artsen.
- Borging van kwaliteit, bijvoorbeeld door toetsing door IGJ (in lijn met de voorgenomen modernisering van de Wlb).
- Draagvlak binnen instellingen voor de inzet van VS/PA bij lijkschouw (op de werkvloer en op bestuurlijk niveau), maar ook binnen branche- en beroepsverenigingen, patiënt- en cliëntorganisaties, ministeries van VWS, BZK en JenV, de IGJ en het OM.
- Borging van praktische zaken en randvoorwaarden (zoals de toegang tot dossiers, de eventuele digitalisering van formulieren, et cetera).

Resumerend

Goede scholing en voldoende praktijkervaring zijn volgens de respondenten de belangrijkste voorwaarden om de VS/PA met goede kwaliteit in te zetten voor (onderdelen van) de lijkschouw in de langdurige zorg.

3.4 Benodigde verandering in wet- en regelgeving

De vierde onderzoeksvraag luidt:

“Wat moet veranderen (in wet- en regelgeving of anderszins) om de inzet van de VS en PA bij de lijkschouw te realiseren?”

Diverse respondenten hebben hierover meegedacht en concrete suggesties aangedragen, waarbij we vooral met juristen verdiepend hebben doorgepraat

over de (on)mogelijkheden van taakdelegatie en taakherschikking. Uit deze gesprekken komen de volgende punten naar voren:

Taakdelegatie

Uitgaande van de Wlb is taakdelegatie niet mogelijk, vanwege het ontbreken van een opdrachtconstructie zoals in de Wet BIG. De wettekst gaat expliciet uit van het uitvoeren van de lijkschouw door een behandelend arts of een gemeentelijk lijkschouwer. Voor taakdelegatie moet de wettekst op dit punt worden aangepast.

Taakherschikking

Uitgaande van de Wlb is taakherschikking niet mogelijk, omdat de wettekst stelt dat de lijkschouw moet worden uitgevoerd door een behandelend arts of een gemeentelijk lijkschouwer. Hierover is het volgende aangedragen door respondenten:

- Om het voor de VS/PA mogelijk te maken om zelfstandig lijkschouw uit te voeren moet de term ‘behandelaar’ in de Wlb worden aangepast. De suggesties die hiervoor gedaan zijn: ‘arts dan wel daartoe opgeleide VS/PA’, of ‘regiebehandelaar’, waarbij de laatstgenoemde in de toekomst mogelijk problemen gaat opleveren als het regiebehandelaarschap wordt uitgebreid.
- Er moeten kwaliteits- en opleidingseisen worden op- en vastgesteld voor VS/PA. Hier geldt een onderscheid tussen de VS en PA:
 - De VS is geen basisberoep, maar een specialisatie binnen het basisberoep ‘verpleegkundige’ (artikel 14, Wet BIG). Hiervoor hoeft geen afzonderlijk opleidingsbesluit opgesteld te worden door de Minister, zoals dat bij basisberoepen wel het geval is. Regelgeving ligt hier bij de beroepsverenigingen, in dit geval de V&VNVS. Als ruimte is gecreëerd in de Wlb zou in aansluiting op de huidige verantwoordelijkheidsverdeling voor de kwaliteitseisen aan de opleidingen mogelijk kunnen

worden volstaan met een regeling via de V&VN (waarbij specialismen binnen de totale groep VS kunnen worden onderscheiden, zoals VS met als specialisme palliatief terminale zorg). Deze regeling moet conform de systematiek van artikel 14 Wet BIG ter instemming aan de Minister worden voorgelegd. Een onderdeel van deze regeling kan ook een register zijn bij V&VNVS voor VS die mogen schouwen.

