

Vergaderjaar 2009–2010

32 337

Wijziging van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden, de Penitentiaire beginselenwet en de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen in verband met de verruiming van de mogelijkheid onvrijwillige geneeskundige behandeling te verrichten

Nr. 3

MEMORIE VAN TOELICHTING

Algemeen

1. Inleiding

Met dit wetsvoorstel wordt uitvoering gegeven aan het kabinetsstandpunt over het rapport «Tbs, vandaag over gisteren en morgen» van de tijdelijke commissie onderzoek tbs (hierna: commissie Visser). In dit rapport beval de commissie Visser aan dat de wettelijke mogelijkheden voor dwangmedicatie tijdens de behandeling in de tbs-kliniek worden vergroot (aanbeveling 7, Kamerstukken II 2005/06, 30 250, nrs. 4–5, blz. 120).

De regering deelt de opvatting van de commissie Visser en past de wetgeving aan, zodat de mogelijkheden voor onvrijwillige geneeskundige behandeling worden verruimd in navolging van artikel 38a en navolgende van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (hierna: Wet bopz). Het onderhavige wetsvoorstel maakt de verruimde bevoegdheden tot toepassing van onvrijwillige geneeskundige behandeling ook mogelijk in het gevangeniswezen, de justitiële jeugdinrichtingen en de tbs inrichtingen, bij gedetineerden, jeugdigen en ter beschikking gestelden met een psychiatrische stoornis.

Dit toenmalige kabinetsstandpunt, dat deze regering geheel onderschrijft, moet tegen de achtergrond van het volgende worden gezien. Een belangrijk deel van de forensische populatie in het gevangeniswezen en de justitiële jeugdinrichtingen kampt met psychiatrische problemen, voor de tbs klinieken spreekt dit voor zich. Onder deze populatie komen naast patiënten met persoonlijkheidsstoornissen als antisociale persoonlijkheidsstoornissen, borderline- of narcistische persoonlijkheidsstoornissen ook een groeiend aantal patiënten voor met psychotische stoornissen. Verondersteld wordt dat deze toename samenhangt met (onder andere) het verschijnen van drugs in onze samenleving en de zogeheten vermaatschappelijking van de ggz in de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw. Het streven bij deze vermaatschappelijking was om psychiatrische patiënten uit de psychiatrische ziekenhuizen te halen en weer te laten deelnemen aan het maatschappelijk leven. Keerzijde van deze vermaatschappelijking was dat een deel van deze patiënten de zorgverlening uit de weg ging. Veel van deze patiënten gebruikten drugs, hetgeen hun psychische gesteldheid vaak geen goed deed. Vanwege de kosten van

drugs nam een deel van de (niet zelden ook agressieve) patiënten hun toevlucht tot (gewelddadige) criminaliteit, waardoor zij in een forensische setting terecht kwamen¹. In de reguliere ggz bestaan beperkte mogelijkheden om deze mensen adequaat op te vangen.

Naar schatting kampt 30–40% van de tbs-populatie en 5–7% van de gedetineerden met psychotische stoornissen met symptomen zoals wanen en hallucinaties, die in een acute fase gepaard kunnen gaan met hevige angstgevoelens en gedragsstoornissen (zie het evaluatierapport «Voortschrijdende inzichten...» van de evaluatiecommissie derde evaluatie Wet bopz (hierna: Evaluatiecommissie), blz. 71 (Kamerstukken II 2006/07, 25 763, nr. 7). Vaak gaat het om personen met meervoudige psychiatrische problemen (comorbiditeit), waarbij psychotische stoornissen samengaan met verslavingsproblemen of persoonlijkheidsstoornissen («double trouble», «triple cripple»). Ook komen combinaties met een verstandelijke handicap en aandoeningen in het autismespectrum voor.

In het acute stadium van een psychose is, niet alleen ter beteugeling van de symptomen, maar ook ter voorkoming van verdere gezondheidsschade, een medicamenteuze behandeling noodzakelijk. Ook daarna kan medicatie van levensgroot belang zijn. Medicatie kan ook bevorderen dat patiënten ontvankelijk worden voor het ontwikkelen van ziektebesef, en vervolgens, zo mogelijk, ziekte-inzicht. Dit is essentieel voor het bevorderen van medicatietrouw en daarmee voor het bevorderen van de gezondheidstoestand van de patiënt. Als een psychotische patiënt eenmaal adequaat op medicatie is ingesteld, verbetert zijn functioneren doorgaans sterk. De algemeen heersende opvatting is dat langdurig medicijngebruik een belangrijke rol speelt in het wegnemen van gevaar dat psychotische patiënten door hun stoornis veroorzaken. Er wordt zelfs gesteld dat zonder medicatie binnen een gesloten setting als een tbs inrichting geen veilige situatie kan ontstaan². Hoewel het gebruik van medicatie op vrijwillige basis uiteraard de voorkeur verdient, kan dwangmedicatie aangewezen zijn als een patiënt zich verzet tegen medicatie. Hoewel er geen exacte cijfers bekend zijn is een ruwe schatting dat het per jaar bij ongeveer honderd gedetineerden (circa een derde van de populatie) in de Foba lukt om deze te motiveren tot medicatiegebruik. Nog eens honderd gedetineerden worden zo gevaarlijk voor zichzelf of anderen (volgens het gevaarscriterium van artikel 32 Pbw) dat dwangmedicatie moet worden toegediend. De resterende honderd gedetineerden blijven medicatie weigeren maar zijn niet zo acuut gevaarlijk dat tot het toedienen van dwangmedicatie op grond van artikel 32 Pbw mag worden overgegaan. Deze gedetineerden blijven onverminderd psychotisch maar mogen niet antipsychotisch worden behandeld. Bij deze groep zou onvrijwillige behandeling, naar analogie van de per 1 juni 2008 verruimde mogelijkheid tot dwangbehandeling in de wet Bopz, overwogen kunnen worden. Bij jeugdigen gaat het om veel minder gevallen. In de praktijk blijkt echter voor deze jeugdigen overplaatsing naar de ggz zeer moeizaam te verlopen. Om deze reden is ook voor jeugdigen onvrijwillige behandeling soms wenselijk als alternatief, bijvoorbeeld in die gevallen waarin alleen nog separatie de mogelijkheid biedt een jeugdige veilig in de inrichting te laten verblijven.

Zoals gezegd, strekt het onderhavige wetsvoorstel tot verruiming van de mogelijkheden tot dwangmedicatie in de beginselenwetten in het verlengde van de wijziging van de Wet bopz per 1 juni 2008. Het uitgangspunt is hierbij equivalentie van zorg. Dit uitgangspunt omvat het streven de psychiatrische zorg binnen de justitiële inrichtingen zoveel mogelijk van hetzelfde niveau te laten zijn als de psychiatrische zorg in de ggz, uiteraard met de beperkingen die het verblijf op strafrechtelijke titel met zich meebrengt. De commissie Visser stelde vast dat een bepaalde patiën-

¹ Zie H.J.C. van Marle, Forensische zorg en Forensische Psychiatrie, Sancties 2006, nr. 3, p. 149–160.

² Zorgprogramma psychotische stoornissen in de terbeschikkingstelling met verpleging, forensische monografieën nr. 1, mei 2004.

tengroep van tbs-gestelden, zoals patiënten met een psychotische stoornis, baat heeft bij medicatie. Bij de aanbeveling om de mogelijkheden voor dwangmedicatie uit te breiden, verwees de commissie Visser naar het voorstel tot wijziging van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz), waarin de mogelijkheden van toepassing van dwangbehandeling van patiënten binnen een instelling worden verruimd (Kamerstukken I 2006/07, 30 492). De commissie Visser gaf daarbij aan dat de Wet bopz, de Penitentiaire beginselenwet (Pbw) en aanverwante regelgeving op elkaar dienen te worden afgestemd, opdat in alle klinieken waar tbs-gestelden verblijven dezelfde regels gelden. Overname van de voorgenomen wijziging van de Wet bopz maakt bredere toepassing van dwangmedicatie mogelijk, aldus de commissie Visser destijds (Kamerstukken II 2005/06, 30 250, nrs. 4–5). Het tegengaan van psychotische stoornissen is een belangrijk oogmerk van het onderhavige wetsvoorstel. Niettemin is het wetsvoorstel niet daartoe beperkt. De verruimde mogelijkheid tot dwangbehandeling die bestaat sinds de wijziging van de Wet bopz per 1 juni 2008, omvat niet alleen een verruimde mogelijkheid tot het geven van dwangmedicatie. Ook andere therapeutische interventies, zoals bijvoorbeeld separatie, fixatie, het toedienen van vocht of voeding, vallen onder de werking van dit artikel. Op basis van het streven naar equivalentie van zorg beoogt dit wetsvoorstel het mogelijk te maken in de justitiële inrichtingen dezelfde geneeskundige zorg te bieden als in de reguliere ggz. Daarom betreft het wetsvoorstel onvrijwillige geneeskundige behandeling en bestrijkt het een breder terrein dan alleen verruiming van de mogelijkheid tot het toedienen van dwangmedicatie. Ook behandeling van andere psychiatrische aandoeningen (die immers vaak in combinatie met psychotische stoornissen voorkomen), valt onder het bereik van dit wetsvoorstel.

Hierbij past de algemene kanttekening dat medische interventies krachtens de beginselenwetten in de sleutel staan van de tenuitvoerlegging van een strafrechtelijke beslissing waarbij de duur van de vrijheidsbeneming door de rechter is bepaald. Ook de detentie-setting kleurt de behandeling van de tbs-gestelde, de gedetineerde of de jeugdige. Dit betekent dat (dwang)behandeling ook bij identieke criteria een andere lading krijgt, alleen al als gevolg van de inbedding in verschillende wetgevingsfamilies en de concrete situatie waarin de ingeslotene zich bevindt (zie ook hieronder onder 5b, 5c en 5d). Verder geldt dat wanneer er aanleiding is voor een verblijf en een behandeling in een ggz-instelling volgens de maatstaven van de Wet bopz, de beginselenwetten voorzien in de mogelijkheid van overplaatsing naar een bopz-aangemerkte instelling (respectievelijk de artikelen 14 Bvt, 15, vijfde lid, Pbw en 16, zesde lid, Bjj). Deze overplaatsingsmogelijkheid blijft onverminderd gelden.

Met inachtneming van deze kanttekening draagt het wetsvoorstel bij aan een betere aansluiting van het straf- op het zorgsysteem en vice versa: ongeacht waar een forensische psychiatrische patiënt zich bevindt – een ggz-instelling, een tbs-kliniek, tegenwoordig meestal forensisch psychiatrisch centrum (fpc) genoemd, of een penitentiaire inrichting (pi) –, zullen dezelfde criteria voor de toepassing van een gedwongen geneeskundige handeling van toepassing zijn. Dit geldt overigens ook voor de jeugdige forensische patiënt. Met dit wetsvoorstel wordt ook het regime van onvrijwillige geneeskundige behandeling in de justitiële jeugdinrichtingen (jji's) aangepast. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan de aanbeveling van de Evaluatiecommissie om te onderzoeken of de voorgestelde uitbreiding van de onvrijwillige geneeskundige behandelingsmogelijkheden ook in de Bjj zou kunnen worden opgenomen. De Evaluatiecommissie is van mening dat zich ook in een jji waar de Bjj van toepassing is, de door de commissie Visser geïdentificeerde problematiek kan voordoen (evaluatie-rapport «Voortschrijdende inzichten...», p. 81).

De regering deelt deze mening. Kinder- en jeugdpsychiaters wijzen erop dat veel jeugdigen die in een jji worden geplaatst, te kampen hebben met psychiatrische problemen. Daarbij moet aan psychotische stoornissen worden gedacht waarbij evenzeer als bij de volwassenen in bovenbedoelde situaties een medicamenteuze interventie aangewezen kan zijn, maar ook aan stoornissen uit het autismespectrum (pdd-nos, syndroom van Asperger), ADHD en verstandelijke beperkingen. Ook komen combinaties met een gedragsstoornis en verslaving voor. Waar met pedagogische maatregelen onvoldoende kan worden bereikt, kan een (gedwongen) medicamenteuze interventie soms een doorbraak betekenen in het ziekteproces. De voorgestelde uitbreiding biedt daarbij aan kinder- en jeugdpsychiaters de mogelijkheid om in daarvoor in aanmerking komende gevallen eerder in te grijpen. Onder 5d wordt hier nader op in gegaan.

Het spreekt vanzelf dat deze harmonisatie van rechtspositieregels niet los kan worden gezien van andere ontwikkelingen op het terrein van gezondheidszorg in strafrechtelijk kader. Immers, onvrijwillige geneeskundige behandeling, en dan in het bijzonder dwangmedicatie, vereist dat het niveau van de zorgvoorzieningen, zowel qua inrichting als voor wat betreft de hulpverleners, binnen de gesloten inrichtingen op peil is.

