

Vergaderjaar 2011–2012

**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**

**C**

### **MEMORIE VAN ANTWOORD**

Ontvangen 21 juni 2012

#### **1. Inleiding**

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het voorlopig verslag dat de leden van de vaste commissie voor Veiligheid en Justitie hebben uitgebracht. Het verheugt me dat de leden van de verschillende fracties positief staan tegenover de grote lijnen van het voorstel. De vragen en opmerkingen over en naar aanleiding van het wetsvoorstel geven mij gelegenheid om strekking en inhoud ervan te verduidelijken.

De leden van de **VVD**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel. Zij onderschrijven de aanbeveling van de Commissie Visser om de mogelijkheden voor dwangmedicatie in een tbs-kliniek te verruimen en het streven naar gelijkwaardigheid van zorg binnen en buiten de justitiële setting. Terecht merkten deze leden op dat dit wetsvoorstel een breder bereik heeft dan enkel de verruiming van de mogelijkheid tot toediening van dwangmedicatie. Niet alleen ziet dit wetsvoorstel op het verruimen van de mogelijkheden van onvrijwillige geneeskundige behandeling (verder: dwangbehandeling), zoals deze leden aangaven, maar ook – en ik hecht eraan dit te benadrukken – op de regeling van vrijwillige geneeskundige behandeling van ter beschikking gestelden, gedetineerden en jeugdigen met een psychische stoornis. Vanuit het oogpunt van gelijkwaardigheid van zorg is voorzien in een regeling analoog aan de per 1 juni 2008 gewijzigde Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz).

De leden van de **PvdA**-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het wetsvoorstel. Deze leden vroegen aandacht voor de waarborgen die nodig zijn om dwangbehandeling binnen de justitiële setting mogelijk te maken. Het doet mij genoegen dat deze leden mij in de gelegenheid stellen op deze onderwerpen nader in te gaan. Het stelsel van waarborgen vormt een belangrijk aspect van dit wetsvoorstel dat onder andere ziet op de ingrijpende beslissing tot dwangbehandeling. De leden van de PvdA-fractie vroegen bovendien terecht aandacht voor de positie van de

jeugdige, waaraan wij in het kader van de dwangbehandeling extra aandacht moeten besteden.

Ook de leden van de **CDA**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van dit wetsvoorstel. Het verheugt mij dat zij zich in grote lijnen met het voorstel kunnen verenigen. Ik ben deze leden erkentelijk dat zij mij middels de door hen gestelde vragen in de gelegenheid stellen het voorstel nader toe te lichten en nader te onderbouwen.

De leden van de **SP**-fractie zijn verheugd dat de tijd die mensen in een justitiële inrichting verblijven door dit wetsvoorstel beter gebruikt kan worden ingeval de veroordeelde lijdt aan een psychische stoornis. De behandeling van de veroordeelde met het oog op een betere re-integratie en resocialisatie vormt de kern van dit wetsvoorstel. Met deze leden ben ik van mening dat dwangbehandeling een inbreuk vormt op het recht van artikel 8 EVRM die gerechtvaardigd moet worden. Dit heeft ertoe geleid dat in dit wetsvoorstel van de volgende uitgangspunten wordt uitgegaan. Dwangbehandeling moet doelmatig, noodzakelijk en proportioneel zijn. Het is een laatste redmiddel dat niet lichtvaardig mag worden ingezet. Dit is de reden dat ook de rechtsbescherming van de betrokkene een belangrijk aspect van dit voorstel vormt. In dit wetsvoorstel wordt de gelijkwaardigheid van zorg als uitgangspunt genomen, zo bevestig ik de leden van de SP-fractie. Dit is – zo hoop ik deze leden gerust te kunnen stellen op dit punt – niet alleen uitgangspunt bij de aard van de behandeling, maar ook bij de rechtsbescherming. Evenals onder de Wet bopz beslist een rechter over de vrijheidsbeneming. Ingeval van de Wet bopz betreft het de opname in een psychiatrisch ziekenhuis, ingeval van dit wetsvoorstel de oplegging van de vrijheidsbenemende sanctie. Het is vervolgens de behandelaar of geneesheer-directeur (Wet bopz) danwel de directeur of het hoofd van de inrichting op basis van het oordeel van een of twee psychiaters (justitiële setting) die beslist over de toepassing van dwangbehandeling. De betrokkene kan vervolgens zowel onder de Wet bopz als onder dit wetsvoorstel in beklag en beroep tegen de beslissing. Op verzoek kan de tenuitvoerlegging van de beslissing gedurende de beklag- en beroepsprocedure worden geschorst. Ik kom op de rechtsbeschermingsprocedure in paragraaf 3 bij de beantwoording van vragen van de leden van de SP-fractie en leden van andere fracties nog terug.

De leden van de **GroenLinks**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het voorstel. Evenals deze leden ben ik van mening dat er behoefte bestaat om ook bij psychiatrische patiënten die in een justitiële inrichting verblijven in sommige gevallen dwangbehandeling toe te passen. Met deze leden ben ik van mening dat vanwege de ingrijpendheid van de beslissing tot dwangbehandeling de rechten van de betrokkene voldoende gewaarborgd moeten zijn. In het vervolg van deze memorie van antwoord zal ik veel aandacht besteden aan dit onderwerp. Ik dank deze leden dat zij ook aandacht hebben gevraagd voor een aantal onderwerpen die in de Tweede Kamer minder aan de orde zijn geweest. Zij stellen mij daarmee in de gelegenheid ook deze onderwerpen nader toe te lichten.

## **2. Algemeen**

### *Evaluatie*

Tijdens de behandeling in de Tweede Kamer is gesproken over de evaluatie van dit wetsvoorstel. De leden van de **VVD**-fractie vroegen naar aanleiding daarvan na welke periode de evaluatie zal plaatsvinden. Ook vroegen zij of het wetsvoorstel Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg

(Wvvgz) (32 999) nog enige invloed heeft op de termijn waarop dit wetsvoorstel geëvalueerd zal worden.

In het algemeen ligt een evaluatietermijn van vijf jaar voor de hand om de werking van een wet in de praktijk te kunnen beoordelen. Met een kortere evaluatietermijn is het moeilijk om uitspraken te doen over het realiseren van de doelstellingen van een wet en de effecten en neveneffecten van een wet in de praktijk, omdat deze zich pas na het verstrijken van een langere periode zodanig laten meten en onderzoeken dat daarover gefundeerde bevindingen over te geven zijn.

Van deze termijn kan uiteraard worden afgeweken. Een voorbeeld daarvan is het wetsvoorstel Wet forensische zorg (Wfz) (32 398) – dat bij de Tweede Kamer aanhangig is – en waarin wordt geregeld dat de Wet forensische zorg drie jaar na inwerkingtreding wordt geëvalueerd en daarna telkens na 5 jaar. Deze korte eerste evaluatietermijn voor de Wfz is mogelijk, omdat op basis van het Interimbesluit forensische zorg, dat in een voorhangprocedure aan uw kamer is voorgelegd, sinds 1 januari 2011, het stelsel van de forensische zorgverlening op onderdelen in de praktijk wordt beproefd en voorafgaand daaraan een programma ter voorbereiding van de stelselherziening heeft gedraaid. Voor het onderhavige wetsvoorstel is er geen aanleiding om van de algemene evaluatietermijn af te wijken.

In beginsel heeft het wetsvoorstel Wvvgz geen invloed op de evaluatietermijn van het onderhavige wetsvoorstel. Dit wetsvoorstel ziet op harmonisatie van de beginselenwetten op het punt van de (dwang)behandeling zoals geregeld in de Wet bopz. Het wetsvoorstel Wvvgz vervangt de Wet bopz. Dit leidt mogelijk op onderdelen tot aanpassing van de regeling van de (dwang)behandeling die in het onderhavige wetsvoorstel is opgenomen. Dat wordt bezien in het kader van de nota van wijziging bij het wetsvoorstel Wvvgz die thans wordt voorbereid.