- De PA is een basisberoep. Hiervoor geldt dat een opleidingsbesluit moet worden genomen door de Minister (delegatiegrondslag voor opleidingseisen via de Wet BIG). Wanneer een lijkschouweis wordt toegevoegd aan het opleidingsbesluit dat wordt genomen door de minister, geldt deze vervolgens voor de totale beroepsgroep van PA. Dit is wellicht niet wenselijk. Om dit te voorkomen zijn twee routes denkbaar:
 - Binnen de totale groep van PA verschillende specialismen onderscheiden (bijvoorbeeld PA voor de ouderenzorg), waar de beroepsvereniging NAPA nadere eisen aan gaat stellen (zie de artikel 14 route, zoals hierboven genoemd bij de VS). Dit is niet eenvoudig. De vraag is of het vraagstuk van lijkschouw hiervoor voldoende aanleiding vormt. De vraag of het aanmerken van een specialisme als een wettelijke erkende specialistentitel aangewezen is, is onder andere afhankelijk van de vraag of dat wenselijk is ter bevordering van de goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. De lijkschouw valt niet onder de definitie van individuele gezondheidszorg in de zin van de Wet BIG.
 - Via de route van een profielberoep (zoals forensisch artsen een zogeheten profielberoep zijn, onderscheiden door de KNMG, en geen basisberoep zijn conform de Wet BIG). Hier volstaat een register van PA bevoegd voor lijkschouw via de NAPA.

- De richtlijn Lijkschouw door behandelend artsen moet wellicht worden aangepast.

Resumerend

De huidige wetgeving staat taakherschikking, maar ook taakdegelatie, van de lijkschouw niet toe. Het kunnen uitvoeren van lijkschouw door VS/PA vraagt daarmee (minimaal) om een wijziging van de Wet op de lijkbezorging en van aanvullende besluiten en regelingen.

3.5 Ruimte om ervaring op te doen

De vijfde onderzoeksvraag luidt:

“Hoe en onder welke voorwaarden kan ruimte geboden worden om hiermee ervaring op te doen?”

De voorwaarden op het gebied van kwaliteit en zorgvuldigheid, organisatie en efficiëntie, en wet- en regelgeving zijn beschreven in paragraaf 3.3 en 3.4. Als het gaat om het bieden van ruimte om ervaring op te doen met lijkschouw door VS/PA pleiten de respondenten veelal voor een geleidelijke uitbreiding van verantwoordelijkheden (werken met EPA), onder toezicht van artsen. Voor het opdoen van ervaring worden de volgende suggesties gedaan:

- In pilotvorm, met een goede evaluatie, nadat hiervoor ruimte is gecreëerd in wet- en regelgeving (zie onder). Bijvoorbeeld door te starten met een beperkt aantal ouderenzorglocaties in regio's waar toezicht beschikbaar is. In de gesprekken hebben diverse respondenten aangegeven graag te willen deelnemen aan pilots.
- Via een implementatieperiode (na besluitvorming en na aanpassing van wet- en regelgeving).

Bij het opdoen van ervaring kan eventueel ook gebruikgemaakt worden van digitale hulpmiddelen, zoals Google Glass of een digitale stethoscoop.

Als het gaat om het mogelijk maken van (een) pilot(s) biedt de [Aanwijzing 2.41 Experimenteerregeling](#) ruimte. Hierin is de mogelijkheid opgenomen om bij wijze van een experiment in de lagere regelgeving af te wijken van de hogere regelgeving, mits de hogere regelgeving een experimenteerbepaling bevat. Dit betekent dat in een wet eerst een experimenteerbepaling moet worden opgenomen, voordat bij wijze van experiment mag worden afgeweken van diezelfde wet. Daarbij is expliciet bepaald dat een experiment waarin wordt afgeweken van een wet alleen op het niveau van een algemene maatregel van bestuur mag worden uitgewerkt. Door het creëren van experimenteeruimte in een wet wordt tijdelijk ruimte geboden voor een aanpak die nog niet in wet- en regelgeving is opgenomen (en dus daarmee in strijd is). Zo kan worden gekeken in hoeverre de aanpak wenselijk en effectief is zonder dat de aanpak meteen definitief in de wet wordt opgenomen.

Resumerend

Het organiseren van (een) pilot(s) is het meest nadrukkelijk naar voren gekomen als mogelijkheid om ervaring op te doen met de inzet van VS/PA in de lijkschouw. Dit kan georganiseerd worden via een experimenteerregeling.

3.6 Vertaling naar andere sectoren

De zesde en laatste onderzoeksvraag luidt:

“Zijn de uitkomsten van het onderzoek te vertalen naar taakherschikking van (onderdelen van) de lijkschouw in andere sectoren?”