Wat betreft de verbetering van de behandelingsmogelijkheden in het gevangeniswezen, wordt gewezen op de ontwikkelingen zoals geschetst in het door de Minister van Justitie opgestelde plan van aanpak tbs (brief van de Minister van Justitie van 10 oktober 2006, Kamerstukken II 2006/07, 29 452, nr. 48). Om een hoger zorgniveau te realiseren, worden binnen de bestaande capaciteit van het gevangeniswezen 700 bijzondere zorgplaatsen gerealiseerd. Hiervoor zijn middelen beschikbaar die oplopen tot € 55,7 miljoen structureel in 2011. Een deel van deze plaatsen wordt in de reguliere ggz ingekocht. De overige plaatsen worden, samen met de huidige voorzieningen (ongeveer 600 plaatsen) geconcentreerd in vijf penitentiaire zorgcentra. In deze penitentiair psychiatrische centra (hierna: ppc's) zal, gegeven de beperkingen van de detentie-situatie, zorg aan gedetineerden met een psychiatrische aandoening, verslavingsproblematiek of een verstandelijke beperking worden geleverd volgens het equivalentie-principe. Dit wil zeggen dat een behandeling wordt aangeboden van een niveau dat vergelijkbaar is met een behandeling die in de gewone maatschappij wordt geleverd. Het doel van de behandeling is onder meer stabilisatie en vervolgbehandeling gericht op het verbeteren van de psychische toestand en het algeheel functioneren van betrokkene, om op deze wijze een bijdrage te leveren aan een veiliger samenleving.

Evenals in de reguliere ggz kan ook in een ppc onvrijwillige geneeskundige behandeling noodzakelijk zijn om gevaar weg te nemen. Voor de verruimde mogelijkheid tot onvrijwillige geneeskundige behandeling die in dit wetsvoorstel aan de orde is, geldt in elk geval dat voldoende verpleegkundig personeel aanwezig dient te zijn om toezicht op de behandelde te kunnen houden. Tevens dient er psychiatrisch toezicht te worden gehouden op de behandeling. Nadere voorwaarden voor de verruimde mogelijkheid tot onvrijwillige geneeskundige behandeling zullen worden vastgesteld bij algemene maatregel van bestuur. Gelet op de thans reeds gestelde eisen van verpleegkundig en psychiatrisch toezicht betekent dit dat de verruimde mogelijkheid tot onvrijwillige geneeskundige behandeling gefaseerd ingevoerd zal dienen te worden. Vooralnog is deze invoering voorzien in de ppc's te Amsterdam, Den Haag en Vught. De ppc's te Zwolle en Maastricht zullen later volgen.

De ontwikkeling van de ppc's sluit aan bij de aanbeveling van de commissie Visser om te onderzoeken of een penitentiair psychiatrisch ziekenhuis een bijdrage kan leveren aan de huidige capaciteitsproblemen

rond forensisch psychiatrische patiënten (aanbeveling 17). Ook wordt hiermee uitvoering gegeven aan het coalitieakkoord waarin is gesteld dat bij de voortzetting van de hervormingen in het gevangeniswezen extra aandacht voor behandeling zal zijn (brief van de informateur van 7 februari 2007, Kamerstukken II 2006/07, 30 891, nr. 4, blz. 26). Tevens ligt dit in lijn met de bevindingen van de Evaluatiecommissie die in het evaluatierapport «Voortschrijdende inzichten...» aanbeveelt dat de behandelingsmogelijkheden binnen het gevangeniswezen moeten worden verbeterd (aanbeveling 27).

Een nadrukkelijk aandachtspunt is continuïteit van de behandeling. Het tijdsbeslag dat gemoeid is met een psychiatrische behandeling, sluit in veel gevallen niet goed aan bij de looptijd van een justitiële titel zoals een gevangenisstraf. Een psychiatrische behandeling beslaat al snel een aantal jaren, terwijl een strafrechtelijke veroordeling al na enkele maanden kan zijn afgelopen. Bij stoornissen van chronische aard kan doorgaans niet worden volstaan met een behandeling van korte duur. Langdurige behandeling, zorg en controle kunnen nodig zijn om gevaarsituaties te voorkomen of weg te nemen. Dit betekent dat er ook na afloop van de geldigheidsduur van een justitiële titel een noodzaak kan zijn om te voorzien in een behandeling, desnoods, en uiteraard voorzover aan de daarvoor geldende criteria is voldaan, in een gesloten setting op basis van de Wet bopz of op de grondslag van een voorwaardelijke modaliteit zoals de voorwaardelijke machtiging (artikel 14a e.v. Wet bopz). In het conceptwetsvoorstel Wet forensische zorg zijn bepalingen voorzien die ertoe strekken deze overgang van de forensische zorg naar de reguliere ggz soepeler te laten verlopen. Omdat in het onderhavige wetsvoorstel aansluiting wordt gezocht bij de regeling van de dwangbehandeling in de Wet bopz, zoals deze in werking is getreden per 1 juni 2008, volgt hieronder een korte uiteenzetting over deze regeling.

2. De uitbreiding van de dwangbehandeling in de Wet bopz, in werking getreden per 1 juni 2008

Krachtens de Wet bopz zoals die gold voor 1 juni 2008, was het alleen mogelijk om een psychiatrische patiënt die gedwongen was opgenomen in een (daartoe aangemerkt) psychiatrisch ziekenhuis, onder dwang te behandelen, indien dit volstrekt noodzakelijk was om gevaar (binnen de inrichting) af te wenden (artikel 38, vijfde lid). Het gaat daarbij om gevaar dat voortvloeit uit een psychiatrische aandoening van de patiënt. Een dwangbehandeling kan uitsluitend worden toegepast voorzover de behandeling is voorzien in een (voorgesteld) behandelingsplan dat de behandelaar zo spoedig mogelijk na binnenkomst van de patiënt na overleg met de patiënt opstelde. Het behandelingsplan is erop gericht de psychiatrische aandoening zo te verbeteren dat het gevaar op grond waarvan de patiënt in het ziekenhuis moet verblijven, wordt weggenomen. Daarmee staat in de Wet bopz verbetering van de stoornis bij een gedwongen opgenomen patiënt voorop.

Dit gevaar omvat een breed scala aan dreigingen, waarbij niet alleen moet worden gedacht aan gevaar dat betrokkene zichzelf of een ander van het leven zal beroven of zichzelf of een ander ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen. Ook het gevaar dat iemand maatschappelijk te gronde gaat, zichzelf verwaarloost of het gevaar voor de psychische gezondheid van een ander vallen onder dit begrip (zie de niet-limitatieve opsomming in artikel 1, onderdeel f, Wet bopz). Het behandelingsplan bevat alle interventies die ingezet kunnen worden om de toestand van de patiënt te verbeteren. De Wet bopz schrijft niet voor welke interventies wel of niet deel uit kunnen maken van het behandelingsplan. Het is aan de behandelaar om

in samenspraak met de patiënt vanuit zijn eigen professionaliteit hier een invulling aan te geven. Vaak zal het gaan om een medicamenteuze behandeling, maar ook allerlei andere vormen van zorg en maatregelen kunnen in het behandelingsplan worden opgenomen. Zo is zelfs denkbaar dat separatie of afzondering deel uitmaakt van het behandelingsplan. Uitgangspunt is dat het behandelingsplan alleen wordt toegepast als dit de instemming heeft van de patiënt of (bij wilsonbekwaamheid) diens vertegenwoordiger. Toepassen van dwang kan alleen als laatste redmiddel (ultimum remedium), waarbij ook de uitgangspunten van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid gelden. Dit wil zeggen dat moet worden volstaan met de minst ingrijpende vorm van dwangbehandeling, die niet langer dan nodig wordt toegepast, en die effectief moet zijn in de gegeven omstandigheden. In de praktijk betekent dit dat het de eerste opdracht van de behandelaar is om al het mogelijke te doen om de patiënt vrijwillig te behandelen. Een gedwongen interventie zal pas aan de orde kunnen zijn, als een patiënt niet op vrijwillige basis kan worden geholpen en zorg toch nodig is.

Daarnaast kent de Wet bopz in artikel 39 de mogelijkheid om – voor situaties waarin het behandelingsplan niet voorziet – zogeheten middelen en maatregelen toe te passen «ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties welke door de patiënt in het ziekenhuis als gevolg van de stoornis van de geestvermogens worden veroorzaakt». Gedacht kan daarbij worden aan bijvoorbeeld een beslissing tot afzondering of separatie die overigens niet langer dan zeven dagen aaneengesloten mag worden toegepast (Besluit middelen en maatregelen Bopz).

Het dwangbehandelingscriterium zoals dit gold tot 1 juni 2008 bracht derhalve mee dat dwangbehandeling alleen mogelijk was als er een (onmiddellijk dreigend) gevaar binnen de inrichting was. Dit betekende dat een psychiatrische patiënt, als hij zich tegen een behandeling verzette, in veel gevallen onbehandeld bleef, ook als met een interventie zijn toestand sterk zou kunnen verbeteren en daarmee het gevaar dat hij als gevolg van zijn psychiatrische aandoening veroorzaakte, kon worden weggenomen (Kamerstukken II 2005/06, 30 492, nr. 3, blz. 9). Een langdurige gedwongen opneming zonder uitzicht op verbetering was het gevolg. In de meeste gevallen is een langdurige opneming niet in het belang van de patiënt. Dit betekent immers een langdurige inbreuk op zijn vrijheid, en een situatie waarin de patiënt steeds minder perspectief heeft op een leven buiten de inrichting. De patiënt loopt het risico geïnstitutionaliseerd te raken en zijn sociale vangnet te verliezen. Een langdurige gedwongen opneming kan de (psychische) gezondheid van de patiënt ernstige schade berokkenen. Dit leidde tot de slotsom dat de slechte gezondheidstoestand van de patiënt als gevolg van de duur van de opneming één van de factoren zou moeten zijn bij de afweging of tot dwangbehandeling moet worden overgegaan. Dit sluit ook aan bij de jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: EHRM) op grond waarvan dwangbehandeling mogelijk is, als deze naar gangbare medische principes als een therapeutische noodzaak wordt gezien (EHRM, 24 september 1992, Herczegfalvy tegen Oostenrijk). Het niet-toepassen van een medicamenteuze interventie of andere zorginhoudelijke maatregel heeft dan immers tot gevolg dat een patiënt passende medische zorg wordt onthouden.

Tegen deze achtergrond werd bij gelegenheid van de wijziging van de Wet bopz per 1 juni 2008 een nieuw dwangbehandelingscriterium geïntroduceerd in aanvulling op het reeds bestaande criterium. Het nieuwe criterium komt erop neer dat dwangbehandeling ook aanvaardbaar is, als «aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat de stoornis de patiënt doet veroorzaken, niet binnen een redelijke termijn kan worden

weggenomen» (artikel 38c, eerste lid, onder a). Het gaat daarbij evenzeer om een behandeling die is voorzien in het behandelingsplan. Daarbij is bij de beschrijving van het karakter van het behandelingsplan geëxpliciteerd dat het wegnemen van gevaar zo mogelijk moet geschieden door «het bewerkstelligen van een verbetering van de stoornis» (artikel 38a, eerste lid).

De duur van de opneming kan dus uit oogpunt van de bescherming van de gezondheid van de patiënt één van de factoren zijn die meewegen bij de afweging of tot dwangbehandeling moet worden overgegaan. Bij deze afweging moeten echter veel meer factoren worden betrokken, zoals het ziektebeeld van de patiënt, zijn persoonlijkheid, (de effectiviteit van) behandelingsmethoden en, bij dwangmedicatie, ook de (soms zware) bijwerking van medicijnen. Het spreekt vanzelf dat bij de beslissing om tot dwangbehandeling op basis van het nieuwe criterium over te gaan eveneens de eerder genoemde uitgangspunten van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid gelden.

Dit nieuwe criterium brengt mee dat er een moment moet worden ingebouwd waarop getoetst wordt of de behandeling daadwerkelijk het beoogde effect heeft. In verband daarmee wordt in de per 1 juni 2008 gewijzigde artikelen van de Wet bopz bepaald dat de toepassing van dwangbehandeling op grond van het nieuwe criterium aan een termijn wordt gebonden. Mede naar aanleiding van het advies van GGZ Nederland, de KNMG en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), werd een maximumtermijn van drie maanden bepaald, te rekenen vanaf de dag waarop de beslissing wordt genomen. Voor gevallen waarin zelfs een termijn van drie maanden te kort blijkt te zijn, moet dwangbehandeling ook na afloop van die periode mogelijk zijn. De beslissing daartoe moet worden genomen door de geneesheer-directeur. Dit geldt ook voor een beslissing tot dwangbehandeling die niet aansluitend aan de eerste periode wordt voortgezet, maar die na een onderbreking wordt genomen. Bij beslissingen tot voortzetting van dwangbehandeling zal uiteraard moeten worden ingegaan op de bereikte resultaten, en zal, om aan de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid te kunnen voldoen, de motivering steeds sterker en specifiekere dienen te zijn.

Tegen een beslissing om dwangbehandeling toe te passen staat de mogelijkheid om te klagen open bij een onafhankelijke klachtencommissie. Bij ongegrond verklaring van de klacht kan de klacht worden voorgelegd aan de rechter (artikelen 41 en 41a Wet bopz).

3. De thans geldende regeling voor het verplicht gedogen van een geneeskundige handeling in de beginselenwetten

De Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt), de Pbw en de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen (Bjj) bevatten een regeling op grond waarvan het mogelijk is een tbs gestelde, een gedetineerde of een jeugdige te verplichten een geneeskundige handeling te gedogen (respectievelijk de artikelen 26 Bvt, 32 Pbw en 37 Bjj). De regeling komt er op neer dat het hoofd van een fpc of de directeur van een gevangenis dan wel van een justitiële jeugdinrichting (jji) een beslissing kan nemen die meebrengt dat de tbs-gestelde de gedetineerde of de jeugdige moet gedogen dat een geneeskundige handeling onder dwang wordt verricht. De geneeskundige handeling kan alleen worden verricht als de handeling naar het oordeel van een arts «volstrekt noodzakelijk is ter afwending van gevaar» (al dan niet als gevolg van een stoornis van de geestvermogens) voor de gezondheid of de veiligheid van de persoon in kwestie of van anderen.