Op de vraag van de leden van de **CDA**-fractie antwoord ik dat een evaluatie na twee jaar mijns inziens te vroeg is. Het is van belang de praktijk de tijd gunnen om de regeling van de (dwang)behandeling zoals vevat in het wetsvoorstel te implementeren en daarmee ervaring op te doen. Of de doelstellingen van het wetsvoorstel (resocialisatie, het voorkomen van recidive, gelijkwaardigheid van zorg en het voorkomen van gezondheidsschade) worden gerealiseerd kan niet na twee jaar worden gemeten.

Wel zal ik de toepassing van de dwangbehandeling laten monitoren. Ik zal daartoe de Inspectie voor de gezondheidszorg verzoeken de eerste twee jaar na de inwerkingtreding van de wet bij het uitoefenen van hun toezicht bijzondere aandacht te besteden aan de uitvoering van de mogelijkheden tot dwangbehandeling en mij daarover te rapporteren. Dit is mogelijk omdat iedere beslissing tot het verrichten van dwangbehandeling moet worden gemeld aan de Inspectie met het oog op het toezicht op de toepassing van die behandeling. Daarnaast zal ik de Inspectie voor de gezondheidszorg vragen om (samen met de Inspectie voor de Sanctietoepassing) twee jaar na inwerkingtreding van de wet een thematische inspectie te houden bij de penitentiair psychiatrische centra (ppc's), tbs-klinieken (fpc's) en de forensische observatie en begeleidingsafdeling (foba) van JJI De Hartelborgt, over de wijze waarop aan het wetsvoorstel uitvoering wordt gegeven.

#### *Samenhang en harmonisatie*

Met de leden van de **PvdA**-fractie ben ik van mening dat met dit wetsvoorstel weer een stap is gezet bij het reguleren van dwangbehandeling in een meer of minder gesloten setting. Naar aanleiding van de vaststelling van deze leden over de toepassing van verschillende dwangregimes in de GGZ, de justitiële setting, de ouderenzorg en de zorg

voor mensen met een verstandelijke beperking en de daarmee samenhangende vraag naar het bevorderen van meer harmonisatie, merk ik het volgende op.

Het wettelijk kader voor de dwangbehandeling aan mensen die opgenomen zijn in de psychiatrie, de ouderenzorg en de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking is de Wet bopz. Het kader voor de toepassing van dwang in een justitiële (zorg)setting wordt gevormd door de beginselenwetten.

Ik hecht eraan hier te benadrukken dat dit wetsvoorstel niet slechts ziet op dwangbehandeling. Dit wetsvoorstel voorziet in regeling in de beginselenwetten voor de geneeskundige behandeling van gedetineerden, ter beschikking gestelden en jeugdigen in verband met hun geestelijke gezondheidstoestand. De behandeling vindt plaats op basis van een behandelingsplan. Er is aansluiting gezocht bij de Wet bijzondere opnemering in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz). De harmonisatie die met dit wetsvoorstel wordt bereikt, strekt zich dus verder uit dan dwangbehandeling alleen.

Het wetsvoorstel Wvvggz vervangt de Wet bopz. Daarnaast is bij de Tweede Kamer in behandeling het wetsvoorstel Wet zorg en dwang (31 996) die een regeling treft voor de verstandelijk gehandicapten en de psychogeriatrische patiënten. Beide wetsvoorstellen gaan uit van een persoonvolgend systeem voor zorg voor mensen die zich verzetten tegen die zorg. De verschillen die tussen de wetsvoorstellen bestaan, hangen samen met de verschillende doelgroepen van de regelingen. Dat er in de toekomst twee regelingen zullen zijn ter vervanging van de Wet bopz is het gevolg van de tweede evaluatie van die wet. In het evaluatierapport werd de aanbeveling gedaan een op de verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patiënten toegespitste regeling te maken, die aansloot bij de praktijk. Dat de situatie dat er twee regelingen zijn minder wenselijk is, werd ook onderkend door het vorige kabinet. Na vijf jaar zouden de wetten samengevoegd worden.

Naar aanleiding van de nota van wijziging bij het wetsvoorstel Wvvggz die in voorbereiding is, wordt bezien in hoeverre de vervanging van de Wet bopz moet leiden tot aanpassingen in de beginselenwetten.

Naast dit wetsvoorstel zijn er verschillende wetten en wetsvoorstellen die zien op (een vorm van) verplichte geestelijke gezondheidszorg of forensische zorg. Het betreft de eerdergenoemde Wet bopz en de wetsvoorstellen Wvvggz, Wfz en Wet zorg en dwang. De leden van de **CDA**-fractie vroegen hoe de verschillende wetten en wetsvoorstellen zich verhouden tot dit wetsvoorstel.

Dit wetsvoorstel ziet op de geneeskundige behandeling van gedetineerden, ter beschikking gestelden en jeugdigen met een stoornis van de geestvermogens binnen een justitiële zorgsetting. Daarbij is – vanuit een uitgangspunt van gelijkwaardigheid van zorg – aangesloten bij de procedures, eisen en waarborgen uit de Wet bopz. De Wet bopz regelt de gedwongen opname en al dan niet gedwongen behandeling van mensen met een psychische stoornis in een psychiatrisch ziekenhuis.

De Wet bopz wordt in de toekomst vervangen door de Wvvggz en de Wet zorg en dwang. De voorstellen voor die wetten zijn aanhangig bij de Tweede Kamer. Er wordt bezien in hoeverre de veranderingen die de wetsvoorstellen ten opzichte van de regeling van de (dwang)behandeling in de Wet bopz aanbrengen tot wijzigingen moeten leiden in de beginselenwetten. Indien wijzigingen noodzakelijk zijn, worden zij meegenomen in de desbetreffende wetsvoorstellen.

Het wetsvoorstel Wfz regelt de organisatie van de forensische zorg. Forensische zorg is geestelijke gezondheidszorg die wordt verleend op strafrechtelijke titel. Het wetsvoorstel regelt onder andere de inkoop van forensische zorg, de institutionele bevoegdheden van de Minister van Veiligheid en Justitie en het proces van indicatiestelling tot plaatsing van

de forensische patiënt. Het onderhavige wetsvoorstel regelt onder andere de behandeling van justitiabelen met een geestesstoornis die verblijven in een justitiële inrichting (ppc's en tbs-klinieken). Deze zorgverlening is forensische zorg als bedoeld in het wetsvoorstel Wfz en het Interimbesluit forensische zorg. De aanspraak op zorg, de indicatiestelling voor de zorg, de plaatsing in de ppc en de tbs-kliniek vindt plaats op grond van de regeling vervat in het wetsvoorstel Wfz. De rechtspositie van gedetineerden, ter beschikking gestelden en jeugdigen en het regime van de justitiële inrichtingen waarin zij zijn geplaatst wordt geregeld in de Penitentiaire beginselenwet (Pbw), de Beginselenwet ter beschikking gestelden (Bvt) respectievelijk de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen (Bjj). Deze wetten worden door het onderhavige wetsvoorstel gewijzigd op het punt van de geneeskundige (dwang)behandeling. Ik antwoord op de vraag van de leden van de CDA-fractie hoe de harmonisatie tussen de verschillende wetsvoorstellen geoptimaliseerd kan worden dat na de inwerkingtreding van de verschillende wetsvoorstellen een overkoepelende wetsevaluatie van de wetten die zien op de rechtspositie zal plaatsvinden. Naar aanleiding daarvan zal bekeken worden op welke punten de harmonisatie nog verder kan worden verbeterd. Tot die tijd wordt in het wetsvoorstel Wfz, Wet zorg en dwang en Wvvgz een zodanige regeling getroffen dat per accommodatie waar betrokkene verblijft de interne rechtspositie voor iedereen die daar verblijft geldt en alleen voor wat betreft de externe rechtspositie (verlof, overplaatsing en ontslag) de minister van Veiligheid en Justitie betrokken is. Hiermee wordt in elk geval voor de praktijk voorkomen dat het personeel van een accommodatie te maken heeft met verschillende rechtsposities voor het verblijf in die accommodaties.