De vraag is in zekere zin prematuur, omdat het onderzoek laat zien dat nog geen eenduidig antwoord is te geven op de vraag of taakherschikking van (onderdelen van) de lijkschouw in de langdurige zorg wenselijk en mogelijk is. De vraag als zodanig hebben we dan ook niet gesteld tijdens de interviews. Zijdelings is dit onderwerp wel aan bod gekomen in de gevoerde gesprekken.

In hoeverre taakherschikking van (onderdelen van) de lijkschouw in andere sectoren zinvol is, raakt aan de vraag of in andere sectoren binnen en buiten de langdurige zorg sprake is van tekorten die leiden tot knelpunten bij de lijkschouw. Het raakt ook aan de vraag in welke andere sectoren de kwaliteit van de lijkschouw kan worden verbeterd door overname van deze taak.

Als het gaat om de tekorten binnen de langdurige zorg, hebben we gezien dat hiervan bij huisartsenposten sprake kan zijn, maar ook dat een onderscheid tussen Wlz- en overige cliënten in de huisartsenzorg arbitrair is. Ook de ziekenhuiszorg is genoemd als sector waar een onderscheid tussen cliënten met en zonder Wlz-indicatie niet wenselijk en werkbaar is.

Resumerend

Op grond van de antwoorden op de eerste vijf onderzoeksvragen is het momenteel te vroeg om de zesde onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden.

4. Conclusies en advies

In dit hoofdstuk geven we antwoord op de (hoofd)vraag van het onderzoek en sluiten we af met een advies.

4.1 Conclusies

De hoofdvraag van het onderzoek luidt:

Kan de lijkschouw in de langdurige zorg, zoals die nu door behandelend artsen wordt uitgevoerd, ook worden uitgevoerd door verpleegkundig specialisten en/of physician assistants?

De eerste deelvraag in het onderzoek betrof het in kaart brengen van de huidige knelpunten in deze lijkschouw. Op basis van de gesprekken die we met vele deskundigen op dit terrein hebben gevoerd concluderen we dat de huidige lijkschouw knelpunten kent in kwaliteit en organisatie (paragraaf 3.1).

Bij de knelpunten in kwaliteit gaat het vooral om de grote verschillen in de wijze waarop de lijkschouw wordt uitgevoerd in de langdurige zorg door behandelend artsen en de beperkte (bij)scholing. Dat er op zijn minst discussie is over de kwaliteit wordt ondersteund vanuit de literatuur.

Bij de organisatie gaat het vooral om (toenemende) lokale en regionale tekorten aan vooral specialisten ouderengeneeskunde en huisartsen, waardoor hun beschikbaarheid voor de lijkschouw onder (grote) druk staat. Actuele prognoses van de toekomstige arbeidsmarktontwikkelingen bevestigen de tekorten.

Vervolgens was de vraag of en zo ja, hoe taakherschikking van de lijkschouw van behandelend artsen naar de VS en PA bijdragen aan het oplossen van de knelpunten. We hebben laten zien dat het voorsorteren op taakherschikking als oplossing voor een deel van de partijen die we hebben gesproken te snel gaat, waarbij taakdelegatie als een minder vergaande oplossingsrichting naar voren komt.

Over de vraag of taakherschikking een antwoord is op de knelpunten wordt zeer verschillend gedacht door de deskundigen die we hebben geraadpleegd voor dit onderzoek. We hebben laten zien dat deze verschillen sterk samenhangen met het perspectief dat men heeft op de afzonderlijke relaties tussen capaciteitstekorten, taakherschikking, (kwaliteit van) lijkschouw en de eventuele inzet van VS/PA (paragraaf 3.2).

Overigens zagen we dat er weliswaar tekorten zijn in alle genoemde sectoren van de langdurige zorg, maar dat lijkschouw daarin niet overal een knelpunt vormt. Voor zover overname van lijkschouw door de VS/PA een oplossing zou kunnen vormen, speelt dit vooral in de intramurale ouderenzorg.

Vervolgens was de vraag wat nodig is om met voldoende kwaliteit VS/PA in te zetten in de lijkschouw en wat dit vraagt van (de organisaties in) de langdurige zorg (paragraaf 3.3 tot en met 3.5). Daarbij is vooral gewezen op het belang van een goede scholing en het kunnen opdoen van praktijkervaring.