De nadere uitwerking van de regeling over gedwongen geneeskundige handelingen is neergelegd in respectievelijk het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt), de Penitentiaire maatregel en het Reglement justitiële jeugdinrichtingen (Rjj). Met uitzondering van enkele bepalingen die verband houden met het verschil in inrichting en de aldaar verblijvende personen, bevatten deze regelingen in het algemeen dezelfde normen. Zo wordt algemeen voorgeschreven dat, voordat respectievelijk het hoofd van de tbs-inrichting of de directeur van een pi dan wel een jji een beslissing tot het verplicht gedogen van een geneeskundige handeling neemt, hij overleg dient te plegen met de arts en het hoofd van de afdeling waar de ingeslotene verblijft. Waar de noodzaak tot een gedwongen geneeskundige handeling voortvloeit uit een psychiatrische aandoening, moeten zij ook overleg voeren met de voor de behandeling verantwoordelijke psychiater.

Ook bij toepassing van dwang krachtens de beginselenwetten gelden de uitgangspunten van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Steeds zal moeten worden overwogen of het beoogde doel niet met andere middelen zoals bijvoorbeeld afzondering of separatie kan worden bereikt. Daarbij geldt dat afzondering of separatie in vergelijking met medicatie niet per definitie als minder ingrijpend moet worden beschouwd (zie ook het advies van de Raad voor strafrechtstoepassing en jeugdbescherming van 13 oktober 2006, het tbs-stelsel na het parlementair onderzoek). Als een tbs-gestelde, een gedetineerde of een jeugdige die zonder medicatie een gevaar oplevert voor anderen, noodgedwongen langdurig moet worden afgezonderd of gesepareerd, is goed denkbaar dat de toediening van medicatie als een minder vergaand middel moet worden beschouwd. Een belangrijke factor in de afweging hierbij is het ingeschatte effect van het isolement op de gezondheidstoestand van de betrokken persoon. Bij (langdurige) isolering bestaat het risico dat het «lijntje» tussen de ingeslotene en de behandelaar wordt verbroken. Als dit tot gevolg heeft dat de behandelrelatie onder te grote druk komt te staan en daardoor de toestand van de betrokken persoon verslechtert, kan dwangmedicatie te verkiezen zijn boven afzondering of separatie. Een beslissing die het isolement van een persoon bewerkstelligt of versterkt en daarmee schade veroorzaakt, moet dan als disproportioneel worden gekwalificeerd.

De verantwoordelijke arts moet ervoor zorgen dat de toepassing van dwang wordt opgenomen in het medisch dossier en, voorzover beschikbaar, het behandelingsplan. Van de toepassing van dwang moet melding worden gemaakt aan de Minister van Justitie, de commissie van toezicht – de commissie die krachtens de beginselenwetten niet alleen is belast met toezichthoudende taken, maar ook met de behandeling in eerste instantie van klagschriften over beslissingen tot het verplicht gedogen van een geneeskundige handeling –, en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zo snel mogelijk na de toepassing van dwang moet een plan worden opgesteld dat erop gericht is om de toestand van de tbs-gestelde, de gedetineerde of de jeugdige zodanig te verbeteren dat geen onvrijwillige handeling meer nodig is. Als een geneeskundige handeling onder dwang langer dan twee weken duurt, moet een commissie bestaande uit ten minste een afdelingshoofd, een arts of een psychiater en een psycholoog aan het hoofd van de inrichting of directeur advies uitbrengen over de voortzetting van de dwang. Als de gedwongen interventie wordt voortgezet, moet dit advies om de twee weken worden gevraagd.

Over een beslissing tot het verplicht gedogen van een geneeskundige handeling kan de tbs-gestelde, de gedetineerde of de jeugdige klagen. Het betreft hier een zogenoemde voor beklag vatbare beslissing die kan worden voorgelegd aan de beklagcommissie. De beklagcommissie wordt

benoemd door de commissie van toezicht. Tegen de uitspraak van de beklagcommissie kan beroep worden ingesteld bij een door de RSJ benoemde commissie.

Het huidige gevaarscriterium in de artikelen 26 Bvt, 32 Pbw en 37 Bjj heeft in vergelijking met artikel 38 Wet bopz een andere invulling gekregen. Uit de memorie van toelichting bij de voorstellen voor de beginselenwetten kan worden afgeleid dat het verplicht gedogen van een geneeskundige handeling aan de orde kan zijn bij levensgevaar, gevaar voor ernstige zelfverminking of blijvende invaliditeit (oa Kamerstukken II 1993/94, 23 445, nr. 3, blz. 37). Weliswaar had deze toelichting betrekking op de term «ernstig gevaar» in de formulering van het criterium¹, maar ook thans wordt het verplicht gedogen van een geneeskundige handeling in dergelijke noodsituaties geoorloofd geacht (zie bijvoorbeeld de uitspraak van de RSJ van 23 mei 2007 in de zaak nr. 06/2864/TA). De beveiligingsmogelijkheden en de structuur binnen de justitiële setting maken dat dwang op deze grond in voorkomende gevallen doorgaans wordt gebruikt als maatregel die in de reguliere ggz vergelijkbaar is met de middelen en maatregelen, bedoeld in artikel 39 Wet bopz. Dit is wellicht ook te verklaren door de maximumtermijn van twee weken die, anders dan op basis van de Wet bopz, is verbonden aan een eerste beslissing tot het verplicht gedogen van een geneeskundige handeling. Deze korte termijn interventies worden doorgaans alleen ter overbrugging van een noodgestand ingezet.

Een ander verschil met de Wet bopz is dat dwangbehandeling in de Wet bopz is gekoppeld aan alle therapeutische middelen die in het (voorgestelde) behandelingsplan zijn opgenomen, terwijl het verplicht gedogen van een geneeskundige handeling in de beginselenwetten beperkt is tot geneeskundige handelingen. Het gedogen van een geneeskundige handeling krachtens de beginselenwetten zal daarmee ook in de regel beperkt zijn tot een medicamenteuze interventie. Middelen als bijvoorbeeld separatie en fixatie, die ook therapeutisch ingezet kunnen worden, zijn in de Beginselenwetten afzonderlijk geregeld.

Om een indruk te geven van de jurisprudentie met betrekking tot dwangmedicatie werd een aantal recente uitspraken van de RSJ bezien. Sinds de wijziging van het gevaarscriterium² geldend bij de toepassing van dwangmedicatie (het gedogen van een geneeskundige handeling) in het huidige gevaarscriterium, per 1 juli 2005, heeft de afdeling Rechtspraak van de RSJ drieëntwintig uitspraken hierover gepubliceerd.³ Uit een analyse van deze jurisprudentie blijkt, dat het in 17 zaken ging om een beroep tegen de beslissing tot het al dan niet toepassen van dwangmedicatie (beroepszaken) en in 6 zaken om een verzoek om schorsing van de dwangmedicatie (schorsingszaken).

Bij de beroepszaken werd in drie zaken het beroep van de tbs gestelde op formele gronden gegrond verklaard. In twee van deze zaken gaf de RSJ wel aan dat medicatie onder dwang niet onredelijk werd geacht. In de derde zaak kon de RSJ geen inhoudelijke beoordeling geven omdat de gronden die noodzaakten tot het toedienen van dwangmedicatie, niet nader waren ingevuld.

In veertien zaken waarbij de RSJ op basis van inhoudelijke gronden een beoordeling gaf ging het – acht keer om een ongegrond verklaring van het beroep van een tbs gestelde tegen de beslissing tot dwangmedicatie, omdat aan het gevaarscriterium was voldaan, – twee keer om een gegrond verklaring van het beroep van een tbs gestelde tegen de beslissing tot dwangmedicatie waarbij een keer het beroep zich richtte tegen het niet toekennen van een financiële tegemoetkoming, terwijl de beklagrechtter de klacht tegen het toedienen van dwangmedicatie gegrond had

¹ De kwalificatie «ernstig» is in de artikelen 26 Bvt, 32 Pbw en 37 Bjj komen te vervallen bij de wet van 7 april 2005, Stb. 194. Deze aanduiding was in de Wet bopz al eerder geschrapt (wet van 13 juli 2002, Stb. 431).

² Dit gevaarscriterium in respectievelijk art. 26 Bvt, 32 Pbw en 37 Bjj was per 1 juli 2005 gewijzigd, in die zin dat met ingang van die datum het woord «ernstig» voor «gevaar» was vervallen en «noodzakelijk» was gewijzigd in «volstrekt noodzakelijk».

³ Uit mondelinge informatie van de afdeling Rechtspraak van de RSJ bleek dat de zaken waarin zonder nadere overweging de uitspraak van de beklagcommissie wordt bevestigd, niet worden gepubliceerd. In het geval van een beroep betreffende het gedogen van een geneeskundige handeling wordt er echter volgens dezelfde informatie in het overgrote deel van de gevallen wel een nadere overweging aan gewijd, zodat de 23 gepubliceerde zaken waarschijnlijk een redelijk representatief beeld geven van de jurisprudentie sinds 1 juli 2005 over dit.

verklaard, en een keer werd geoordeeld dat men te snel had gegrepen naar een antipsychotisch middel met veel bijwerkingen en te weinig naar een alternatief had gezocht – drie keer werd het beroep van de inrichting tegen een gegrond verklaard beklag van tbs gestelde (twee keer) of gedetineerde gegrond verklaard omdat (voortzetting) van dwangmedicatie noodzakelijk werd geacht – één keer werd het beroep van de inrichting tegen het gegrond verklaren van beklag van de tbs gestelde over de beslissing onder dwang medicatie toe te dienen, ongegrond verklaard. Hierbij werd overwogen dat het uitblijven van behandeling hoogstwaarschijnlijk zou leiden tot schizofrenie en hersenbeschadiging met als (mogelijk) gevolg dat de tbs gestelde zou komen te verkeren in een defecte toestand. Hoewel het begrijpelijk werd geacht dat de inrichting medicatie noodzakelijk achtte om te trachten de te verwachten verslechterring van psychische gezondheid van de tbs gestelde en/of een perspectiefloos langdurig intramuraal verblijf te voorkomen, werd overwogen dat niet kon worden aangenomen dat de wetgever een dergelijke situatie onder het in artikel 26 Bvt opgenomen criterium van gevaar voor de gezondheid te laten vallen.

In 6 gevallen betrof het verzoeken om schorsing van de beslissing tot het toedienen van medicatie onder dwang. De voorzitter van de beroepscommissie uit de RSJ wees in 2 zaken het verzoek om schorsing van de tbs gestelde af op formele gronden (één maal ging het om een voornemen tot het toedienen van dwangmedicatie, in plaats van om een besluit, één maal was het protocol dwangmedicatie opgestart, maar was nog geen besluit genomen). In 3 zaken werden de verzoeken van een gedetineerde en van een tbs gestelde om inhoudelijke redenen afgewezen, de beslissing tot het toedienen van dwangmedicatie werd niet onredelijk geacht. In de laatste zaak werd het verzoek om schorsing van de beslissing om inhoudelijke redenen toegewezen waarbij onder meer werd overwogen dat de huidige regelgeving niet expliciet voorzag in de mogelijkheid om enkel uit het oogpunt van een wenselijk geachte behandeling onder dwang medicatie toe te dienen, ook al zou dit kunnen betekenen dat de betreffende verpleegde zeer langdurig in een fpc diende te verblijven.

Uit deze uitspraken komt onder meer naar voren dat het huidige gevaarscriterium onvoldoende is toegerust voor de praktijk. Wanneer bijvoorbeeld een tbs gestelde na enkele incidenten medicatie onder dwang krijgt toegediend en daardoor minder agressief gedrag laat zien, wordt voortzetting van de medicatie onder dwang geaccepteerd om zo nieuwe incidenten te voorkomen. Het is de vraag of deze uitleg van het gevaarscriterium strikt genomen altijd juist is. Dat men echter niet een nieuw incident af wil wachten alvorens in te grijpen en medicatie onder dwang toe te dienen, is begrijpelijk.

Tevens komt er uit naar voren dat in een aantal gevallen tbs gestelden en gedetineerden onherstelbare schade kunnen oplopen omdat het toedienen van dwangmedicatie onder het huidige gevaarscriterium niet is geoorloofd, terwijl behandeling wel noodzakelijk is. Verder valt op dat de RSJ het onder meer belangrijk acht dat een second opinion wordt ingewonnen van een onafhankelijke psychiater en dat uitgebreid gezocht wordt naar alternatieven voor medicatie met zware bijwerkingen. In sommige gevallen dringt de RSJ aan op het inwinnen van superspecialistische kennis op dit punt.

4. Advisering over het wetsvoorstel¹

De Nederlandse vereniging voor rechtspraak (NVvR), de raad voor de rechtspraak (RvdR), het college van procureurs-generaal (OM), de Nederlandse orde van advocaten (NOVA), de Raad voor strafrechtstoepassing en jeugdbescherming (RSJ), de Nederlandse vereniging voor Psychiatrie

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

(NVvP), de vereniging van instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (GGZ Nederland) en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) zijn om advies gevraagd over het wetsvoorstel.