De leden van de **SP**-fractie vroegen naar de stand van zaken aangaande de harmonisatie van de rechtspositie van jeugdigen in de justitiële, de vrijwillige en de LVG-zorg. Eind 2012 zal een wetsvoorstel betreffende de stelselwijziging zorg voor jeugd aanhangig worden gemaakt bij de Tweede Kamer. Bekeken is of in dat wetsvoorstel ook de dwangbehandeling in de jeugdzorg kan worden meegenomen. Nader onderzoek leert dat een zorgvuldige totstandkoming van de harmonisatie van onvrijwillige zorg aan jeugdigen is gebaat bij een afzonderlijk wetsvoorstel. Het verdient de voorkeur eerst de bestaande jeugdzorgwetgeving te evalueren om te kunnen vaststellen welke verbeteringen moeten worden aangebracht. De uitkomsten van de evaluatie van de Wet bopz worden hierbij meegenomen. In een afzonderlijk wetsvoorstel kan bovendien beter rekening worden gehouden met de uitkomsten van de parlementaire behandeling van de wetsvoorstellen Wvvgz en Wet zorg en dwang. Voorts vroegen deze leden of de bepalingen aangaande dwangbehandeling zoals in dit wetsvoorstel opgenomen van toepassing zullen zijn in de gesloten jeugdzorg (JeugdzorgPlus) totdat een wetsvoorstel aangaande dwangbehandeling in de gesloten jeugdzorg is aangenomen. De huidige wettelijke basis voor dwangbehandeling van jeugdigen vormt ofwel de Wet bopz of binnen de gesloten jeugdzorg artikel 29p van de Wet op de jeugdzorg. De strekking van dat artikel komt in grote mate overeen met de regeling onder de Wet bopz en daarmee dit wetsvoorstel. Geregeld wordt in welke gevallen een dwangbehandeling kan worden verricht. Er moet een hulpverleningsplan worden opgesteld, waarin onder de andere de behandelingsmiddelen moeten worden opgenomen die de jeugdige moet gedogen. De behandelmethoden kunnen slechts worden toegepast voor zover dit nodig is om het doel van het verblijf te bereiken (vgl. artikel 38c, eerste lid, onder a, Wet bopz) of voor zover dit nodig is voor de veiligheid van de jeugdige of anderen (vgl. artikel 38c, eerste lid, onder b, Wet bopz). Het klachtrecht is opgenomen in artikel 29w e.v. van de Wet op de jeugdzorg. Lacunes in de rechtspositieregeling ten opzichte van de Wet bopz en de daarbij horende lagere regelgeving zijn aangevuld

door bijvoorbeeld het Kwaliteitskader gesloten jeugdzorg 2008 van de Inspectie jeugdzorg, waarin onder andere wordt bepaald aan welke eisen een behandelplan moet voldoen en op welke wijze de ouders en verzorgers betrokken worden. Aangezien de regeling van de rechtspositie grotendeels overeenkomt met de Wet bopz, is aanpassing naar aanleiding van onderhavig wetsvoorstel niet nodig.

De reeds bestaande artikelen 26 Bvt, 32 Pbw en 37 Bjj, die zien op de gedwongen geneeskundige handeling, zullen naast de nieuwe artikelen betreffende de dwangbehandeling blijven bestaan. Dit merken de leden van de **GroenLinks**-fractie juist op. Het verschil tussen de gedwongen geneeskundige handeling en de twee nieuwe vormen van dwangbehandeling is, zo beantwoord ik een daartoe strekkende vraag van deze leden, als volgt.

Bij de gedwongen geneeskundige handeling kan de directeur respectievelijk het hoofd van de inrichting de gedetineerde, ter beschikking gestelde of jeugdige verplichten te gedogen dat een bepaalde geneeskundige handeling wordt verricht indien dit naar het oordeel van een arts volstrekt noodzakelijk is ter afwending van gevaar voor de gezondheid of veiligheid van de betrokkene of anderen. Het moet hier met andere woorden gaan om een acute (nood)situatie. Het gevaar hoeft niet in verband te staan met een stoornis van de geestvermogens. Wanneer de gedwongen geneeskundige handeling wel wordt toegepast in verband met een stoornis van de geestvermogens betreft het enkel een situatie waarin (nog) niet is voorzien in een behandelingsplan. De bepaling betreffende de gedwongen geneeskundige handeling is in zekere zin dus vergelijkbaar met artikel 39 Wet bopz, welk artikel ziet op de toepassing van behandelingsmiddelen die niet zijn opgenomen in het behandelingsplan in tijdelijke noodsituaties.

Bij de dwangbehandeling kan onderscheid worden gemaakt tussen twee gronden. De eerste grond (a-dwangbehandeling; zie de artikelen 16c, onder a, Bvt, 46d, onder a, Pbw en 51d, onder a, Bjj) betreft de situatie waarin aannemelijk is dat zonder de behandeling het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden afgewend. Niet tegenstaande de eis van gevaar en noodzakelijkheid van de behandeling, gaat het hier om een minder acute situatie dan bij de gedwongen geneeskundige handeling. Ook is het gevaarscriterium ruimer. Het gaat bij a-dwangbehandeling niet slechts om gevaar voor de gezondheid of veiligheid van de betrokkene of anderen, maar ook om gevaar dat zich buiten de speciale zorgafdeling of de inrichting zou verwezenlijken. Het doel van deze vorm van dwangbehandeling is voorkomen dat de betrokkene langdurig op een speciale zorgafdeling of in een inrichting moet verblijven. Het gevaar waarvoor behandeld wordt, moet altijd in causaal verband staan tot een stoornis van de geestvermogens bij de betrokkene. Bovendien kunnen slechts die behandelingsmiddelen worden ingezet die zijn opgenomen in een behandelingsplan.

De tweede grond voor dwangbehandeling (b-dwangbehandeling; zie de artikelen 16c, onder b, Bvt, 46d, onder b, Pbw, en 51d, onder b, Bjj) is dat behandeling volstrekt noodzakelijk is om het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens doet veroorzaken binnen de inrichting af te wenden. Evenals bij de gedwongen geneeskundige handeling gaat het hier om een acute (nood)situatie binnen de inrichting. Het gevaarscriterium is echter niet beperkt tot de gezondheid of veiligheid van de betrokkene of anderen. Wel dient het gevaar – anders dan bij de gedwongen geneeskundige handeling – in causaal verband te staan tot een psychische stoornis en moeten de behandelingsmiddelen die worden ingezet voorafgaand aan de dwangbehandeling in het behandelingsplan zijn opgenomen.

De drie verschillende modaliteiten van gedwongen (be)handeling vullen elkaar aan. Daar waar sprake is van een acute situatie kan worden

besloten tot b-dwangbehandeling indien in de behandeling(smiddelen) is voorzien in een behandelingsplan en tot een gedwongen geneeskundige handeling indien de behandeling(smiddelen) niet in het behandelingsplan zijn opgenomen. Er moet in dit laatste geval wel sprake zijn van gevaar voor de gezondheid of veiligheid van de betrokkene of anderen. Ook kan worden besloten tot gedwongen geneeskundige handeling indien het acute gevaar voor de gezondheid of veiligheid van de betrokkene of anderen niet in causaal verband staat tot een stoornis van de geestvermogens. Indien geen sprake is van een acute situatie, maar behandeling niettemin noodzakelijk is om te voorkomen dat het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de betrokkene doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen, dan kan worden beslist tot a-dwangbehandeling.

De leden van de GroenLinks-fractie vroegen waarom voor de drie verschillende vormen van gedwongen (be)handeling een andere wettelijke regeling (met andere waarborgen) vereisen.