Wat er moet veranderen (in wet- en regelgeving of anderszins) om de inzet van de VS/PA bij de lijkschouw te realiseren, is helder geworden: de huidige wetgeving staat taakherschikking van de lijkschouw nu niet toe (paragraaf 2.2 en 3.1). Dat geldt overigens ook voor taakdelegatie. Het kunnen uitvoeren van lijkschouw door de VS/PA in de langdurige zorg vraagt daarmee (minimaal) om wijziging van de Wet op de lijkbezorging en van aanvullende besluiten en regelingen.

We hebben ook gekeken naar de voorwaarden die ruimte kunnen bieden om ervaring op te doen met de inzet van de VS/PA in de lijkschouw in de langdurige zorg. Daarbij is nadrukkelijk de optie van een pilot naar voren gekomen, via de route van een experimenteerregeling (paragraaf 3.5).

Enkele van de organisaties voor de ouderenzorg die we spraken hebben aangegeven hier graag aan mee te willen werken.

Gegeven de diversiteit in opvattingen is het te vroeg voor het beantwoorden van de laatste deelvraag over de mogelijkheden om de uitkomsten van het onderzoek te vertalen naar taakherschikking van lijkschouw in andere sectoren.

4.2 Advies

Om tot een advies te komen over hoe verder te gaan met het vraagstuk van de inzet van VS/PA bij lijkschouw in de langdurige zorg hanteren we de volgende denklijn:

Er zijn knelpunten in de kwaliteit van lijkschouw in de langdurige zorg:

- De huidige praktijkvariatie in de uitvoering van lijkschouw in de langdurige zorg is groot en er is discussie over de kwaliteit van de lijkschouw in het algemeen.
- De huidige scholing over lijkschouw in de artsenopleiding is beperkt, wat niet bijdraagt aan de kwaliteit van de lijkschouw in de langdurige zorg.
- In de huidige praktijk wordt lijkschouw vaak al uitgevoerd door anderen dan de behandelend arts (mede vanwege de tekorten die er zijn). Deze taak wordt uitgevoerd door waarnemend artsen, basisartsen, dan wel soms voorbereid door VS/PA.
- Daarmee is de vraag of de lijkschouw in de langdurige zorg ook door de VS/PA kan worden uitgevoerd relevant en actueel.
- We constateren dat er een groot verschil van inzicht bestaat tussen en binnen branche- en beroepsgroepen als het gaat om de vraag of de uitvoering van de lijkschouw in de langdurige zorg door de VS/PA wenselijk en/of mogelijk is en zo ja, onder welke condities.

Dit heeft onder meer te maken met een verschil van inzicht over de medisch generalistische kennis die nodig is om de doodsoorzaak te kunnen vaststellen.

- Aanvullend zien we dat professionals die een behandelrelatie hebben met cliënten, over het algemeen zeer hechten aan het ‘goed afronden’ van deze relatie bij overlijden, naar zowel de cliënt als de naasten. Voor zowel artsen als VS/PA geldt dat zij in die situaties waarin zij zelf (regie)-behandelaar of anderszins nauw betrokken zijn, de lijkschouw niet graag laten uitvoeren door anderen.
- Het overgrote meerderheid van de overlijdens betreft een dood die niet gepaard gaat met twijfels. De kern van de lijkschouw is echter ‘om die ene situatie van onnatuurlijk overlijden te identificeren’. Degene die deze taak uitvoert, moet dan ook bevoegd en bekwaam zijn. Het hebben van een behandelrelatie als zodanig is dan ook niet voldoende argument voor overname van taken door de VS/PA.

Er zijn tekorten aan artsen in de langdurige zorg:

- Deze tekorten nemen als gevolg van de demografische en arbeidsmarktontwikkelingen in de komende jaren eerder toe dan af. Dit wordt ondersteund door recente cijfers van het Capaciteitsorgaan. De tekorten leiden tot knelpunten in de uitvoering van de lijkschouw in de langdurige zorg.
- Echter, niet in alle sectoren is overname van deze taak door VS/PA een (voldoende) oplossing voor deze tekorten vanwege de frequentie van voorkomen van lijkschouw in relatie tot de beschikbare capaciteit aan artsen. Vooral in de ouderenzorg, en in het bijzonder in de intramurale ouderenzorg, zou een overname van deze taak door de VS/PA mogelijk een oplossing kunnen zijn voor capaciteitstekorten.
- In de ouderenzorg zijn de knelpunten, zeker in sommige regio's en/of op sommige locaties, urgent en wordt op dit vraagstuk nadrukkelijk gevraagd om tempo en om oplossingen, zowel op de korte als op de lange termijn.