De ontvangen adviezen waren deels positief, deels positief met kanttekeningen. Het College van procureurs-generaal bijvoorbeeld stelt dat het wetsvoorstel een kader biedt waardoor de aansluiting van het strafrecht op het zorgstelsel en vice versa aanmerkelijk wordt verbeterd. De RSJ onderschrijft vanuit het equivalentiebeginsel (het principe van gelijkwaardigheid van zorg binnen en buiten een justitiële inrichting) de invoering van een regeling voor dwangbehandeling binnen de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen, overeenkomstig de Wet bopz. Ook de NVvP en GGZ Nederland ondersteunen het voorstel om te komen tot verruiming van de mogelijkheden tot dwangbehandeling in de beginselenwetten, mits de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg aanwezig zijn. De NVvR geeft aan niet goed te kunnen beoordelen of er binnen de tbsen penitentiaire inrichtingen behoefte bestaat aan de voorgestelde uitbreiding van de mogelijkheden van dwangbehandeling, maar stelt dat bij uitbreiding de rechtsbescherming voor (jeugdige) gedetineerden met een psychiatrische stoornis, tbs-gestelden en patiënten die verblijven in een psychiatrisch ziekenhuis, zoveel mogelijk hetzelfde dient te zijn.

De geraadpleegde instanties hebben ook kritische opmerkingen gemaakt bij onderdelen van het wetsvoorstel. De NOVA adviseerde negatief over het wetsvoorstel.

De wijze waarop de ontvangen kritiek in het wetsvoorstel is verwerkt wordt hieronder toegelicht.

5. Het nieuwe criterium voor onvrijwillige geneeskundige behandeling in het algemeen en in de context van respectievelijk de Bvt, de Pbw en de Bjj

5a. Algemeen

De ontvangen adviezen geven in het algemeen steun aan het voorstel tot invoering van de mogelijkheid van onvrijwillige geneeskundige behandeling binnen de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen, maar plaatsen tegelijkertijd diverse vragen en kanttekeningen. Naar aanleiding daarvan is in de drie Beginselenwetten, de Bvt, de Pbw en de Bjj, de redactie van het wetsvoorstel en van de toelichting verhelderd. Meer expliciet is aangesloten bij het gevaarscriterium uit de Wet bopz. Tevens werd in de Pbw en de Bjj de verplichting geïntroduceerd om bij plaatsing op een bijzondere zorgafdeling vanwege een (vermoedelijke) stoornis van de geestvermogens, een behandelplan vast te stellen. De Bvt verplichtte reeds tot het opstellen van een behandelplan, de Bjj kende het perspectiefplan. Naar analogie van de regeling in de Wet bopz wordt in het wetsvoorstel nu als uitgangspunt in de drie beginselenwetten genomen dat indien een persoon wegens een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens in een tbs-inrichting is opgenomen of op een bijzondere zorgafdeling van een penitentiaire inrichting of jeugdinrichting verblijft, behandeling slechts plaats vindt volgens het met de betrokken persoon overeengekomen behandelplan. Respect voor de autonomie van de in de justitiële inrichting opgenomen patiënt vormt derhalve het uitgangspunt. Zoveel mogelijk dient samen met hem een behandelplan vastgesteld te worden. Getracht dient te worden onwillige of niet gemotiveerde patiënten alsnog te motiveren. Slechts als uiterste middel kan dwangbehandeling, in dit wetsvoorstel onvrijwillige geneeskundige behandeling genoemd, worden ingezet. Dit is slechts mogelijk indien het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de gedetineerde patiënt

doet veroorzaken, blijft voortduren en voor zover aannemelijk is dat zonder die behandeling dit gevaar niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. Het dient hierbij altijd te gaan om een ultimum remedium, een middel dat pas toegepast kan worden als andere middelen hebben gefaald. Onvrijwillige geneeskundige behandeling, in de Wet Bopz dwangbehandeling genoemd, is immers een zeer ingrijpend middel. Zoals reeds aangegeven in de Memorie van Toelichting bij de verruiming van de mogelijkheden tot dwangbehandeling in de wet Bopz (Kamerstukken 2005/06, 30 492, nr.3, blz. 11), vormt dwangbehandeling in beginsel een inbreuk op het privé-leven in de zin van artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (hierna: EVRM). Ingevolge het tweede lid van artikel 8, zijn inbreuken op het in dit artikel neergelegde recht slechts gerechtvaardigd als zij een wettelijke grondslag hebben en noodzakelijk zijn, bijvoorbeeld voor de bescherming van de gezondheid van betrokkene. Bij een juiste toepassing van het criterium voor dwangbehandeling is bovendien geen sprake van foltering, noch van een onmenselijke of vernederende behandeling in de zin van artikel 3 van het EVRM. Bij een juiste toepassing is namelijk sprake van een behandeling die – gezien haar oogmerk – therapeutisch noodzakelijk is. Met dit oogmerk wordt bedoeld de bescherming van de gezondheid van bepaalde tegen hun wil opgenomen patiënten.

Wij menen dat deze therapeutische noodzaak een tweede, meer impliciete, maar belangrijke peiler vormt die de verruimde dwangbehandeling in de Wet Bopz draagt. Bij de Wet Bopz is het immers niet slechts de bedoeling van de behandeling een patiënt die opgenomen is zo snel mogelijk weer te ontslaan, maar impliciet ook hem zodanig in een betere psychische conditie te brengen dat verblijf in de kliniek medisch gezien niet langer noodzakelijk is. Voor de patiënt moet door de behandeling het verblijf buiten de kliniek weer verantwoord zijn in die zin dat de psychische stoornis zodanig is behandeld dat hij niet langer een gevaar vormt voor zichzelf of anderen.

Ook bij patiënten die niet met een rechterlijke machtiging zijn opgenomen, maar op strafrechtelijke titel van hun vrijheid zijn beroofd, kan dwangbehandeling om therapeutische redenen noodzakelijk zijn. Nu biedt de wet daarvoor geen mogelijkheden, behoudens in acute noodsituaties. «Het komt dan ook voor dat mensen wel gedwongen worden opgenomen, maar dat er vervolgens niet adequaat kan worden gewerkt aan een behandeling van de geestesstoornis omdat niet wordt voldaan aan het voor dwangbehandeling noodzakelijke criterium. De omgeving (familie, hulpverleners) heeft bij deze mensen daardoor nogal eens het gevoel met lege handen te staan. Voor sommige kwetsbare patiënten kan daardoor bij de omgeving het beeld ontstaan dat het eenzijdig benadrukken van het zelfbeschikkingsrecht niet in het belang van betrokkene is.»

Deze zin, afkomstig uit het kabinetsstandpunt naar aanleiding van, onder andere, de tweede evaluatie van de Wet Bopz (Kamerstukken II 2004/05, 25 763/28 950, nr. 4, blz. 4) is, met inachtneming van de andere, strafrechtelijke, grond voor opname, nog steeds van toepassing voor een aantal psychiatrische patiënten die verblijven in de justitiële inrichtingen. De zorgverleners in deze inrichtingen moeten thans machteloos toekijken hoe een aantal patiënten de zorg blijft weigeren die medisch gezien, naar algemeen geldende psychiatrische maatstaven, volstrekt noodzakelijk is. Dit heeft vaak tot gevolg dat zij zeer lang op speciale zorgafdelingen dienen te verblijven.

Wij menen dat het enkele feit dat sommige mensen met psychiatrische stoornissen in justitiële inrichtingen verblijven, niet zou moeten betekenen dat zij minder recht hebben op geestelijke gezondheidszorg dan andere burgers. Uiteraard gaat het hier om verplichte geestelijke gezondheidszorg en is er sprake van een precair evenwicht met het recht op zelfbeschikking. Toch menen wij dat wanneer aan alle zorgvuldigheidsvereisten is voldaan, het mogelijk dient te zijn gedetineerde patiënten onvrijwillige

geneeskundige behandeling te geven, ook buiten acute noodsituaties. Dit geldt des te meer naarmate het aannemelijker is dat zij zonder deze gedwongen zorg ernstige, soms onherstelbare, schade oplopen. Wanneer zij in behandeling zouden zijn bij de reguliere geestelijke gezondheidszorg, zouden zij immers deze verplichte zorg wel krijgen.

Omdat een gedwongen behandeling een inbreuk vormt op het zelfbeschikkingsrecht zijn in het wets voorstel een aantal zorgvuldigheidsvereisten ingebouwd in de vorm van getrapte veiligheidsmaatregelen om te waarborgen dat:

- alleen een patiënt waarbij vastgesteld is dat deze een psychische stoornis heeft en die in verband daarmee op een speciale zorgafdeling is geplaatst dan wel in een forensisch psychiatrisch centrum (hierna: fpc)
- op basis van een behandelplan,
- uitsluitend bij gevaar (hierbij is aangesloten bij artikel 1 sub f Wet bopz).
- als alle pogingen om in samenspraak met de patiënt tot behandeling te komen hebben gefaald en aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de verpleegde doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen,
 - uitsluitend op een speciaal daarop toegeruste afdeling
 - waar 7 x 24 uren verpleegkundige begeleiding aanwezig is
 - na een beslissing van de directeur en op basis van een advies van de behandelend psychiater en tevens na beoordeling door een tweede, onafhankelijke psychiater, onvrijwillige geneeskundige behandeling moet gedogen.

Niet alleen om juridische maar ook om inhoudelijke redenen is hierbij aansluiting gezocht bij het aannemelijkheids criterium uit de Wet Bopz. Dit criterium houdt in dat het aannemelijk is dat zonder de gedwongen geneeskundige behandeling het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens betrokkene doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. Het wetsvoorstel is zo ingericht dat gedetineerden met ernstige psychische klachten verblijven op speciale zorgafdelingen. In detentie zijn dit de penitentiair psychiatrische centra (hierna: ppc's), opgezet als kleine psychiatrische ziekenhuizen in detentie. Bij de jeugdinrichtingen zijn de forensische observatie- en begeleidingsafdeling (hierna: foba) en de very intensive care (hierna: vic)-afdeling van de Hartelborgt te Spijkenisse opgezet als psychiatrische afdeling. Een fpc is uiteraard geheel gericht op het terugdringen van het gevaar dat een tbs-gestelde door zijn stoornis veroorzaakt.

Bij verblijf in deze ppc's, de vic of fpc dient verplicht een behandelplan opgemaakt te worden. Alleen wanneer een persoon gevaar veroorzaakt voor zichzelf of anderen en in verband daarmee geestelijke gezondheidszorg nodig heeft maar deze zorg weigert, kan op basis van dit behandelplan als uiterste middel de zorg gedwongen worden gegeven. Hiertoe dient de behandelend psychiater een advies te geven, dat gesteund wordt door een second opinion van een tweede psychiater. De directeur van de inrichting neemt de uiteindelijke beslissing.

In het wetsvoorstel wordt het aannemelijkheids criterium zo toegepast dat gedwongen zorg kan worden gegeven als het aannemelijk is dat het gevaar zonder deze zorg niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen, zodat de tbs-gestelde, gedetineerde of jeugdige onnodig lang in het fpc respectievelijk op de speciale zorgafdeling moet blijven. Wij menen dat dit criterium ook inhoudelijk betekenis heeft. Het verblijf in detentie is belastend voor een psychiatrische patiënt. Weliswaar biedt het vaste dagprogramma veel structuur en regelmaat, waar een psychiatrische patiënt van zal profiteren. Het verblijf op een speciale zorgafdeling in detentie is echter niet te vergelijken met het verblijf in een gewone

GGz-inrichting. De bewegingsvrijheid is aanzienlijk beperkter, er zijn veel harde geluiden, uniformen en camera's. Er is beperkt gelegenheid tot roken en luchten. Hoewel zo goed mogelijk zorg wordt geboden, brengt de detentiesituatie specifieke beperkingen met zich mee die extra belastend kunnen zijn voor psychiatrische patiënten.

Het is daarom vanuit het oogpunt van goede medische zorg het streven de groep patiënten die op een speciale zorgafdeling verblijft, zo spoedig mogelijk zover te laten herstellen dat het weer verantwoord is hen op een gewone afdeling in detentie te laten verblijven.

Overigens zal bij personen die op een speciale zorgafdeling verblijven de voorwaardelijke invrijheidsstelling (artikel 15 Wetboek van Strafrecht) vaak niet kunnen worden toegepast omdat hun psychische conditie te slecht is om ze meer zelfstandig buiten detentie te kunnen laten verblijven. In die zin is het aannemelijk dat zij zonder toepassing van noodzakelijke onvrijwillige gezondheidszorg langer in detentie dienen te verblijven. Ook om deze reden is er op dit punt een parallel met het aannemelijkheids criterium uit de Wet Bopz. Zonder toepassing van noodzakelijke gedwongen zorg zijn deze gedetineerde patiënten immers langer van hun vrijheid beroofd.

De RvdR en de NVvP en de RSJ hebben zich uitgesproken voor de aansluiting bij de regeling van de dwangbehandeling zoals die is opgenomen in de Wet bopz. Tegelijkertijd hebben zij er echter op gewezen dat dan de rechtsbescherming, de randvoorwaarden en de zorgvuldigheidsvereisten bij toepassing van dwangbehandeling van hetzelfde niveau behoren te zijn als in de regeling op grond van de de Wet Bopz.