De a-dwangbehandeling is in zoverre ingrijpender dat er – niettegenstaande de eisen van gevaar, causaliteit, noodzakelijkheid, subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid – geen sprake hoeft te zijn van een acute situatie. Dit betekent dat voor deze vorm van dwangbehandeling een aantal extra waarborgen in de procedure zijn opgenomen. Bij de b-dwangbehandeling en de gedwongen geneeskundige handeling is sprake van een acute situatie. Dit betekent dat in voorkomende gevallen snel moet kunnen worden opgetreden, waardoor bijvoorbeeld de eis dat een tweede arts een verklaring moet afgeven ter onderbouwing van de dwangbehandeling voorafgaande aan die behandeling in dit geval niet wordt gesteld. Omdat ook deze vormen van gedwongen behandeling ingrijpend zijn, zijn niettemin een aantal belangrijke waarborgen opgenomen in wet en AMvB. Ik kom op de waarborgen hieronder bij de rechtsbescherming en de beslissing tot dwangbehandeling door de directeur of het hoofd van de inrichting nog uitgebreid terug.

#### *Richtlijn voor toepassing dwang*

Zowel de leden van de **PvdA**-fractie als de leden van de **CDA**-fractie hadden verschillende vragen over de multidisciplinaire richtlijn dwang en drang. Zij vroegen welke waarborgen en procedurele eisen er voor de toepassing van dwangbehandeling zijn zolang de multidisciplinaire richtlijn dwang en drang nog niet tot stand is gekomen, op welke termijn de richtlijn gerealiseerd kan worden, welke kosten de ontwikkeling met zich brengt en welke criteria in ieder geval in de richtlijn moeten worden opgenomen. Ik zal deze vragen hieronder in onderlinge samenhang beantwoorden.

In het debat met de Tweede Kamer heb ik aangegeven de ontwikkeling van de multidisciplinaire richtlijn dwang en drang te steunen. Daarom zijn door het Ministerie van Veiligheid en Justitie financiële middelen beschikbaar gesteld aan de wetenschappelijke beroepsverenigingen om de richtlijn tot stand te brengen. De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) treedt namens de beroepsverenigingen op als penvoerder. De NVvP is gestart met de ontwikkeling van de richtlijn. Zij verwacht deze gereed te hebben op 1 april 2014.

Op dit moment wordt door de verschillende beroepsgroepen in de geestelijke gezondheidszorg gewerkt met normen die gelden binnen de eigen beroepsgroep. Een voorbeeld is de monodisciplinaire richtlijn dwang en drang voor psychiaters. Ook psychiaters die binnen een justitiële inrichting werken, dienen zich te houden aan deze richtlijn. Bovendien zijn er in dit wetsvoorstel en worden er in de AMvB die ter uitvoering van dit wetsvoorstel wordt opgesteld een aantal waarborgen

opgenomen ten aanzien van de (beslissing tot) dwangbehandeling, de taak van de behandelend arts en de voorzieningen die aanwezig moeten zijn ten behoeve van geneeskundige behandeling.

Niettemin is het van belang dat er in aanvulling op de bestaande monodisciplinaire richtlijnen en de waarborgen die opgenomen worden in de AMvB een multidisciplinaire richtlijn wordt gerealiseerd. Het opstellen van die richtlijn wordt overgelaten aan het zorgveld. De beroepsbeoefenaars uit de gezondheidszorg bepalen met elkaar hoe de richtlijn eruit moet komen te zien. Zij zullen moeten werken met de richtlijn en hebben het meeste zicht op de praktijk van dwang en drang en de beroepsnormen en -standaarden.

Bovenstaande kort samengevat zijn op dit moment reeds de randvoorwaarden om de toepassing van dwangbehandeling in justitiële inrichtingen mogelijk te maken geformuleerd. Procedurele waarborgen en minimumeisen voor dwangbehandeling zijn vastgelegd in verschillende gezondheidswetten, in dit wetsvoorstel, in verschillende regels ter uitvoering daarvan en in monodisciplinaire richtlijnen. Een multidisciplinaire richtlijn blijft wenselijk en zal worden opgesteld door het veld, maar is geen voorwaarde voor de invoering van het wetsvoorstel.

### *Neveneffect eigen bijdrage GGZ*

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen naar de effecten van de eigen bijdrage in de GGZ op de toepassing van dwangbehandeling binnen de justitiële setting.

Vanaf 2012 wordt een eigen bijdrage geheven in de geestelijke gezondheidszorg. Het kabinet heeft een monitor ingesteld om de effecten van deze eigen bijdrage te volgen. Op die manier wordt inzichtelijk gemaakt of er daadwerkelijk sprake is van zorguitval en zorgmijding en zo ja, voor welk type patiënten. Vanaf 2013 zal in ieder geval een deel van de eigen bijdrage worden teruggedraaid. Onder meer op basis van de eerder genoemde monitor wordt door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bezien hoe dit wordt vormgegeven. Thans heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij de eigen bijdrage GGZ een uitzondering gemaakt voor de meest kwetsbare doelgroepen, zoals mensen die op grond van een rechterlijke machtiging zorg krijgen en personen die nu al zogenaamde «bemoeizorg» ontvangen.

Voor de vrees die bij de leden van de PvdA-fractie enigszins lijkt te leven dat de dwangbehandeling binnen de justitiële setting als gevolg van dit alles oneigenlijk zal worden toegepast, zie ik geen aanleiding. De toepassing van dwangbehandeling is met een groot aantal waarborgen omkleed. Zo mag de dwangbehandeling alleen worden toegepast indien de betrokkene is geplaatst op een speciale zorgafdeling (thans de ppc's en de foba) of in een fpc en één, of ingeval van a-dwangbehandeling twee, psychiater(s) heeft/hebben vastgesteld dat dwangbehandeling noodzakelijk is. Enkel wanneer sprake is van gevaar kan een betrokkene zonder zijn instemming worden behandeld. Alle pogingen om in samenspraak met de patiënt tot behandeling te komen moeten hebben gefaald en er moet vastgesteld zijn dat er geen minder ingrijpende middelen zijn om het gevaar af te wenden. Om te waarborgen dat deze vereisten daadwerkelijk in acht worden genomen, geldt een meldplicht ten opzichte van de commissie van toezicht en de Inspectie voor de gezondheidszorg. Bovendien kan tegen de beslissing tot dwangbehandeling beklag danwel beroep worden ingesteld. Tegelijk met het indienen van een beklag- of beroepschrift kan schorsing van de tenuitvoerlegging van de beslissing worden gevraagd. Door deze waarborgen is het alleen mogelijk dwangbehandeling te verrichten indien dit volstrekt noodzakelijk is en wordt onterechte aanwending voorkomen.

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen of het mogelijk maken van dwangbehandeling in justitiële jeugdinrichtingen het risico met zich brengt dat jeugdigen die eigenlijk in de GGZ of de (gesloten) jeugdzorg thuishoren te lang in detentie blijven en of een dergelijke oneigenlijke plaatsing niet zal worden verlengd door de mogelijkheid van toepassing van dwangbehandeling.

Doorplaatsing zal altijd eerst worden overwogen. Er is een goede samenwerking tot stand gebracht tussen justitiële jeugdinrichtingen en (naburige) GGZ-instellingen. Bovendien zijn heldere criteria ontwikkeld waardoor inzichtelijk is gemaakt welke jeugdigen in aanmerking komen voor plaatsing in een GGZ-instelling. De plaatsingsbeslissing wordt genomen in nauw overleg tussen de selectiefunctionarissen en de GGZ-instellingen.