Verskillende perspectieven:

We constateren dus een noodzaak voor verbetering van de kwaliteit van de lijkschouw binnen de huidige setting waarin deze wordt uitgevoerd door behandelend artsen én we zien een toenemend tekort aan deze artsen die de lijkschouw kunnen uitvoeren. Betere scholing kan een oplossing zijn voor de kwaliteit, maar lost niet het probleem van de tekorten op. Inzet van VS/PA zou een oplossing kunnen zijn voor deze tekorten, met name in de (intramurale) ouderenzorg. Maar over de vraag in hoeverre de VS/PA deze taak met voldoende kwaliteit kunnen uitvoeren wordt zeer verschillend gedacht door en binnen branche- en beroepsverenigingen. Gezien het belang van deze taak kunnen we hiervoor de ogen niet sluiten. Tegelijkertijd wijzen partijen op de urgentie van dit vraagstuk.

Hoe verder:

Ons advies is daarom om in de praktijk ervaring te gaan opdoen met de inzet van VS/PA in de lijkschouw na een gezamenlijke scholing van artsen en VS/PA door middel van pilots. Via deze pilots kan nader worden bekeken of de kwaliteit kan worden verbeterd en welke bijdrage de VS/PA hierin kan hebben.

Concreet adviseren we:

- Creëer ruimte voor pilots met lijkschouw door VS/PA, als opmaat voor de definitieve besluitvorming over de inzet van VS/PA bij de lijkschouw. Om dit mogelijk te maken, moet een experimenteerbepaling in de Wlb worden opgenomen (zie paragraaf 3.5). Daarin moet worden geëxpliciteerd wat het oogmerk is van het experiment, wat het bereik is van de experimenteerregeling, van welke onderdelen van de Wlb kan worden afgeweken en wat de maximale geldigheidsduur is van de afwijking. Vervolgens moet het experiment worden uitgewerkt in een Algemene Maatregel van Bestuur (het uitvoeringsbesluit dat mag worden genomen op grond van een wet in formele zin). In de experimenteer-AMvB moeten

onder andere doel en functie van het experiment worden geconcretiseerd, moet worden aangegeven op welke punten van de afwijkingsbevoegdheid gebruik is gemaakt, wat de looptijd is van het experiment en hoe het experiment wordt geëvalueerd.

- Werk de (voorwaarden voor de) pilot met de betrokken partijen uit:
 - Werk als betrokken beroepsgroepen (Verenso, V&VNVS, NAPA, KNMG en FMG) samen uit over welke achtergrond²⁰, ervaring²¹, scholing (zie de volgende bullet) en begeleiding²² de VS/PA moeten beschikken om deel te kunnen nemen aan (een) pilot(s) op het gebied van lijkschouw.
 - Ontwikkel als betrokken beroepsgroepen (Verenso, V&VNVS, NAPA, KNMG en FMG) en samen met (een) opleidingsinstantie(s) (een) scholingsmodule(s) voor lijkschouw door VS/PA en zet deze in voorafgaand aan en tijdens de looptijd van pilots (deze kunnen wellicht ook onderdeel gaan uitmaken van de (bij)scholing van artsen).
- Organiseer met de betrokken partijen pilots in zorginstellingen (regio's) met lijkschouw door de VS/PA met de juiste achtergrond, nadat deze geschoold zijn, onder begeleiding en toezicht van artsen, op basis van concrete werkafspraken in lijn met de Handreiking samenwerking en taakherschikking in de ouderenzorg van Verenso, V&VNVS en NAPA.
- Organiseer toezicht op deze pilots en daarmee op de kwaliteit van de lijkschouw door VS/PA in deze pilots via de IGJ.