In nagenoeg alle adviezen werd er op gewezen dat bij verblijf in de penitentiaire inrichting, anders dan bij opname in een fpc, een rechterlijke toets ontbreekt waarbij een psychiatrische stoornis is vastgesteld die gevaar doet veroorzaken en in verband waarmee een machtiging tot opname is afgegeven. Ten aanzien van de justitiële jeugdinrichtingen ligt deze rechterlijke toets alleen ten grondslag aan opname in verband met de maatregel van plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (de pij-maatregel). Deze adviezen deden de vraag rijzen of het wellicht raadzaam zou zijn om bij opname in de penitentiaire inrichtingen en ten dele ook in de jeugdinrichtingen een afzonderlijke rechterlijke toets aan onvrijwillige geneeskundige behandeling vooraf te laten gaan. Hierbij werd echter overwogen dat het bij opname in een inrichting op grond van de Beginselenwetten reeds altijd gaat om vrijheidsbeneming na een voorafgaande rechterlijke toets. Weliswaar werd bij verblijf in de penitentiaire inrichting en ten dele ook bij verblijf in de jeugdinrichting niet bij rechterlijke toets het bestaan van een psychiatrische stoornis vastgesteld die gevaar doet veroorzaken en de vrijheidsbeneming noodzakelijk maakte, daar staat echter tegenover dat de Minister van Justitie een zorgplicht heeft ten aanzien van diegenen die op strafrechtelijke titel in een inrichting verblijven. De Minister heeft in dit verband de plicht na te gaan ten aanzien van diegenen die aan zijn zorg zijn toevertrouwd, zodra er tekenen zijn die in die richting wijzen, of er sprake is van een psychiatrische stoornis die gevaar doet veroorzaken en behandeling behoeft. Het is de vraag of hiervoor tussenkomst van de rechter is vereist. Belangrijker lijkt dat de vaststelling van een psychiatrische stoornis en van het gevaar zeer zorgvuldig en «state of the art» gebeurt en dat de gevolgen die deze vaststelling kan hebben voor een eventuele behandeling met voldoende rechtswaarborgen zijn omkleed. Ook bij de Wet bopz is het immers niet de rechterlijke toets bij opname alleen die tot onvrijwillige geneeskundige behandeling legitimeert, maar vooral de onmogelijkheid, na uitvoerige pogingen daartoe, om in samenspraak met de patiënt tot behandeling te komen – terwijl het gevaar blijft voortduren – die uiteindelijk maakt dat onvrijwillige geneeskundige behandeling gelegitimeerd kan zijn. Bij de Wet bopz is de rechter zelfs niet betrokken bij de latere beslissing over

dwangbehandeling. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (hierna: NVvP) heeft hier op gewezen. In de Richtlijn Besluitvorming Dwang uit 2008 stelt de NVvP dat het opmerkelijk is dat bij de voorwaardelijke machtiging de rechter vooraf toetst en de behandelaar bij de toepassing van dwang op afstand staat, terwijl bij de opgenomen patiënt de behandelaar besluit. De NVvP stelt in verband hiermee dat het opmerkelijk is hoe de interne positie van patiënten verschilt met de externe.

Wij menen dat het voorliggende wetsvoorstel voor gedwongen geneeskundige behandeling inhoudelijk dezelfde waarborgen biedt als de dwangbehandeling onder de Wet bopz. In beide situaties zijn personen van hun vrijheid beroofd op grond van een rechterlijke uitspraak. Vastgesteld is dat zij aan een psychische stoornis lijden. Bij de Wet bopz is dit vastgesteld door de rechter, bij de Penitentiaire Beginselenwet (hierna: Pbw) en Beginselenwet Justitiële jeugdinrichtingen (hierna: Bjj) wordt dit vastgesteld door een psycholoog of psychiater en vormt het de grond voor overplaatsing naar een ppc of vic. Tegen deze overplaatsing is beroep mogelijk. Over de feitelijke toepassing van dwangbehandeling beslist onder de Wet bopz de behandelaar, in het voorliggende wetsvoorstel beslist de directeur van de inrichting hierover op advies van de behandelend psychiater en na het inwinnen van een second opinion. Hierbij is van belang dat de Wet bopz een goede rechtsbescherming biedt doordat de ten aanzien van belangrijke beslissingen betreffende de behandeling een klacht kan worden ingediend en deze klachtregeling uitmondt bij de rechter. In het wetsvoorstel is voor het uitvoeren van onvrijwillige medische behandeling een beslissing van het hoofd van de inrichting, respectievelijk de directeur, vereist. Voorafgaand aan deze beslissing dient niet alleen een verklaring van de behandelend psychiater te worden overlegd waaruit het bestaan van een stoornis en de noodzaak van onvrijwillige behandeling blijkt, maar tevens een tweede verklaring van dezelfde strekking van een psychiater die niet eerder bij de behandeling betrokken is geweest. Beide verklaringen dienen op schrift te worden gesteld en te worden ondertekend. Op deze wijze wordt kort voor de onvrijwillige behandeling door twee psychiaters het bestaan van een stoornis vastgesteld en wordt ook ten aanzien van de noodzaak van onvrijwillige geneeskundige behandeling voorzien in een second opinion. In dit verband kan tevens intercollegiaal overleg plaatsvinden over eventuele alternatieven voor een onvrijwillige behandeling. Het hoofd van de inrichting, respectievelijk de directeur, neemt, alles afwegende, de uiteindelijke beslissing. Tegen deze beslissing staat beklag open en uiteindelijk beroep bij de Raad voor de Strafrechtstoepassing en jeugdbescherming. Zowel het beklag als het beroep kunnen op verzoek van klager schorsende werking krijgen.

Inzake het karakter van de thans voorgestelde onvrijwillige geneeskundige behandeling dient opgemerkt te worden dat in het kader van het streven naar equivalentie van zorg wordt beoogd om dezelfde therapeutische interventies als onder de Wet bopz zijn toegestaan, mogelijk te maken. Dit betekent dat naast het toedienen van medicatie ook separatie, toedienen van vocht of voeding of andere middelen onderdeel uit kunnen maken van de onvrijwillige geneeskundige behandeling. Onder de huidige regeling is het karakter van de verplichte behandeling beperkter. Zoals reeds in paragraaf 2 werd opgemerkt, gaat het in de artikelen 26 Bvt, 32 Pbw en 37 Bjj steeds om het verplicht gedogen van een geneeskundige behandeling. Andere middelen die therapeutisch toegepast zouden kunnen worden zijn thans voorzien als ordemaatregel, zoals bijvoorbeeld afzondering, of als maatregel in het kader van controle en geweldgebruik, zoals bijvoorbeeld fixatie. Deze maatregelen worden thans toegepast in reactie op een bepaalde ontstane situatie, niet zoals in de thans voorgestelde regeling als onderdeel uitmakend van een van tevoren vastgesteld behandelplan.

Een aantal kritische opmerkingen betroffen het ontbreken van de noodzakelijke randvoorwaarden voor onvrijwillige geneeskundige behandeling. Zo wees de NVvP er op dat onvrijwillige geneeskundige behandeling een zeer ingrijpende interventie is, die slechts kan plaatsvinden binnen een daartoe adequaat ingerichte behandelingsomgeving met onder meer 7 x 24 uren verpleegkundige begeleiding, beschikbaarheid van psychiaters en een breed multidisciplinair team dat interventies kan aandragen om onvrijwillige geneeskundige behandeling te voorkomen. In verband hiermee is in het aangepaste wetsvoorstel er op toe gezien dat onvrijwillige geneeskundige behandeling in een geëigende setting plaats vindt door in detentie alleen onvrijwillige geneeskundige behandeling toe te staan wanneer de locatie aan speciale, bij algemene maatregel van bestuur vast te stellen, vereisten voldoet. Ook in de jeugdinrichting kan onvrijwillige geneeskundige behandeling alleen plaats vinden op een locatie waar de benodigde voorzieningen, vast te stellen bij algemene maatregel van bestuur, aanwezig zijn.

Hierna zullen per Beginselenwet deze onderwerpen (rechtsbescherming, randvoorwaarden en zorgvuldigheidsvereisten bij toepassing van onvrijwillige geneeskundige behandeling) aan de orde komen.

5b. behandeling in een fpc (Bvt)

In een fpc staat de behandeling van de daarin verblijvende personen met (een vermoeden van) een geestelijke stoornis centraal. Bij deze behandeling gaat het om het verlenen van forensische zorg in de zin van het concept-wetsvoorstel Forensische Zorg.

Zoals uit artikel 2 Bvt volgt, is behandeling van deze personen het primaire doel van hun verblijf in een fpc. Behandeling is een ruim begrip en omvat alle handelingen die erop gericht zijn het gevaar dat voortvloeit uit de stoornis van de tbs-gestelde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen te verminderen. Het gaat om het dusdanig verminderen van dit gevaar dat een terugkeer van de tbs-gestelde in de maatschappij verantwoord is (artikel 1, onderdeel u, Bvt). Ten behoeve van deze behandeling moet het hoofd van de inrichting ervoor zorgen dat zo spoedig mogelijk en in elk geval binnen drie maanden na binnenkomst van de verpleegde een verplegings- en behandelingsplan wordt vastgesteld (artikel 16 Bvt). In dit plan dat ten minste een periode van één jaar moet bestrijken en zoveel mogelijk met instemming van de verpleegde moet worden opgesteld, wordt als uitgangspunt de diagnose van de stoornis van de verpleegde genomen. In het verplegings- en behandelingsplan worden vervolgens de therapeutische middelen die worden toegepast, opgenomen. Daarbij moeten de therapeutische middelen zo mogelijk gerelateerd zijn aan de verschillende aspecten die aan de stoornis te onderscheiden zijn (artikelen 25 en 26 Rvt). Het is immers zeer goed denkbaar dat in het kader van de behandeling verschillende therapeutische interventies aan de orde zijn, zoals een combinatie van medicatie en gedragstherapie. Overigens kunnen therapeutische middelen ook gericht zijn op het beveiligingsaspect.

Dit verplegings- en behandelingsplan is onderdeel van het verpleegdedossier waarin gegevens van uiteenlopende aard over de verpleegde worden opgenomen (artikel 19 Bvt). Het verplegings- en behandelingsplan kan en moet soms worden bijgesteld, bijvoorbeeld naar aanleiding van het evaluatieverslag. Het evaluatieverslag is een document waarin het hoofd van de inrichting zijn visie op de persoon van de verpleegde weergeeft, en daarbij ook aandacht besteedt aan de veranderingen in het psychische toestandbeeld van de verpleegde in het kader van de verpleging en behandeling.

Medicatie zal in de regel een standaard onderdeel zijn van het verplegingsbehandelingsplan van (in het bijzonder psychotische) verpleegden.

Zoals al eerder in het algemeen deel van de toelichting is opgemerkt, is de algemeen heersende opvatting dat langdurig gebruik van medicijnen (anti-psychotica) een belangrijke rol speelt in het wegnemen van gevaar dat psychotische patiënten door hun aandoening veroorzaken of hebben veroorzaakt. Het gebruik van medicatie kan cruciaal zijn waar het gaat om de kernvraag of op termijn een verantwoorde terugkeer in de samenleving van de tbs-gestelde mogelijk is.

Toepassing van een geneeskundige handeling onder dwang vindt niet vaak plaats. Hiervoor zijn meer redenen aan te voeren. In de eerste plaats kunnen de structuur en de consequente dagindeling en -besteding binnen de gesloten setting van het fpc bijdragen aan stabilisatie van de geestelijke gezondheidstoestand van de (zelfs zeer agressieve en conflictzoekende) tbs-gestelde. Ook de aan de opnemingsinherenten beperking van omgevingsprikkels kan hiervoor zorgen. Omdat als gevolg hiervan ook de agressiviteit van een verpleegde kan wegebben, is onvrijwillige geneeskundige behandeling op de grondslag van het huidige criterium in een dergelijk geval niet aan de orde. Er is immers niet (langer) sprake van een explosieve gevaarssituatie die dwang rechtvaardigt. In de tweede plaats houdt dit verband met de populatie van in zichzelf teruggetrokken psychotische patiënten. Zij reageren niet op stimulerende prikkels van de hulpverleners of de groep, en leven teruggetrokken op hun kamer. Zij zijn, kortweg, vanwege hun psychiatrische problemen niet bij machte om zelfstandig uit het sociale isolement te komen. Hoewel niet is uitgesloten dat hun permanente psychotische toestandsbeeld blijvende schade aan hun gezondheid oplevert – en in die zin mogelijk uiteindelijk een gevaar (in de traditionele zin) vormt –, wordt nu nog algemeen aangenomen dat jegens deze groep geen dwangmedicatie kan worden toegepast. Er is immers geen sprake van een escalerende situatie die alleen met dwangmedicatie kan worden ingedamd.