Uitgangspunt is dat iemand die zorg nodig heeft, wordt geplaatst op de plek waar deze zorg het beste kan worden gegeven. Wanneer een jeugdige te kampen heeft met een ernstige psychiatrische stoornis kan er sprake zijn van een dusdanige onveilige situatie voor instellingen en personeel dat plaatsing van deze jeugdige in een reguliere (jeugd)GGZ-instelling niet verantwoord is. Dit is de reden waarom doorplaatsing van jeugdigen soms niet mogelijk is en ook niet de beste optie is. De jeugdige met (complexe) psychiatrische problematiek wordt binnen de justitiële jeugdinrichting behandeld op een speciale zorgafdeling, veelal een forensische observatie- en begeleidingsafdeling (foba) of very intensive care (vic)-afdeling. Deze gespecialiseerde afdelingen hebben een grote deskundigheid op het gebied van jeugdigen met gecombineerde gedrags- en psychiatrische problematiek, waardoor de jeugdige een behandeling zal ontvangen die gelijkwaardig is aan de behandeling in een reguliere GGZ-instelling.

De toepassing van dwangbehandeling kan ervoor zorgen dat het gevaar dat de stoornis de jeugdige doet veroorzaken zodanig kan worden afgewend of weggenomen, dat overplaatsing naar de reguliere GGZ of gesloten jeugdzorg alsnog mogelijk is. Daarbij benadruk ik dat dwangbehandeling wel een laatste redmiddel is. In eerste instantie zal worden geprobeerd in overeenstemming met de jeugdige en diens ouders over te gaan tot een behandeling.

Dit wetsvoorstel veroorzaakt mijns inziens dus geen stagnatie van de doorstroom naar de reguliere GGZ of jeugdzorg, zo beantwoord ik een volgende vraag van deze leden, maar kan deze doorstroom in voorkomende gevallen juist mogelijk maken.

*Uitbreiding aantal penitentiaire instellingen waar dwangbehandeling plaatsvindt*

De leden van de **CDA**-fractie vroegen of op termijn ook op andere afdelingen dan in andere dan de ppc's dwangbehandeling kan worden toegepast.

Op dit moment ben ik voornemens om binnen het gevangeniswezen dwangbehandeling enkel mogelijk te maken in de vijf ppc's. In de ppc's is vierentwintig uur per dag zeven dagen per week verpleegkundig toezicht aanwezig en een psychiater beschikbaar. De ppc's zijn ingericht op de behandeling van gedetineerden met een psychische stoornis en er zijn voldoende voorzieningen aanwezig. Volgens de Inspectie voor de gezondheidszorg wordt voldaan aan de normen voor verantwoorde zorg.<sup>1</sup> Indien in de toekomst de mogelijkheid van dwangbehandeling zou worden uitgebreid naar andere instellingen, dan zullen daar dezelfde randvoorwaarden gelden als waar thans in de ppc's aan wordt voldaan.

<sup>1</sup> Bijlage bij Kamerstukken II 2010/11, 24 587, nr. 434.

## Definities

Dwangbehandeling betekent niet slechts het onder dwang toedienen van medicatie, maar omvat ook andere behandelingen. Een behandeling waaraan gedacht kan worden – zo antwoord ik op het verzoek van de leden van de **GroenLinks**-fractie om andere voorbeelden te noemen – is de toediening van vocht en voeding. Dit kan bijvoorbeeld noodzakelijk zijn ingeval de betrokkene leidt aan een vergiftigingswaan waardoor hij niet meer wil eten of drinken. Het is niet ondenkbaar, zo beantwoord ik een volgende vraag van de leden van de GroenLinks-fractie, dat separatie en fixatie als therapeutisch middel onderdeel uitmaken van het behandelingsplan en de behandeling. Een (korte) separatie kan bijvoorbeeld aangewezen zijn om een manische patiënt een prikkelarme omgeving te bieden. Dwangbehandeling (in de vorm van bijvoorbeeld dwangmedicatie) kan in voorkomende gevallen echter ook juist voorkomen dat (langdurige) separatie en fixatie nodig zijn.

Indien separatie en fixatie niet zijn opgenomen in het behandelingsplan en geen onderdeel zijn van de behandeling, kunnen deze middelen al dan niet in verband met de handhaving van de orde worden ingezet, maar dan geldt daarvoor een andere grondslag, namelijk de grondslag opgenomen in de artikelen 34 Bvt, 24 Pbw, 25 Bjj (afzondering of separatie) onderscheidenlijk 27 Bvt, 33 Pbw en 38 Bjj (fixatie). Zo wordt een onderscheid gemaakt tussen de separatie en fixatie die wordt ingezet op grond van een behandelingsplan en als onderdeel van een geneeskundige behandeling en de separatie en fixatie die buiten die gevallen wordt ingezet.

Dit wetsvoorstel voorziet in een definitie van het begrip «gevaar». De leden van de GroenLinks-fractie hebben naar aanleiding van deze definitie een aantal vragen gesteld. Zij vroegen waarom ervoor is gekozen onder gevaar ook het gevaar zichzelf maatschappelijk te gronde richten of ernstig te verwaarlozen wordt verstaan, waaraan daarbij moet worden gedacht, waar de grens ligt met het zelfbeschikkingsrecht en hoe dit gevaar zich binnen een justitiële setting kan verwezenlijken.

Het gevaarscriterium zoals in dit wetsvoorstel beschreven is overeenkomstig het gevaarscriterium in artikel 1, onder f, Wet bopz. De aansluiting bij het gevaarscriterium uit de Wet bopz vloeit voort uit het uitgangspunt van gelijkwaardigheid van zorg.

Onder «gevaar» in de zin van de Wet bopz en dit wetsvoorstel vallen ook het gevaar dat de betrokkene maatschappelijk te gronde gaat en het gevaar dat de betrokkene zichzelf in ernstige mate zal verwaarlozen. Er moet hierbij gedacht worden aan een betrokkene die als gevolg van zijn stoornis volledig geïsoleerd raakt van zijn omgeving, in een situatie van apathie terechtkomt, niet meer kan functioneren in de maatschappij of niet meer in zijn levensbehoefte kan voorzien. Het gaat hier dus veelal om een gevaar dat zich verwezenlijkt buiten het psychiatrisch ziekenhuis of de justitiële inrichting, maar het kan ook gaan om een situatie van ernstige zelfverwaarlozing binnen de inrichting. De Wet bopz kent sinds 2008 de mogelijkheid van dwangbehandeling ingeval de patiënt zonder die behandeling onevenredig lang in het ziekenhuis zou moeten verblijven (zie artikel 38c, eerste lid, onder a, Wet bopz). Ook binnen de justitiële setting moet gekeken worden naar het risico dat de betrokkene als gevolg van psychiatrische stoornis onevenredig lang binnen de justitiële setting moet verblijven. Niet alleen is hij dan langer van zijn vrijheid beroofd, maar ook kan de resocialisatie in het gedrang komen als een persoon met een gevaarveroorzakende psychiatrische aandoening gedurende de vrijheidsbenemende sanctie zonder behandeling blijft.

Het uitblijven van een behandeling kan voor de gedetineerde betekenen dat hij langer op een speciale zorgafdeling moet verblijven. Het verblijf op een speciale zorgafdeling in detentie brengt specifieke beperkingen met zich mee ten opzichte van het verblijf in een gewone ggz-instelling en

verblijf op een gewone afdeling in detentie. Het is daarom het streven gedetineerden die op een speciale zorgafdeling verblijven zo spoedig mogelijk zo ver te laten herstellen dat het weer verantwoord is hen op een gewone afdeling in detentie te plaatsen. Ook is het zo dat de gedetineerde die op een speciale zorgafdeling verblijft vaak niet deel zal kunnen nemen aan de vele de trajecten die de afgelopen jaren zijn gestart om toe te werken naar een zo goed mogelijke re-integratie na verblijf in detentie. Ook loopt hij het risico dat hij niet in aanmerking komt voor voorwaardelijke invrijheidstelling. Dit omdat de psychische conditie van de gedetineerde te slecht is om deel te kunnen nemen aan de trajecten en om zelfstandig buiten detentie te verblijven. In die zin is het aannemelijk dat de gedetineerde zonder toepassing van dwangbehandeling langer in detentie zal verblijven.