- Zorg voor een ex durante evaluatie van deze pilots (lees: een evaluatie gedurende de doorlooptijd van deze pilots), zodat tussentijds geleerd en verbeterd kan worden. Heb daarbij aandacht voor onder meer:
 - de kwaliteit van de lijkschouw,
 - kenmerken van situaties van lijkschouw (zoals onderscheid verwacht en onverwacht overlijden),
 - de praktijk van samenwerking tussen VS / PA / specialist ouderengeneeskunde / huisarts / forensisch arts,
 - randvoorwaarden op het gebied van onder meer achtergrond, scholing, ervaring en begeleiding.
- Neem als onderzoeksvraag mee of een dergelijke wetswijziging van de Wlb effectief en doelmatig is en of de lijkschouw door VS/PA op termijn wettelijk definitief mogelijk gemaakt moet worden.
- Neem als onderzoeksvraag mee of dit vervolgens via taakdelegatie of via taakherschikking invulling moet krijgen.
- Neem als onderzoeksvraag mee of een uitbreiding naar andere sectoren gewenst en mogelijk is.
- Pas op basis van deze evaluatie eventueel de huidige wet- en regelgeving aan, evenals de administratieve processen.

²⁰ Bijvoorbeeld op basis van de beroepsprofielen voor de VS en PA vanuit de Wet BIG.

²¹ Bijvoorbeeld via de EPA-werkwijze (Entrustable Professional Activities).

²² Bijvoorbeeld door een SO, HA en/of door een forensisch arts.

Bijlage 1. Bestudeerde documenten

- NHG in samenwerking met Verenso, NIV, NVH, NVC, FMG en KNMG (juni 2016). *Richtlijn lijkschouw voor behandelend artsen.*
- Openbaar ministerie, IGZ, FMG, KNMG (jan 2016). *Handreiking (Niet-)natuurlijke dood, wat moet u weten, wat moet u doen?*
- S. Heuts et al. (2019). *Hoe stelt een arts de dood vast?* Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde (NTVG).
- FMG, GGD NL (2016). *Richtlijn Forensische Geneeskunde, overlijden in een zorginstelling.*
- FMG (2019). *Kennisagenda Forensische geneeskunde 2019-2024.*
- KNMG, V&VN, NAPA (nov 2012). *Handreiking implementatie taakherschikking.*
- L. van Tuyl et al. (2020). *Visies op taakherschikking.* NIVEL.
- P. Jansen & S. Schutte (okt 2019). *Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg.* (inclusief 5 deelrapporten en tabellenboek). Bureau HHM.
- Verenso, V&VN VS, NAPA (maart 2022). *Handreiking samenwerking en taakherschikking ouderenzorg.*
- M. Lovink et al. (2017). *Taakherschikking in de ouderenzorg: kansen, belemmeringen en effecten.* Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Radboud UMC.
- J. Schuurmans et al. (dec 2021). *Duurzame Medische Zorg in de Regio.* Erasmus School of Health Policy & Management.
- E.I. Schippers (11 nov 2015). *Betreft: Evaluatieonderzoek experiment art. 36a wet BIG met Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist.* Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- D.P. De Bruijn-Geraets et al. (jul 2015). *VoorBIGhouden.* Maastricht UMC+, academisch ziekenhuis Maastricht, Maastricht University.
- T. van Ark (27 okt 2020). *Betreft: Opvolging CNO-advies 'Niets over ons, zonder ons' en andere trajecten betreffende de individuele beroepsuitoefening.* Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- W.L.J.M. Duijst-Heesters et al. (nov 2016). *De lijkschouw en sectie beschouwd.* Nederlands Forensisch Instituut, Ministerie van Veiligheid en Justitie.
- Taskforce lijkschouw en gerechtelijke secties (jan 2018). *De dood als startpunt.*
- C. Helder (22 feb 2022). *Antwoorden op de vragen van de leden Van den Hil en Strolenberg (beiden VVD) over het artikel 'Een rol bij de lijkschouw' (2021Z19441) (ingezonden d.d. 4 november 2021).* Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- C. van der Helm (okt 2021). *Een rol bij de lijkschouw.* NAPA
- M. Babovic (apr 2020). *De paarse krokodil van corona: lijkschouw.* NAPA.
- M. van Ingen (2017). *Praktijkperikel: de lijkschouwing.* NAPA.
- NAPA, V&VN VS (2020). *Webinar: Schouwen door de PA en VS: welbeschouwd een goed idee?!*
- H. de Jonge, F. Grapperhaus, K. Ollongren (15 nov 2021). *Betreft: Aanbiedingsbrief en reactie bij rapport IGJ: 'Gemeentelijke lijkschouw door forensisch artsen onder druk, veel zorgen op korte termijn'.* Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- IGJ (okt 2021). *Gemeentelijke lijkschouw door forensisch artsen onder druk, veel zorgen op korte termijn.* Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- F. Peters (nov 2021). *Derde evaluatie van de 'Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner en opleiding tot physician assistant'.* KBA Nijmegen.
- E. Kuipers (28 feb 2022). *Betreft: Tekort aan forensisch artsen.* Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- IGJ (jun 2020). *Toetsingskader lijkschouw.* Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Capaciteitsorgaan (2022), *Capaciteitsplan 2024-2027: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde.* Utrecht.