Gegeven deze omstandigheden is het wenselijk dat de mogelijkheden tot het toepassen van onvrijwillige geneeskundige behandeling worden verruimd. Als een verpleegde weigert om zijn medicatie in te nemen, kan in de bovenbeschreven situaties geen dwang worden toegepast. Als gevolg daarvan kan een sterke verslechtering van de geestestoestand optreden met ernstige gezondheidsschade voor de verpleegde. Dit moet worden voorkomen. Dwangmedicatie, vooral in het begin van een (doorgaans langdurige) behandeling kan bovendien bevorderen dat een verpleegde ontvankelijk wordt voor een gedragsverandering die uiteindelijk medicatietrouw mee kan brengen. De huidige mogelijkheden voor onvrijwillige geneeskundige behandeling zijn daarvoor te beperkt. Met het nieuwe criterium voor onvrijwillige geneeskundige behandeling zal dat anders zijn, omdat dit criterium in beide bovenbeschreven situaties een interventie in een eerder stadium rechtvaardigt (artikel I, onderdeel B, met betrekking tot artikel 16b, eerste lid, onder a). Als aannemelijk is dat «niets doen» meebrengt dat het gevaar bij een agressieve verpleegde alleen door de externe structuur van permanent verblijf in een beveiligde intramurale setting kan worden beteugeld, kan gedwongen toediening van medicatie worden gerechtvaardigd. Ook geldt dat wanneer aannemelijk is dat een in zichzelf teruggetrokken psychotische patiënt zonder behandeling in elk geval niet ontvankelijk wordt voor het verbeteren van zijn vegeterende toestand, dwangmedicatie kan worden gelegitimeerd. Als er geen uitzicht is op verbetering van de gezondheid van de verpleegde of zijn toestand zelfs verslechtert, zal dwangmedicatie kunnen worden ingezet. Zeker dient dit overwogen te worden wanneer het alternatief langdurig verblijf in de separeercel is. Als daarbij aannemelijk is dat

de verpleegde anders ook niet zal kunnen werken aan zijn resocialisatie, dreigt (mede als gevolg van de duur van de vrijheidsbeneming) het risico van maatschappelijke teloorgang. Aannemelijk is dan immers dat de verpleegde als blijvend delictgevaarlijk beschouwd zal worden. Het gevolg hiervan zal dikwijls zijn dat hij permanent zal dienen te verblijven op een longstay afdeling.

De invulling van het gevaar is daarmee niet langer beperkt tot escalerende en levensbedreigende situaties. Om helder te maken dat het hierbij om een ruimer gevaarsbegrip gaat, is expliciet in de voorgestelde wettekst overgenomen de begripsomschrijving van gevaar in artikel 1, onderdeel f, van de Wet bopz.

Zorgvuldigheids- en kwaliteitseisen

Vanwege de ingrijpendheid van een (medicamenteuze) interventie onder dwang volgens het voorgestelde criterium, zullen niet alleen een aantal bestaande eisen in het Rvt worden gehandhaafd (meldings- en registratie-eisen, inschakelen commissie bij voornemen voortzetting dwang), maar zullen ook enkele aanvullende zorgvuldigheidseisen worden vastgelegd in de Bvt en het Rvt. Zo zal het alleen een psychiater kunnen zijn die een (gevaarveroorzakende) stoornis kan vaststellen. Ook zal – in lijn met de Wet bopz en de aanbevelingen van de Evaluatiecommissie – de eis worden geïntroduceerd dat de behandeling moet zijn opgenomen in het verplegings- en behandelingsplan (zie het evaluatierapport «Voortschrijdende inzichten...», blz. 81). Dit plan dient op basis van multidisciplinair overleg waaraan in elk geval een psychiater, een psycholoog en een verpleegkundige deelnemen, te worden vastgesteld door een psychiater. Ook zal overeenkomstig de Wet bopz voor de toepassing van de voorgestelde dwangmogelijkheid een (door de psychiater vast te stellen) causaal verband tussen de stoornis en het gevaar vereist zijn. Ten slotte zullen in aanvulling op het Rvt de uitgangspunten van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid worden vastgelegd. Niet vaak genoeg kan immers worden benadrukt dat dwang niet alleen als ultimum remedium kan worden ingezet waarbij eerst al het mogelijke moet worden gedaan om op vrijwillige basis te behandelen, maar ook dat moet worden volstaan met de minst ingrijpende vorm van onvrijwillige geneeskundige behandeling, die niet langer dan nodig wordt toegepast, en die effectief moet zijn in de gegeven omstandigheden.

Benadrukt wordt hier dat de kwaliteitseisen die krachtens de gezondheidszorgwetgeving (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, de regels in Boek 7 van het BW over een geneeskundige behandelings-overeenkomst) worden gesteld aan de toepassing van een geneeskundige handeling, onverkort gelden. Zo zal bij een gedwongen medicamenteuze interventie voldoende verpleegkundig toezicht (7 x 24 uur) moeten worden gehouden, waarbij ook contact tussen de verpleegkundige, zonodig de psychiater en de tbs-gestelde mogelijk moet zijn. Verder dient er multidisciplinair overleg te zijn, gericht op het zoeken naar alternatieven voor onvrijwillige geneeskundige behandeling.

5c. behandeling in een penitentiaire inrichting

Anders dan geldt voor een tbs-gestelde in een fpc, is voor een gedetineerde in een penitentiaire inrichting (pi) behandeling niet verbonden aan de rechterlijke beslissing tot vrijheidsberoving. De rechter heeft bij het opleggen van de straf of de maatregel geen bevel tot behandeling in verband met een (gevaarveroorzakende) stoornis gegeven. Uiteraard heeft elke gedetineerde recht op medische hulpverlening – dit is ook met zoveel woorden in de Pbw verankerd (artikel 42) –, maar dit impliceert

geen behandeling die vergelijkbaar is met een behandeling in een fpc of een ggz-instelling. Doel van het verblijf in een pi is, afhankelijk van het karakter van de vrijheidsberovende beslissing, uitzitten van de straf en resocialisatie van de gedetineerde.

Niettemin is, ook gelet op het groeiende aantal psychiatrisch zieke gedetineerden in het gevangeniswezen, het besef gegroeid dat ook in het gevangeniswezen de behandelingsmogelijkheden moeten worden uitgebreid. Een slechte of verslechterende geestelijke gezondheid van een gedetineerde als gevolg van of gedurende zijn detentie verdient behandeling. Als zonder behandeling geen uitzicht op verbetering van de psychische toestand bestaat, zal onvrijwillige geneeskundige behandeling aangewezen zijn. Een stoornis die langere tijd onbehandeld blijft, kan ernstige gezondheidsschade veroorzaken. Bovendien kan een (gevaarveroorzakende) stoornis een (criminogene) factor zijn die de resocialisatie van de gedetineerde in de weg (zie ook het advies van de RSJ van 2 april 2007, de zorg aan gedetineerden met een ernstige psychische stoornis of verslaving).

In een aantal adviezen werden vraagtekens geplaatst bij de noodzaak van de voorgestelde uitbreiding van de mogelijkheden tot onvrijwillige geneeskundige behandeling. De NVvR stelde niet goed te kunnen beoordelen of binnen de tbs- en penitentiaire inrichtingen behoefte bestaat aan de voorgestelde uitbreiding van de mogelijkheden van onvrijwillige geneeskundige behandeling. De RSJ gaf te kennen dat uit overleg met directeuren en psychiaters uit de drie sectoren naar voren kwam dat de wens tot het invoeren van een wettelijke regeling voor dwangbehandeling in het veld duidelijk leeft. Tegelijkertijd wezen zij er echter op dat plaatsing in de ggz vanuit een justitiële jeugdinrichting of een penitentiaire inrichting minder vaak wordt toegepast dan mogelijk is.

Hoewel recentelijk in het kader van het project Forensische Zorg de pogingen zijn geïntensiveerd om bij gedetineerden voor wie dat noodzakelijk is doorplaatsing naar de GGZ te laten plaatsvinden, blijkt deze doorplaatsing bijvoorbeeld om veiligheidsredenen lang niet altijd mogelijk te zijn.

Alvorens nader in te gaan op het toepassingsbereik van het nieuwe criterium voor onvrijwillige geneeskundige behandeling, volgt hieronder voor een goed begrip een korte verkenning van de (bestaande en toekomstige) mogelijkheden tot zorg en behandeling in het gevangeniswezen. De psychiatrische zorg in detentie bevindt zich thans in een overgangsfase. Zoals reeds in paragraaf 1 aangegeven zullen in de nabije toekomst, naar verwachting begin 2010, vijf ppc's gerealiseerd zijn. In de voorheen en deels nog geldende situatie waren binnen het gevangeniswezen afzonderlijke locaties aangewezen die waren bestemd voor het onderbrengen van gedetineerden die bijzondere opvang nodig hebben, bijvoorbeeld in verband met hun geestelijke gezondheidstoestand (artikel 14 Pbw). Zo waren er bijvoorbeeld individuele begeleidingsafdelingen (iba's) waar gedetineerden kunnen worden geplaatst die als gevolg van hun psychiatrische aandoening extra begeleiding nodig hebben en zich niet kunnen handhaven in een reguliere pi (artikel 15 van de Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden). De penitentiaire inrichtingswerkers die op deze afdelingen werkten, waren zorginhoudelijk geschoold. Omdat psychiaters alleen op afroep beschikbaar waren en doorgaans te weinig psychiatrisch verpleegkundig personeel aanwezig was, werden op deze locaties in de regel geen geneeskundige handelingen onder dwang toegepast.

Mocht de situatie ook op een locatie voor bijzondere opvang onhoudbaar blijken, bijvoorbeeld omdat een psychiatrische gedetineerde niet te stabili-

seren was of gedecompenseerd was en dientengevolge gevaar opleverde voor zichzelf of anderen, dan kon overplaatsing plaatsvinden naar de forensische observatie- en begeleidingsafdeling (hierna: foba) te Amsterdam. De foba was de landelijke crisisdienst van het gevangeniswezen voor zowel somatische als psychiatrische aandoeningen. Thans fungeert de foba reeds als ppc. In de foba, thans het ppc Amsterdam, worden op jaarbasis zo'n 330 gedetineerden opgenomen met zware psychiatrische problemen. Gemiddeld genomen is 75% van de foba-populatie psychotisch, waarvan 70% ook een verslavingsprobleem heeft, en zo'n 70% last heeft van een persoonlijkheidsstoornis.

In de foba (thans het ppc Amsterdam) vanwege de beschikbare zorgvoorzieningen te vergelijken met een crisisdienst binnen de ggz, wordt beperkt gebruik gemaakt van de mogelijkheid om een geneeskundige handeling onder dwang toe te passen. Hiervoor kunnen dezelfde redenen worden aangevoerd als genoemd onder 5b. Net als in een fpc geldt ook hier dat de structuur en de beveiliging (mogelijkheden) in de foba ervoor kunnen zorgen dat de geestestoestand van een gedetineerde sterk verbetert na de opname. Volgens de beschikbare cijfers van de foba knapt gemiddeld genomen eerder van de populatie sterk op, alleen al vanwege het stabiliserende effect van het verblijf op de foba.

Een dergelijke omgeving kan deëscalerend werken en ervoor zorgen dat gevaarveroorzakende agressiviteit en impulsiviteit worden ingedamd. Voor een gedwongen medische interventie is dan geen plaats. Deze interventie is evenmin op zijn plaats waar het gaat om de ook onder 5b beschreven groep van in zichzelf teruggetrokken psychotische patiënten. Hoewel niet is uitgesloten dat hun permanente psychotische toestand beeld blijvende schade aan hun gezondheid oplevert, wordt algemeen nog aangenomen dat het huidige criterium voor het verplicht gedogen van geneeskundige behandeling op deze groep geen toepassing vindt.

Naar verwachting zal de voorgestelde uitbreiding van de mogelijkheden voor onvrijwillige geneeskundige behandeling in vergelijkbare situaties als beschreven onder 5b aan de orde zal kunnen zijn. Als gevaar bij een gedetineerde alleen door de externe structuur van permanent verblijf in de gesloten setting van de pi kan worden weggenomen, kan een therapeutische interventie als bijvoorbeeld gedwongen toediening van medicatie worden gerechtvaardigd. Dwangmedicatie kan worden toegepast, als aanneemelijk is dat zonder behandeling bij invrijheidsstelling het geweld weer dusdanig zal opleven dat een gedwongen opname geïndiceerd is. Hierbij dient ook overwogen te worden dat het alternatief soms langdurig verblijf in de separeercel is.

Ook geldt dat wanneer aanneemelijk is dat de conditie van een in zichzelf teruggetrokken psychotische gedetineerde zonder behandeling niet verbetert en hij daardoor niet ontvankelijk wordt voor het doorbreken van zijn sociale isolement, onvrijwillige geneeskundige behandeling geëigend is.

Ter beperking van de schade aan zijn gezondheid en ter voorkoming van bijvoorbeeld een situatie waarin de gedetineerde na invrijheidsstelling maatschappelijk te gronde dreigt te gaan, kan dwang aanvaardbaar zijn. In dit verband dient ook opgemerkt te worden dat deze categorieën gedetineerden, die hetzij te geïsoleerd hetzij te impulsief en agressief zijn, niet zullen kunnen profiteren van de vele trajecten die de afgelopen jaren zijn opgestart om toe te werken naar een zo goed mogelijke reïntegratie na verblijf in detentie. Wel achten wij het zeer belangrijk hierbij op te merken dat bij het besluiten tot onvrijwillige geneeskundige behandeling altijd de subsidiariteit, proportionaliteit, doelmatigheid en veiligheid van de voorgestelde interventie beoordeeld dienen te worden. Onvrijwillige geneeskundige behandeling dient slechts als uiterste middel ingezet te worden, als andere middelen gefaald hebben.

Op zichzelf genomen zou dit onvrijwillige geneeskundige behandeling met het oog op een langduriger, structurele behandeling kunnen rechtvaardigen. Echter, een belangrijk verschil met de behandeling in een fpc is het doorgaans kortdurende karakter van de opnemings- en behandeling in de foba, thans het ppc Amsterdam. Het verblijf in de foba als crisisdienst is gericht op spoedige doorstroming naar een andere (ggz-)instelling, of terugplaatsing naar de reguliere afdeling binnen het gevangeniswezen. Dit karakteriseert ook de aard van de interventies tijdens het verblijf in de foba. Het komt ons daarom voor dat in de huidige situatie in de foba voornamelijk tot onvrijwillige geneeskundige behandeling kan worden besloten, als na deze interventie ook zicht bestaat op een vervolgbehandeling in een andere (ggz-)instelling. Het ligt niet voor de hand dat binnen het bestek van een of twee weken een behandeling van een ernstige psychiatrische aandoening kan worden afgerond, die ook het structureel aanpakken van een stoornis of het gevaar in de bovenbedoelde zin omvat.