Voor de ter beschikking gestelde kan het onbehandeld blijven van de stoornis betekenen dat hij langdurig in de tbs-instelling moet verblijven. Aannemelijk is immers dat hij in een dergelijk geval als blijvend delictgevaarlijk wordt beschouwd en als gevolg daarvan langer in de tbs-instelling moet verblijven of zelfs naar de longstay-afdeling wordt overgeplaatst. Soms dient derhalve tijdens het verblijf in een justitiële inrichting ook tegen de wil van betrokkene behandeling plaats te vinden om verdere gezondheidsschade te voorkomen en een verbetering van de stoornis en het functioneren te bereiken. Het is van belang dat het ook binnen de justitiële setting mogelijk is dwangbehandeling te verrichten met het oog op het wegnemen van gevaar dat zich buiten de inrichting pas zal verwezenlijken.

De leden van de GroenLinks-fractie hebben gevraagd naar de verhouding van dwangbehandeling in verband met het gevaar maatschappelijk te gronde te gaan of het gevaar zichzelf te verwaarlozen en het zelfbeschikingsrecht. De ingrijpendheid van de dwangbehandeling voor de betrokkene rechtvaardigt dat hier wordt stilgestaan bij de verhouding tussen de zorgplicht van de overheid en de wens van de betrokkene om niet behandeld te worden.

Ik wil voorop stellen dat het enkele feit dat er sprake is van gevaar nog niet betekent dat tot dwangbehandeling kan worden besloten. Voor toepassing van dwangbehandeling moet zijn voldaan aan de eisen van subsidiariteit, doelmatigheid en proportionaliteit. Dwangbehandeling is een ultimum remedium. Wanneer behandeling van de betrokkene wenselijk is (omdat er gevaar van hem uitgaat), wordt in eerste instantie geprobeerd in overstemming met hem een behandeling te starten. Vermeden moet worden dat de duidelijke wens van een persoon om niet behandeld te worden zonder meer ter zijde kan worden geschoven. Het is niet de bedoeling en ook niet aanvaardbaar dat wordt aangesloten bij het zogenaamde «bestwilcriterium», waarbij leidend is of behandeling voor de patiënt het beste wordt geacht. Het kan ook niet zo zijn dat tot dwangbehandeling wordt overgegaan enkel in verband met een zelfgekozen levensstijl die van de maatschappelijk gangbare afwijkt (vgl. de conclusie van A-G Langemeijer bij HR 11 september 2009, LJN BJ2719, NJ 2009, 44).

Pas wanneer geen overeenstemming kan worden bereikt met de betrokkene over een behandelingsplan en behandeling niettemin noodzakelijk is, terwijl er geen alternatieven voor die behandeling zijn, kan – als laatste redmiddel – worden overgegaan tot dwangbehandeling. Wanneer wordt besloten tot dwangbehandeling wordt vervolgens zo veel mogelijk rekening gehouden met de wensen van de betrokkene. Dit betekent bijvoorbeeld dat wanneer de betrokkene – nu hij toch een behandeling moet ondergaan – een voorkeur uitspreekt voor een bepaalde (vorm van die) behandeling, zo veel mogelijk met die voorkeur rekening moet worden gehouden. Ook wordt er voortdurend naar gestreefd de dwangbehandeling alsnog om te zetten in een vrijwillige behandeling. Het is daarbij niet onwaarschijnlijk dat een betrokkene die in

eerste instantie geen ziektebesef en -inzicht heeft dit na bijvoorbeeld toediening van medicatie wel krijgt en als gevolg daarvan alsnog instemt met verdere behandeling.

Wanneer de betrokkene in een tbs-inrichting of in verband met zijn geestelijke gezondheidstoestand op een speciale zorgafdeling verblijft, moet altijd een behandelingsplan worden opgesteld. Het behandelingsplan moet gericht zijn op het wegnemen van het gevaar dat een gevolg is van het gedrag dat uit de psychische stoornis van de betrokkene voortvloeit. Zo mogelijk geschiedt dit door het behandelen van de stoornis. Indien dit niet mogelijk is, geschiedt dit door het anderszins wegnemen van het gevaar. De leden van de GroenLinks-fractie vroegen om een toelichting op dit laatste.

Er wordt in dit wetsvoorstel rekening gehouden met de mogelijkheid dat de stoornis zelf niet te behandelen is; het gevaar dat een gevolg is van het gedrag dat uit de stoornis voortvloeit is het aangrijpingspunt voor de behandeling. Bepaald is derhalve dat het behandelingsplan gericht moet zijn op het wegnemen van het *gevaar* dat de stoornis van de geestvermogens de betrokkene doet veroorzaken (vgl. artikel 38a, eerste lid, Wet bopz).

Niettemin moet voorkomen worden dat behandeling enkel gericht zou kunnen zijn op het wegnemen van gevaar en niet ook op het verbeteren van de stoornis. Ook moet worden voorkomen dat te snel enkel de gevolgen van de stoornis worden aangepakt. Daarom is bepaald dat de dwangbehandeling indien mogelijk moet zijn gericht op het wegnemen van het gevaar door behandeling van de stoornis. Slechts wanneer dat niet mogelijk is, kan de behandeling erop gericht zijn het gevaar anderszins weg te nemen. Daarbij kan gedacht kan worden aan het geval waarin de stoornis zelf naar zijn aard niet te behandelen is, terwijl wel een therapie bestaat (bijvoorbeeld in de vorm medicatie) die eraan kan bijdragen dat de betrokkene geen gevaar meer vormt voor zichzelf of anderen.

### **3. Rechtsbescherming bij dwangbehandeling**

De leden van de verschillende fracties vroegen aandacht voor de rechtsbescherming van de gedetineerde, ter beschikking gestelde of jeugdige die een dwangbehandeling moet ondergaan. De rechtsbescherming vormt een belangrijk aspect van dit wetsvoorstel. Het toepassen van dwangbehandeling is ingrijpend en dient met voldoende waarborgen omkleed te zijn. Alvorens ik toekom aan de beantwoording van de verschillende vragen betreffende de rechtsbescherming, zou ik graag van deze gelegenheid gebruik willen maken om het stelsel van rechtsbescherming bij dwangbehandeling uiteen te zetten. Ik beoog daarmee een kader te schetsen voor de beantwoording van de door de leden van Uw Kamer gestelde vragen.

Uitgangspunten bij de toepassing van dwangbehandeling zijn doelmatigheid, subsidiariteit en proportionaliteit. Deze uitgangspunten werken door in zowel dit wetsvoorstel als de AMvB die ter uitvoering van dit wetsvoorstel wordt opgesteld.

Voor de procedure van rechtsbescherming moet een onderscheid worden gemaakt tussen de a-dwangbehandeling (artikelen 16c, onder a, Bvt, 41d, onder a, Pbw en 51d, onder a, Bjj) en de b-dwangbehandeling (artikelen 16c, onder b, Bvt, 41d, onder b, Pbw en 51d, onder b, Bjj).

Bij de a-dwangbehandeling gaat het om de situatie waarin het aanneemelijk is dat zonder behandeling het gevaar dat de stoornis van geestvermogens doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. De a-dwangbehandeling heeft daarmee een minder acuut karakter dan de b-dwangbehandeling die ziet op de situatie waarin

behandeling volstrekt noodzakelijk is om gevaar binnen de inrichting af te wenden. De a-dwangbehandeling is daarmee ook verstrekkender. Niettegenstaande de eisen van gevaar, noodzakelijkheid, subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid, wordt ingegrepen zonder dat sprake is van acute nood. Dit betekent dat in de procedure voor de a-dwangbehandeling is voorzien in een aantal extra waarborgen ten opzichte van de procedure voor de b-dwangbehandeling.

Bij de procedure voor b-dwangbehandeling is aangesloten op de procedure zoals die geldt onder de Wet bopz. In verband met de eigen kenmerken van de justitiële setting is bovendien gekeken naar de procedure die geldt ingeval van een gedwongen geneeskundige handeling, een vorm van dwangbehandeling die reeds bestond onder de beginselenwetten. Die procedure van rechtsbescherming komt in belangrijke mate overeen met de rechtsbeschermingsprocedure onder de Wet bopz.