- Capaciteitsorgaan (2022), *Capaciteitsplan 2024-2027: Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde*. Utrecht.
- Capaciteitsorgaan (2022), *Capaciteitsplan 2024-2027: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten*. Utrecht.
- Capaciteitsorgaan (2022), *Capaciteitsplan 2024-2027: Deelrapport 9 Physician Assistant en Verpleegkundige Specialist Algemene Gezondheidszorg*. Utrecht.
- Diverse opleidingsplannen, studiegidsen en nascholingsmogelijkheden:
 - *Curriculum Huisartsopleiding, mei 2018, Utrecht*
 - *AIOS curriculum huisartsopleiding, UMCG*
 - *Landelijk opleidingsplan. 2016, SOON*
 - *Lokaal opleidingsplan. Juli 2021, GERION (Amsterdam)*
 - *Lokaal opleidingsplan. Okt 2018, SOOL (Leiden/Rotterdam)*
 - *Lokaal Opleidingsplan. 2016, UMCG (Groningen)*
 - *Landelijk opleidingsplan. Feb 2019, DIDACT 2.0, Erasmus MC.*
 - *Programma Master PA Arnhem/Nijmegen*
 - *Studiegids Master PA. 2021-2022, INholland Hogeschool*
 - *Studiegids Master PA. 2021-2022, Hogeschool Utrecht*
 - *De rol van de huisarts bij lijkschouw, LHV. Trainer René Pieterman, technische rechercheur, gerechtelijk deskundige NFI en wetenschappelijk onderzoeker*
 - *Forensische geneeskunde: Lijkschouwing – een koud kunstje? Leerpunt KOEL (Kwaliteit & Opleiding Eerstelijnszorg)*
 - *Lijkschouw voor huisartsen, NFI. Wordt geboden op verzoek van organisaties*
- V&VN (jan 2019). *Beroepsprofiel verpleegkundig specialist*
- PA opleidingen Groningen, Amsterdam, Nijmegen, Utrecht, Rotterdam (sept 2012). *Landelijk opleidingscompetentieprofiel, Master Physician Assistant.*
- Wet op de lijkbezorging (01-01-2022 t/m heden). Geraadpleegd van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0005009/2022-01-01>
- Besluit op de lijkbezorging (01-01-2020 t/m heden). Geraadpleegd van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0009080/2020-01-01>
- Nr. 3 Memorie van toelichting (18-09-2006). Wijziging van de Wet op de lijkbezorging. Kamerstuk 30 696. Geraadpleegd op: <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-30696-3.html>
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (01-04-2022 t/m heden). Geraadpleegd van <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2022-04-01>

Bijlage 2. Geraadpleegde respondenten

| Organisatie | Functie |
|--|---|
| V&VN VS | Bestuurslid en verpleegkundig specialist AGZ Verpleegkundig specialist AGZ Verpleegkundig specialist AGZ Bestuurslid en verpleegkundig specialist AGZ Verpleegkundig specialist AGZ Jurist Jurist |
| NAPA | Bestuurslid Physician assistant ouderengeneeskunde Physician assistant ouderengeneeskunde |
| Verenso | Bestuurslid en specialist ouderengeneeskunde Bestuurslid en specialist ouderengeneeskunde |
| NVAVG | Arts VG Bestuurslid en arts VG Bestuurslid en arts VG Bestuurslid en arts VG |
| NHG | Senior wetenschappelijk medewerker en huisarts NP |
| Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Beleidsmedewerker Beleidsmedewerker Beleidsmedewerker Beleidsmedewerker Wetgevingsjurist Wetgevingsjurist |
| Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties | Senior beleidsmedewerker Wetgevingsjurist |
| Ministerie van Justitie en Veiligheid | Senior adviseur Senior adviseur |