Zoals hiervoor reeds aangegeven is het streven dat in het voorjaar van 2010 de vijf ppc's operationeel zullen zijn. De geestelijke gezondheidszorg die in deze ppc's wordt verleend dient beschouwd te worden als forensische zorg in het kader van het concept-wetsvoorstel Forensische Zorg. Plaatsing in een ppc zal geschieden op basis van een indicatiebesluit. Wanneer de ppc's voldoen aan de daartoe gestelde eisen zoals een adequaat ingerichte behandelomgeving met onder meer 7 x 24 uren verpleegkundige begeleiding, beschikbaarheid van psychiaters en mogelijkheid tot multidisciplinair overleg kunnen gedetineerden in deze ppc's worden onderworpen aan de voorgestelde onvrijwillige geneeskundige behandeling. Dit geldt overigens ook voor andere plaatsen binnen het gevangeniswezen – de reikwijdte van de voorgestelde regeling is immers niet beperkt tot bepaalde locaties maar is gekoppeld aan bovengenoemde kwalitatieve vereisten –, maar gezien de inrichting van de ppc's en het overplaatsingsbeleid zal de toepassing van de regeling in de praktijk vermoedelijk beperkt zijn tot voornamelijk deze locaties.

Zorgvuldigheids- en kwaliteitseisen

Wat onder 5b over de zorgvuldigheids- en kwaliteitseisen is gesteld ten aanzien van de onvrijwillige geneeskundige behandeling in een fpc, geldt overeenkomstig voor een onvrijwillige geneeskundige behandeling in een pi. De desbetreffende zorgvuldigheidseisen worden verankerd in de Pbw en de Penitentiaire maatregel.

In het aangepaste wetsvoorstel is beoogd door het opnemen van meerdere momenten waarbij beklag mogelijk is een goede rechtsbescherming te bieden. Zo kan een gedetineerde die zorg behoeft op advies van het multidisciplinaire psychomedisch overleg in de inrichting vanwege zijn geestelijke gezondheidstoestand overgeplaatst worden naar een bijzondere zorg afdeling. Tegen deze overplaatsing is bezwaar mogelijk. Op een bijzondere zorg afdeling dient in overleg met de gedetineerde een behandelplan vastgesteld te worden. Uitgangspunt hierbij is respect voor de autonomie van de gedetineerde. Wanneer na meerdere pogingen daartoe geen overeenstemming kan worden bereikt over de behandeling, of deze wel is bereikt maar de gedetineerde zich feitelijk tegen behandeling blijft verzetten, terwijl de stoornis van de geestvermogens de gedetineerde zodanig gevaar doet veroorzaken dat behandeling noodzakelijk is, kan de directeur van de inrichting de beslissing nemen dat gedwongen behandeling noodzakelijk is. Hij kan dit echter pas doen nadat hij zich een schriftelijk advies van de behandelend psychiater heeft doen overleggen. Uit dit schriftelijk advies blijkt welke pogingen reeds zijn ondernomen om met de gedetineerde tot overeenstemming te komen en waarom ondanks dat deze overeenstemming niet kon worden bereikt, behandeling thans toch is geboden. Daarnaast dient een tweede advies overlegd te worden van

een psychiater die niet eerder bij de behandeling betrokken was. Ook deze tweede psychiater dient te concluderen dat onvrijwillige behandeling thans geboden is. Tegen de beslissing tot gedwongen behandeling van de directeur staat beklag open bij de beklagcommissie van de commissie van toezicht verbonden aan de inrichting. Dit beklag kan schorsende werking hebben. Om inhoudelijk tot een zo goed mogelijke beoordeling van de klacht te komen zal bij algemene maatregel van bestuur worden vastgelegd dat bij behandeling van een beklag gericht tegen een beslissing tot onvrijwillige geneeskundige behandeling altijd een psychiater deel uit maakt van de beklagcommissie. Deze beklagregeling op grond van de Pbw kan uitmonden in een procedure bij de RSJ. Daarnaast staat ook de gang naar de voorzieningenrechter open.

5d behandeling in een jji

De gesloten setting van een jji is gericht op (her)opvoeding van jeugdigen en, voor zover jeugdigen psychische problemen hebben, behandeling van deze jeugdigen. Gestreefd wordt naar een orthopedagogisch klimaat waarin de eventuele behandeling primair is gericht op vermindering of opheffen van de stoornis. Er wordt gewerkt met een perspectiefplan dat beoogt een op maat gesneden verblijf in de inrichting te realiseren. De directeur van een jji moet ervoor zorgen dat binnen drie weken na binnenkomst van de jeugdige in de inrichting in overleg met de jeugdige een perspectiefplan wordt vastgesteld (artikel 20 Bjj). In dat verband zal bij het bestaan van een psychische stoornis bij de jeugdige vaak een vorm van gedragstherapie aan de orde zijn. Het verblijf in de jeugdinrichting staat in het algemeen ten dienste aan de opvoeding van de jeugdige en de terugkeer in de maatschappij.

Dwangmedicatie wordt op grond van de huidige regeling niet vaak in een jji toegepast. Feitelijk is onvrijwillige geneeskundige behandeling vooral aan de orde op afdelingen die door de minister zijn aangewezen voor respectievelijk intensieve zorg (artikel 22a) en intensieve behandeling (artikel 22b). Plaatsing in een afdeling voor intensieve zorg is mogelijk bij een jeugdige die in een crisissituatie verkeert, waarbij deze situatie vermoedelijk het gevolg is van een psychiatrische aandoening en de jeugdige tijdelijk niet op een normale afdeling kan verblijven. Het gaat dan om plaatsing in een zogeheten jeugdfoba. Op dit moment is er een foba (in de jji De Hartelborgt te Spijkenisse) in bedrijf voor strafrechtelijk geplaatste jeugdigen. Hier wordt momenteel ongeveer vijftig maal per jaar dwangmedicatie gegeven op grond van het huidige gevaarscriterium van artikel 37 Bjj. Plaatsing in een afdeling voor intensieve behandeling is mogelijk als de jeugdige extra begeleiding behoeft, de behoefte aan extra begeleiding het gevolg is van een psychiatrische stoornis en de jeugdige tijdelijk niet op een normale afdeling kan verblijven. Dit zijn de zogeheten vic-locaties («very intensive care»). Momenteel is in Nederland één vic-locatie operationeel (in de jji De Hartelborgt te Spijkenisse). Overigens is plaatsing op een foba of vic niet aan te merken als forensische zorg in het kader van het concept-wetsvoorstel Forensische Zorg. Dit wetsvoorstel strekt zich vooralsnog niet uit tot forensische zorg aan jeugdigen.

Om dezelfde redenen als onder 5b en 5c genoemd, kan een onvrijwillige geneeskundige behandeling op de grondslag van het voorgestelde criterium worden ingezet. Daaraan worden ook voorwaarden worden gesteld. Zo zal een (door een psychiater vast te stellen) causaal verband tussen stoornis en gevaar moeten zijn vastgesteld, zal bij plaatsing op een vic of foba vanwege het (vermoedelijke) bestaan van een psychiatrische stoornis of een persoonlijkheidsstoornis die bijzondere behandeling nodig maakt, naar analogie van de Wet bopz een behandelplan opgesteld dienen

te worden en zal een geneeskundige handeling die niet in het behandelplan is opgenomen, niet kunnen worden toegepast. Andere zorgvuldigheidseisen zullen in het Rjj worden neergelegd (zie ook de artikelsgewijze toelichting op artikel III, onderdeel C). Daarnaast geldt ook meer algemeen hetgeen hiervoor reeds werd opgemerkt: dat bij het besluiten tot onvrijwillige geneeskundige behandeling altijd de subsidiariteit, proportionaliteit, doelmatigheid en veiligheid van de voorgestelde interventie beoordeeld dienen te worden. Onvrijwillige geneeskundige behandeling dient slechts als uiterste middel ingezet te worden, als andere middelen gefaald hebben.

Wat betreft onvrijwillige geneeskundige behandeling in de jeugdfoba geldt dat het verblijf in de jeugdfoba is gericht op het stabiliseren van de jeugdige en het zo nodig stellen van een diagnose (zie artikel 22a, tweede lid, laatste volzin, Bjj). Dit karakteriseert ook de aard van de interventies tijdens het verblijf in de jeugdfoba. In lijn met hetgeen hierboven over de foba (thans:ppc) in Amsterdam is opgemerkt, lijkt ons dat in de huidige situatie in de jeugdfoba onvrijwillige geneeskundige behandeling volgens het nieuwe criterium vooral aan de orde zal zijn, als tegelijkertijd ook zicht bestaat op een vervolgbehandeling in een andere (jeugdggz-)instelling. Het ligt niet voor de hand dat binnen het bestek van een of twee weken een behandeling van een ernstige psychiatrische aandoening kan worden afgerond, die ook het structureel aanpakken van de stoornis of het gevaar omvat.

In dit verband is het volgende van belang. De RSJ heeft er op gewezen dat uit overleg met de directeurs van onder meer jeugdinrichtingen naar voren is gekomen dat plaatsing in de ggz vanuit een justitiële jeugdinrichting minder vaak wordt toegepast dan mogelijk is.

Bij jeugdigen leert de praktijk echter dat doorplaatsing naar de GGZ van ernstig psychiatrisch gestoorde patiënten met beheersproblemen nauwelijks mogelijk is.

Het komt ons voor dat onvrijwillige geneeskundige behandeling in ieder geval dient te worden overwogen in die gevallen waarin het een alternatief zou kunnen zijn voor langdurig verblijf op de separeercel.

Overigens sluit dit wetsvoorstel niet uit dat, als aan de daartoe gestelde eisen van 7 x 24 uren verpleegkundige begeleiding, voldoende beschikbaarheid van psychiaters en mogelijkheid tot multidisciplinair overleg is voldaan, onvrijwillige geneeskundige behandeling ook op een andere locatie kan worden toegepast. De reikwijdte van de voorgestelde regeling is immers niet beperkt tot de foba en de vic. Niettemin zal, gezien het bijzondere karakter van de vic en de foba, de toepassing van de regeling in de praktijk in de huidige situatie vermoedelijk beperkt zijn tot voornamelijk deze locaties.

Zorgvuldigheids- en kwaliteitseisen

Wat onder 5b over de zorgvuldigheids- en kwaliteitseisen is gesteld ten aanzien van een geneeskundige handeling onder dwang in een fpc, geldt overeenkomstig voor een onvrijwillige geneeskundige behandeling in een jji. De desbetreffende zorgvuldigheidseisen worden verankerd in de Bjj en het Rjj.

6. Verenigbaarheid met het EVRM en de Grondwet

Uiteraard dient bij een uitbreiding van de mogelijkheid van dwang rekening te worden gehouden met de grenzen die worden gesteld door het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (hierna: EVRM) en de Grondwet. Artikel 8 EVRM stelt dat geen inmenging is toegestaan in het recht op respect voor

iemands privé-leven dan voorzover bij de wet is voorzien en in een democratische samenleving noodzakelijk is in het belang van – in dit geval – het voorkomen van wanordelijkheden en strafbare feiten, de bescherming van de gezondheid of voor de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen. Ook is hier artikel 3 EVRM van belang, dat een verbod inhoudt van een onmenselijke of vernederende (folterende) behandeling. In artikel 11 Grondwet is vastgelegd dat ieder recht heeft op onaantastbaarheid van zijn lichaam, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen. De wet zal steeds moeten aangeven in welke gevallen een geneeskundige handeling moet worden gedoogd.

Wij achten deze regeling in overeenstemming met het EVRM en de Grondwet. Het toepassen van een geneeskundige (medicamenteuze) handeling onder dwang vormt een beperking van het recht op het privé-leven en de onaantastbaarheid van het lichaam (artikel 8 EVRM, artikel 11 Grondwet). Deze beperking is echter gerechtvaardigd in het belang van de bescherming van de geestelijke gezondheid van de ingesloten met een psychiatrische aandoening. Immers, gedurende of als gevolg van (de duur van) de vrijheidsberoving kan de psychische gesteldheid van hen sterk verslechteren. Als de geestelijke gezondheidstoestand van een ingeslotene dreigt te verslechteren en er geen uitzicht op verbetering is, is het bieden van passende medische zorg geboden, desnoods onder dwang. Hiermee kan verdere gezondheidsschade worden voorkomen. De noodzaak tot het bieden van passende medische zorg vloeit ook voort uit artikel 3 EVRM dat een algemene zorgverplichting op de overheid vestigt om het welzijn van zijn onderdanen die van hun vrijheid zijn beroofd, te verzekeren (zie bijvoorbeeld EHRM, 29 juli 2003, McGlinchey e.a. tegen Verenigd Koninkrijk).

Zoals hierboven is uiteengezet, past toepassing van de voorgestelde regeling daarbij ook in de resocialisatie-gedachte die ten grondslag ligt aan de beginselenwetten; immers, resocialisatie kan in de bovenbeschreven situaties in het gedrang komen als een persoon met een (gevaarveroorzakende) psychiatrische aandoening zonder behandeling blijft. Met deze regeling kan worden voorkomen dat een ingeslotene te gronde gaat als gevolg van een onbehandelde stoornis van de geestvermogens.