Enkel de directeur respectievelijk het hoofd van de inrichting is bevoegd tot het nemen van een beslissing tot dwangbehandeling. Hij kan deze bevoegdheid niet overdragen. De directeur kan slechts beslissen tot dwangbehandeling indien dit naar het oordeel van een arts volstrekt noodzakelijk is. Alvorens hij de beslissing tot dwangbehandeling neemt, hoort de directeur de betrokkene. De betrokkene ontvangt een schriftelijke mededeling van de beslissing. Bovendien wordt de beslissing gemeld bij de Minister van Veiligheid en Justitie, de commissie van toezicht en de Inspectie voor de gezondheidszorg. De directeur stuurt met de melding een afschrift van de beslissing mee waarin hij onder andere vermeldt welk gevaar van de betrokkene uitgaat, welke minder bezwarende middelen zijn aangewend om dit gevaar weg te nemen en of de betrokkene in staat kan worden geacht gebruik te kunnen maken van zijn beklag- en beroepsrecht.

Uit de algemeen toezichthoudende taak van de commissie van toezicht vloeit voort dat de commissie de beslissing zal onderzoeken, zeker wanneer de betrokkene niet in staat kan worden geacht gebruik te maken van zijn beklag- en beroepsrecht. De inspecteur voor de gezondheidszorg zal, overeenkomstig artikel 38c, zevende lid, van de Wet bopz, onderzoek doen naar iedere (beslissing tot) dwangbehandeling.

Wanneer de betrokkene het oneens is met de beslissing tot dwangbehandeling kan hij daartegen een klacht indienen bij de beklagcommissie van de commissie van toezicht. Hij kan zich laten bijstaan door een raadsman of vertrouwenspersoon. Eventueel kunnen ook de curator, mentor of, indien de betrokkene minderjarig is, diens ouders of voogd het beklag indienen. Tegen de beslissing van de beklagcommissie staat beroep open bij de Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ). Zowel bij het indienen van het beklag als bij het beroep kan schorsing van de tenuitvoerlegging van de beslissing worden verzocht bij de voorzitter van de beroepscommissie van de RSJ.

Ingeval van a-dwangbehandeling gelden een aantal extra procedurele waarborgen. De directeur kan de beslissing tot dwangbehandeling slechts nemen op basis van de verklaringen van twee psychiaters. Niet alleen een genomen beslissing, maar ook het voornemen tot een beslissing moet gemeld worden. Het voornemen moet gemeld worden aan de raadsman, curator, mentor en ingeval van een minderjarige aan de ouders of voogd van de betrokkene. Deze personen kunnen op dat moment hun bezwaren tegen de beslissing kenbaar maken. Het voornemen tot de beslissing wordt ook gemeld aan de voorzitter van de commissie van toezicht, die de maandcommissaris inschakelt. De maandcommissaris zal de betrokkene direct bezoeken en ondersteunen. De directeur neemt de bezwaren die tegen het voornemen worden aangevoerd op in het afschrift van de beslissing dat hij zendt aan de Minister van Veiligheid en Justitie, de commissie van toezicht en de Inspectie voor de gezondheidszorg. Anders

dan bij de b-dwangbehandeling, kan bij de a-dwangbehandeling rechtstreeks beroep worden ingesteld bij de RSJ. De betrokkene hoeft niet eerst beklag in te stellen bij de commissie van toezicht. Hiervoor zijn verschillende redenen aan te wijzen. In de eerste plaats kan direct een beroep gedaan worden op een onafhankelijke rechterlijke instantie. Daarnaast blijkt uit bovenstaande dat de commissie van toezicht reeds in de beslisfase direct betrokken wordt bij de procedure. De commissie van toezicht wordt van een (voorgenomen) beslissing op de hoogte gesteld, waardoor zij direct een onderzoek kan instellen en bezwaren kenbaar kan maken. Daarnaast ondersteunt de maandcommissaris de betrokkene. De betrokkene eerst beklag in te laten dienen bij de commissie van toezicht alvorens hij in beroep kan gaan, zou hierdoor een formaliteit zijn geworden en zou bovendien leiden tot onnodige vertraging voordat een rechterlijk oordeel kan worden verkregen.

De leden van de **VVD**-fractie vroegen naar het moment en de manier waarop de betrokkene zijn bezwaar tegen dwangbehandeling kenbaar kan maken en naar de schorsende werking van het beklag en beroep. Zij vroegen hoe en op welk moment schorsende werking kan worden gerealiseerd en hoeveel tijd het kost om een beslissing op een schorsingsverzoek te krijgen. Ik zal deze vragen hieronder in onderlinge samenhang beantwoorden.

De betrokkene ontvangt altijd een schriftelijke mededeling van de door het hoofd of de directeur van de inrichting genomen beslissing (artikelen 54 Bvt, 58 Pbw en 62 Bjj). Bij de a-dwangbehandeling kan de betrokkene vervolgens binnen zeven dagen beroep instellen tegen deze beslissing bij de RSJ. Het beroep wordt ingesteld door het indienen van een beroepschrift. Tegelijk met de indiening van het beroepschrift kan de betrokkene verzoeken om de schorsing van de tenuitvoerlegging van de beslissing. Bij de b-dwangbehandeling kan de betrokkene binnen zeven dagen na de schriftelijke mededeling van de directeur in beklag bij de beklagcommissie van de commissie van toezicht. Hij doet dit door middel van indiening van een klaagschrift. Tegelijkertijd met het indienen van zijn klaagschrift kan de betrokkene bij de voorzitter van de beroepscommissie van de RSJ verzoeken om schorsing van de tenuitvoerlegging van de beslissing. Tegen de uitspraak op het beklag kan de betrokkene binnen zeven dagen in beroep bij de beroepscommissie van de RSJ.

De beslissing op het schorsingsverzoek kan worden vergeleken met een voorziening in kort geding. De RSJ geeft zo spoedig mogelijk – veelal binnen achtenveertig uur – een uitspraak op het schorsingverzoek. De leden van de VVD-fractie vroegen of de RSJ iedere dwangbehandeling achteraf zal toetsen. Dit is – evenals bij de dwangbehandeling op grond van de Wet bopz – niet het geval. De RSJ beoordeelt slechts de beroepen die door de justitiabelen worden ingesteld. De rechterlijke toets vormt hiermee een stok achter de deur. Net als onder de Wet bopz wordt de dwangbehandeling wordt wel achteraf onderzocht door de Inspectie voor de gezondheidszorg (vgl. artikel 38c, zevende lid, van de Wet bopz). Dit zal worden bepaald in de AMvB ter uitvoering van dit besluit. Ook zal de commissie van toezicht vanuit haar toezichthoudende taak de beslissingen tot dwangbehandeling beoordelen.

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen naar de rol van de maandcommissaris. Zij vroegen hoe zichtbaar hij is voor gedetineerden en of een gedetineerde die het oneens is met de beslissing van de directeur zich daadwerkelijk tot de maandcommissaris kan wenden.

Alle penitentiaire inrichtingen, tbs- en justitiële jeugdinrichtingen kennen de figuur van de maandcommissaris. De positie van de maandcommissaris is wettelijk vastgelegd in de beginselenwetten. In het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt), de Penitentiaire maatregel

(Pm) en het Reglement justitiële jeugdinrichtingen (Rjj) worden nadere regels gegeven voor de invulling van zijn taak. Iedere justitiabele kent de maandcommissaris en is vrij om spreek- en klachtenbriefjes bij hem in te dienen. De maandcommissaris gaat bij de justitiabelen langs en houdt in ieder geval één (in een justitiële jeugdinrichting en tbs-inrichting: twee) keer per maand een spreekuur. In de praktijk komt de maandcommissaris in alle drie de sectoren twee maal per maand in de inrichting. Veelal komt hij zelfs een keer per week, afhankelijk van het aantal verzoeken (spreekbriefjes) dat wordt ingediend. Het spreekuur van de maandcommissaris wordt tijdig bekendgemaakt en de justitiabele kan door het invullen van een spreekbriefje te kennen geven dat hij de maandcommissaris wil spreken. Elke klacht wordt door de maandcommissaris bekeken en hij zal veelal proberen te bemiddelen tussen de directeur en de betrokkene. Bovendien zal (de voorzitter van de) commissie van toezicht op de hoogte worden gesteld van iedere beslissing van de directeur tot dwangbehandeling en in geval van a-dwangbehandeling ook al van het voornemen daartoe. De voorzitter van de commissie van toezicht zal de maandcommissaris inschakelen die de justitiabele zal bezoeken.