| Organisatie | Functie |
|--|---|
| Inspectie Jeugd en Gezondheidszorg | Inspecteur Inspecteur |
| GGD GHOR | Zelfstandig adviseur |
| ActiZ | Beleidsmedewerker Districtsdirecteur |
| InEen | Programmamanager |
| LHV | Beleidsadviseur en huisarts |
| NSPOH | Forensisch arts Forensisch arts |
| KNMG | Bestuurslid |
| FMG | Bestuurslid en forensisch arts |
| Instelling ouderenzorg | Bestuurder Manager Specialist ouderengeneeskunde |
| Geriatrische revalidatie-zorg en eerstelijnsverblijf | Physician assistant ouderengeneeskunde |
| Met Zorg voor elkaar | Projectleider |
| Erasmus Universiteit | Associate professor |
| Universiteit Maastricht | Forensisch arts en hoogleraar forensische geneeskunde |
| Overig | Voormalig verpleeghuisarts, forensisch deskundige en opleider |

Bijlage 3. Gespreksleidraad

In opdracht van het Ministerie van VWS doen wij onderzoek naar de vraag of de lijkschouw in de langdurige zorg zoals die nu wordt uitgevoerd door behandelend artsen, ook door Verpleegkundig Specialisten (VS) en/of Physician Assistants (PA) kan worden uitgevoerd.

We willen u raadplegen als deskundige op dit terrein. In deze notitie staan de vragen waarover we met u willen doorspreken tijdens het interview. Meer informatie vindt u in de notitie met het kenmerk AN/22/1045.

Algemeen

- Uw rol en betrokkenheid bij lijkschouw.

Knelpunten

- Welke knelpunten bestaan er op het gebied van kwaliteit in de manier waarop de lijkschouw nu wordt uitgevoerd in de langdurige zorg?
- Welke knelpunten bestaan er op het gebied van organisatie in de manier waarop de lijkschouw nu wordt uitgevoerd in de langdurige zorg?
- Welke knelpunten bestaan er op het gebied van wet- en regelgeving in de manier waarop de lijkschouw nu wordt uitgevoerd in de langdurige zorg?

Oplossingen

- Hoe kan taakherschikking van (onderdelen van) de lijkschouw van behandelend artsen naar de VS/PA bijdragen aan het oplossen van knelpunten?
- Welke andere oplossingsrichtingen ziet u?

Randvoorwaarden

- Wat is nodig om met voldoende kwaliteit de VS/PA in te kunnen zetten voor (onderdelen van) de lijkschouw?
- Wat is nodig op het gebied van organisatie om de VS/PA in te kunnen zetten voor (onderdelen van) de lijkschouw?
- Wat moet er veranderen in de wet- en regelgeving om inzet van VS/PA voor (onderdelen van) de lijkschouw te kunnen realiseren?
- Onder welke voorwaarden kan ruimte worden geboden om ervaring op te doen met de inzet van de VS/PA voor (onderdelen van) de lijkschouw?

Afronding

- Overige informatie die u ons wil meegeven.

Bijlage 4. Deelnemers reflectiesessie

| Organisatie | Functie |
|---|---|
| V&VN VS | AGZ AGZ Bestuurslid en verpleegkundig specialist Verpleegkundig specialist AGZ Verpleegkundig specialist AGZ Bestuurslid en verpleegkundig specialist Verpleegkundig specialist AGZ |
| NAPA | Bestuurslid |
| NVAVG | Arts VG Bestuurslid en arts VG Bestuurslid en arts VG Bestuurslid en arts VG |
| NHG | Senior wetenschappelijk medewerker en huisarts NP |
| Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport | Beleidsmedewerker Beleidsmedewerker |
| ActiZ | Beleidsmedewerker Forensisch arts |
| FMG | Bestuurslid en forensisch arts |
| Instelling ouderenzorg | Bestuurder |
| Geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf | Physician assistant ouderengeneeskunde |
| Met Zorg voor elkaar | Projectleider |
| Erasmus Universiteit | Onderzoeker |
| Ministerie van VWS | Beleidsmedewerker |
| GGD/GHOR | Projectleider |
| LHV | Jurist |