In het huidige systeem kan de tbs-gestelde, de gedetineerde of de jeugdige klagen over een beslissing om een geneeskundige handeling onder dwang te verrichten. Het betreft hier een zogenoemde voor beklag vatbare beslissing die kan worden voorgelegd aan de beklagcommissie. Tegen de uitspraak van de beklagcommissie kan beroep worden ingesteld bij een door de RSJ benoemde commissie. Dit systeem van rechtsbescherming geldt onverkort voor een beslissing tot onvrijwillige geneeskundige behandeling op basis van het voorgestelde criterium.

7. Financiële gevolgen

Het onderhavige wetsvoorstel voorziet in een verruiming van de mogelijkheid om binnen de tbs inrichtingen, de justitiële jeugdinrichtingen en het gevangeniswezen onvrijwillige geneeskundige behandeling te verrichten. Naar verwachting zullen de kosten voor de tbs inrichtingen en justitiële jeugdinrichtingen niet noemenswaardig stijgen.

Voor het in beeld brengen van de financiële consequenties voor het gevangeniswezen zal een uitvoeringstoets worden uitgevoerd ter gelegenheid van de uitwerking in de algemene maatregel van bestuur.

8. Artikelsgewijze toelichting

Artikel I, onderdeel A, artikel II, onderdeel B en artikel III, onderdeel B.

Artikelen 1, onderdeel t, Bvt, 46a, Pbw en 51a, Bjj.

Om op dezelfde wijze als in de Wet bopz beschreven, zonodig geneeskundige behandeling onder dwang te kunnen toepassen in de justitiële inrichtingen, is in de voorgestelde wijziging het gevaarscriterium (artikel 1, onderdeel f, Wet Bopz) uit de Wet Bopz overgenomen. Voor de Pbw en de Bjj is onvrijwillige behandeling alleen voorzien in een speciale zorgafdeling. Daarom werd het gevaarscriterium in deze wetten opgenomen in een aparte paragraaf die over medische behandeling van de psychische gezondheidstoestand op deze speciale afdelingen gaat. Voor de Bvt ligt dit anders omdat het hele verblijf in de tbs inrichting in het teken staat van de behandeling van de psychische gezondheidstoestand. Het gevaarscriterium is daarom van toepassing voor de gehele Bvt. Dit deed de vraag rijzen hoe zich dit gevaarscriterium uit de Wet bopz verhoudt tot het reeds bestaande gevaarscriterium in de Bvt. Zoals immers bepaald in artikel 1, onderdeel u, van de Bvt, is de behandeling gericht op een dusdanige vermindering van de uit de stoornis van de geestvermogens voortvloeiende gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen dat het doen terugkeren van de verpleegde in de maatschappij verantwoord is. Deze bepaling vormt naast de verpleging en de verzorging van de tbs gestelde de legitimatie voor zijn verblijf in de tbs inrichting. Naast de verpleging en verzorging wordt immers getracht het maatschappelijke gevaar dat voortvloeit uit de stoornis van de geestvermogens zodanig te verminderen dat terugkeer in de maatschappij verantwoord is en verblijf in het fpc daarmee niet langer noodzakelijk is.

Binnen die tbs behandeling kunnen zich echter nog andere vormen van gevaar voordoen. De mogelijkheid om een geneeskundige handeling onder dwang te verrichten bij acuut gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van de verpleegde zelf of van anderen bestond reeds (art.26 Bvt (oud)). Deze mogelijkheid wordt nu verruimd in die zin dat het ruimer omschreven gevaarscriterium uit de Wet Bopz wordt overgenomen dat bijvoorbeeld ook omvat het gevaar dat de patiënt een ander die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal verwaarlozen. In zowel de Bvt als in de Pbw en de Bjj is immers de mogelijkheid opgenomen onder bepaalde voorwaarden een kind in de inrichting te laten verblijven.

Daarnaast wordt de regeling van artikel 26 Bvt (oud) verruimd in die zin dat niet meer alleen bij acuut gevaar behandeling onder dwang kan worden verricht, maar ook indien te verwachten is dat zonder die gedwongen behandeling het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de verpleegde doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen, waardoor het verblijf in de tbs inrichting (te) lang zou gaan duren. Daarmee wordt de verbinding gelegd tussen het gevaarscriterium van artikel 1, onderdeel t, Bvt en het maatschappelijk gevaar zoals dat omschreven is in artikel 1, onderdeel u, Bvt. Indien niet ingegrepen wordt terwijl er gevaar bestaat in de zin van artikel 1, onderdeel t, Bvt en de verpleegde bijvoorbeeld langdurig geïsoleerd of impulsief en agressief blijft, stagneert daardoor de behandeling gericht op het wegnemen van het maatschappelijk gevaar (artikel 1, onderdeel u, Bvt). De verpleegde zou daardoor langdurig in de inrichting opgenomen dienen te blijven.

Artikel II, onderdeel A en artikel III, onderdeel A.

Artikelen 14, tweede lid, Pbw en 8, derde lid, Bjj.

Op grond van deze artikelen zal de verruimde mogelijkheid tot het toepassen van onvrijwillige geneeskundige behandeling alleen kunnen plaats vinden in speciale, daartoe aangewezen, inrichtingen of afdelingen. Hiermee is beoogd te garanderen dat deze behandeling alleen wordt toegepast wanneer aan bepaalde randvoorwaarden, zoals 7 x 24 uren verpleegkundig toezicht, voldoende beschikbaarheid van psychiaters en het bestaan van een multidisciplinair overleg, is voldaan. Het ligt in de lijn der verwachting dat onder meer (delen van) een ppc alsmede het penitentiair ziekenhuis en bij de jeugdinstellingen de vic's en de foba aangegeven zullen worden als inrichting of afdeling in deze zin.

Artikel I, onderdeel B, artikel II, onderdeel C en artikel III, onderdeel C.

Artikelen 16, eerste en tweede lid, 16a, 16b en 16c Bvt, 46a, 46b, 46c, 46d en 46e Pbw en 51a, 51b, 21c, 51d en 51e Bjj.

Evenals bij de recente wijziging d.d. 1 juni 2008 van de Wet bopz tot verruiming van de mogelijkheid van dwangbehandeling (Staatsblad 25-2-2008, nr. 80) het geval is, blijven de bestaande mogelijkheden in de Bvt, Pbw en Bjj tot het verrichten van een geneeskundige handeling onder dwang intact. Het gaat hier om dwang die volgens een arts volstrekt nodig is om gevaar af te wenden dat de verpleegde, gedetineerde of jeugdige (al dan niet ten gevolge van een psychiatrische aandoening) veroorzaakt voor de gezondheid of de veiligheid van hemzelf of anderen (artikelen 16b eerste lid, onder b, juncto 26, eerste lid, Bvt, 32, eerste lid, juncto 46d onder b, Pbw en 37, eerste lid, juncto 51d onder b, Bjj). Waar het hoofd van de inrichting (tbs inrichting) of de directeur (pi of jji) nu bevoegd is tot het nemen van een beslissing over dwang, blijft dat in het nieuwe voorstel ook zo. Omdat in de Pbw en de Bjj voor gedetineerden en jeugdigen die in verband met hun geestelijke gezondheidstoestand op een speciale afdeling verblijven, de gronden waarop behandeling kan plaatsvinden limitatief worden beschreven in een aparte paragraaf (in beide gevallen paragraaf 1a), was het nodig de bepaling voor behandeling bij acute noodzaak in deze paragraaf te herhalen. Anders zouden de bepalingen over behandeling bij acute noodzaak (art. 32 Pbw en 37 Bjj) niet van toepassing zijn op deze groepen gedetineerden en jeugdigen. Voor de Bvt was dit niet nodig. Alle tbs gestelden verblijven immers in de tbs inrichting in verband met hun geestelijke gezondheidstoestand.

Nieuw is de toevoeging van de extra mogelijkheid tot toepassen van dwang – overigens met behoud van de huidige bevoegdhedenstructuur – overeenkomstig bovengenoemde wijziging van de Wet bopz (artikel I, onderdeel B, met betrekking tot de artikelen 16, eerste en tweede lid Bvt en onderdeel C, met betrekking tot de artikelen 16a, 16b, eerste lid onder a, en 16c Bvt, artikel II, onderdeel B, met betrekking tot de artikelen 46b, 46c, 46d onder a, en 46e Pbw en artikel III, onderdeel B, met betrekking tot de artikelen 51b, 51c, 51d onder a, en 51e Bjj). Een toelichting daarop is reeds gegeven in de onderdelen 2 en 5 van het algemeen deel van de toelichting. Met dit voorstel wordt, uiteraard alleen waar het gaat om personen die gevaar veroorzaken als gevolg van een psychiatrische aandoening, (door middel van een verwijzing naar de begripsbepaling van de Wet bopz) een ruimere invulling van het gevaarscriterium mogelijk. Bedoeling is echter deze verruimde mogelijkheid tot dwangbehandeling alleen als uiterste middel toe te passen, dat wil zeggen als alle pogingen om andere therapeutische oplossingen te vinden, hebben gefaald. Om dit

belangrijke uitgangspunt tot uitdrukking te laten komen zijn in de artikelen 16b Bvt, 46d Pbw en 51d Bjj de woorden «als uiterste middel» opgenomen. Het vereiste causaal verband tussen stoornis en gevaar is nadrukkelijk vastgelegd in de tekst van het wetsvoorstel, evenals de eis dat alleen een psychiater een (gevaarveroorzakende) stoornis kan vaststellen. Belangrijke toevoeging is dat voor gedetineerden en jeugdigen die vanwege hun geestelijke gezondheidstoestand (artikel 14, tweede lid, Pbw) of het (vermoedelijke) bestaan van een psychiatrische stoornis of een persoonlijkheidsstoornis (artikel 22a en 22b Bjj) in een afdeling of inrichting voor zorg geplaatst worden, een behandelplan opgemaakt dient te worden. Voor tbs gestelden die verpleegd worden op grond van de Bvt, bestond deze verplichting al. Vanuit het oogpunt van equivalentie van zorg is het wenselijk dat behandeling van gedetineerden en jeugdigen met een psychische stoornis eveneens plaats vindt op basis van een behandelplan, net als dat in de ggz gebruikelijk is. Ten aanzien van jeugdigen bestond reeds de verplichting tot het opmaken van een perspectiefplan, dat beoogt een op maat gesneden verblijf voor de jeugdige in de inrichting te realiseren. Het geneeskundige behandelingsplan kan hier deel van uit maken indien er sprake is van een psychische stoornis van de jeugdige en hij in verband daarmee op een speciale afdeling dient te verblijven. Conform de regeling in de Wet Bopz kan behandeling alleen plaats vinden op basis van het behandelplan dat vastgesteld wordt in overleg met de verpleegde, gedetineerde of jeugdige, tenzij er vanwege het bestaan van gevaar termen bestaan om dwang toe te passen, zoals hiervoor beschreven.

Artikel I, onderdeel C, artikel II, onderdeel B, artikel III, onderdeel B

Artikelen 16c, vijfde lid, Bvt, 46e, vijfde lid, Pbw en 51e, vijfde lid, Bjj

In onderdeel 2 van het algemeen deel van de toelichting zijn de eisen beschreven die verbonden zijn aan (dwang)behandeling op grond van de Wet bopz. Het ligt in de bedoeling om deze eisen, voorzover nu nog niet verankerd in de uitvoeringsregels en binnen de gegeven (verschillende) doelstellingen van de beginselenwetten, op te nemen in het Rvt, de Penitentiaire maatregel en het Rjj. Een daartoe strekkende grondslag is opgenomen in de voorgestelde wijziging van de artikelen 16c, vijfde lid, Bvt, 46e, vijfde lid, Pbw en 51e, vijfde lid, Bjj. In hoofdzaak gaat het om de begrenzing van een behandelingsplan als grondslag voor onvrijwillige geneeskundige behandeling volgens het nieuwe criterium. Daarbij zal het behandelingsplan erop gericht moeten zijn de psychiatrische aandoening zo te verbeteren dat het gevaar (in de ruime betekenis van artikel 1, onderdeel f, van de Wet bopz) wordt weggenomen. Dit behandelingsplan zal onder verantwoordelijkheid van een psychiater tot stand moeten komen. Voorts zal onvrijwillige geneeskundige behandeling op basis van het nieuwe criterium aan een maximumtermijn worden verbonden. In navolging van het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet bopz zal een maximumtermijn van drie maanden worden gebruikt, te rekenen vanaf de dag waarop de beslissing wordt genomen.

Beslissingen tot voortzetting van onvrijwillige geneeskundige behandeling zullen mogelijk zijn, maar vergen, om aan de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid te kunnen voldoen, een sterke en specifieke(re) motivering.

Artikel IV

Onder meer in verband met de mogelijkheid de invoering van de onvrijwillige geneeskundige behandeling van de geestelijke gezondheidstoestand bij de sector Gevangeniswezen gefaseerd te laten plaatsvinden omdat de ppc's nog in ontwikkeling zijn, is het wenselijk de mogelijkheid open te houden bepaalde onderdelen of artikelen van dit wetsvoorstel op een latere datum in werking te laten treden. Meer in het algemeen kunnen er tempoverschillen bestaan tussen de betrokken sectoren Tbs, Gevangeniswezen en Justitiële jeugdinrichtingen wat betreft de snelheid van het invoeringstraject. Ook om deze reden is het wenselijk de voorgestelde wetsartikelen gefaseerd in te kunnen voeren.

De minister van Justitie,
E. M. H. Hirsch Ballin