De leden van de PvdA-fractie vroegen welke voorzieningen er zijn voor justitiabelen om – voordat er sprake is van het eventueel indienen van een klacht – bezwaar te maken tegen de voorgenomen dwangbehandeling. De directeur dient de betrokkene te horen alvorens de beslissing tot dwangbehandeling te nemen. Op dat moment kan de betrokkene zijn bezwaren kenbaar maken. Bovendien kan de betrokkene zich wenden tot de commissie van toezicht (de maandcommissaris) met een verzoek te bemiddelen. Die kan daartoe ook zonder verzoek overgaan. Binnen de justitiële jeugdinrichting kunnen ook de ouders, stiefouders, pleegouders of voogd de maandcommissaris verzoeken tot bemiddeling. Indien toch wordt besloten tot b-dwangbehandeling kan de gedetineerde zich wenden tot de beklagcommissie van de commissie van toezicht en daarna de beroepscommissie bij de RSJ. Ingeval van a-dwangbehandeling kan rechtstreeks beroep worden ingesteld bij de beroepscommissie van de RSJ. Tegelijk met de indiening van het beklag- of beroepschrift kan een verzoek tot schorsing van de tenuitvoerlegging van de beslissing worden gedaan.

De leden van de **CDA**-fractie vroegen naar de mogelijkheden voor de betrokkene om een reeds ingezette dwangbehandeling te doen stoppen. Deze leden vroegen of ook tegen de beslissing tot voortzetting van de dwangbehandeling kan worden opgekomen. De beslissing tot voortzetting van de dwangbehandeling geldt als een nieuwe beslissing van de directeur. Dit betekent dat de directeur de betrokkene moet horen alvorens de beslissing te nemen en dat de gedetineerde in beklag en beroep tegen deze beslissing kan gaan. Ik merk daarbij op dat een van de uitgangspunten bij de dwangbehandeling dat deze niet langer duurt dan noodzakelijk is. Dit betekent ook dat er (door de behandelaars) voortdurend wordt gezocht naar alternatieven voor de dwangbehandeling en dat er voortdurend naar wordt gestreefd alsnog tot overeenstemming te komen met de betrokkene. Het is daarbij niet onwaarschijnlijk dat een betrokkene die in eerste instantie geen ziektebesef en -inzicht heeft dit na bijvoorbeeld toediening van medicatie wel krijgt en als gevolg daarvan alsnog instemt met verdere behandeling. De dwangbehandeling wordt dan gestopt en wordt omgezet in een vrijwillige behandeling.

Zowel de leden van de **SP-fractie** als de leden van de **GroenLinks**-fractie stelden een aantal vragen die betrekking hebben op waarom is afgezien van een rechterlijke toets vooraf. Ik dank deze leden voor de

geboden mogelijkheid dit nader toe te lichten. De gestelde vragen beantwoord ik als volgt.

Ook voor wat betreft de rechtsbescherming bij de toepassing van dwangbehandeling is aangesloten bij de rechtsbeschermingprocedure van de Wet bopz. Het gaat hier enkel om harmonisatie van de rechtsbescherming; financiële of capaciteitsargumenten hebben geen rol gespeeld.

Ingeval van vrijheidsbeneming dient toegang tot de rechter open te staan (zie artikel 15 Grondwet en artikel 5, eerste lid, onder e, EVRM; vgl. EHRM 24 oktober 1979, NJ 1980, 114 (Winterwerp t. Nederland), r.o. 53 e.v.).

Onder de Wet bopz is hieraan invulling gegeven door te bepalen dat voor een gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis (een vorm van vrijheidsbeneming) een rechterlijke machtiging nodig is. De rechter toetst of de opname de enige manier is om het gevaar dat van de betrokkene uitgaat weg te nemen. Hij spreekt zich dus niet uit over de stoornis in relatie tot de noodzaak tot behandeling daarvan, maar over de noodzaak tot opname. Over de invulling van de behandeling en de eventuele toepassing van dwangbehandeling wordt vervolgens beslist door de behandelaar (zie artikel 38c, tweede lid, Wet bopz). De geneesheer-directeur beslist over de verlenging van de dwangbehandeling. Op grond van artikel 41 Wet bopz kan derhalve achteraf een klacht over deze beslissingen worden ingediend bij een klachtcommissie. Wanneer niet tegemoet wordt gekomen aan de klacht, is beroep mogelijk bij de rechter. De procedure zoals voorgesteld in dit wetsvoorstel is op dezelfde manier ingericht. Over de vrijheidsbeneming wordt beslist door de (straf)rechter. De beslissing tot dwangbehandeling en de voortzetting van die behandeling wordt genomen door de directeur op basis van het oordeel van één (b-dwangbehandeling) dan wel twee (a-dwangbehandeling) psychiaters. Tegen de beslissing staat vervolgens ofwel beklag open bij commissie van toezicht (b-dwangbehandeling) ofwel rechtstreeks beroep open bij de RSJ (a-dwangbehandeling). Tegelijkertijd met het beklag of beroep kan schorsing van de tenuitvoerlegging van de dwangbehandeling worden verzocht.

Zoals reeds opgemerkt wordt met bovenstaande regeling aangesloten op de rechtsbescherming onder de Wet bopz. Evenals onder de Wet bopz kan de betrokkene zich laten bijstaan door een raadsman of vertrouwenspersoon. Dit is vastgelegd in de beginselenwetten.

Uit bovenstaande blijkt dat het zogenaamde beginsel van gelijkwaardigheid van zorg ook op de rechtsbeschermingprocedure wordt toegepast. Ik hoop dat ik de leden van de SP-fractie op dit punt gerust heb kunnen stellen. Bovendien worden ook een aantal extra waarborgen opgenomen ten opzichte van de Wet bopz, zoals meldplicht ten aanzien van de commissie van toezicht. Voor de a-dwangbehandeling geldt bovendien dat een tweede psychiater moet worden geraadpleegd en dat rechtstreeks beroep kan worden ingesteld tegen de beslissing tot dwangbehandeling bij de beroepscommissie van de RSJ.

De voorgestelde procedure is niet alleen analoog aan de procedure van de Wet bopz, maar vertoont ook grote overeenkomsten met de rechtsprocedure zoals die thans geldt onder de beginselenwetten. Ik acht deze procedure met voldoende waarborgen omkleed. Dit blijkt ook uit de beklag- en beroepspraktijk rondom de beslissing tot de gedwongen geneeskundige handeling, een vorm van onvrijwillige behandeling die reeds mogelijk is onder de beginselenwetten. Die praktijk laat zien dat de beklag- en beroepsgang wordt gevolgd, dat de rechtsbescherming werkt en dat zich jurisprudentie ontwikkelt.

De regeling van het beklag- en beroepsrecht, zo beantwoord ik een volgende vraag van de leden van de SP-fractie, is opgenomen in de beginselenwetten. De reden hiervoor is dat de rechtspositie en rechtsbescherming van gedetineerden, ter beschikking gestelden en jeugdigen in

die wetten is geregeld. In verband met de kenbaarheid acht ik het wenselijk alle bepalingen omtrent de rechtspositie en rechtsbescherming van gedetineerden, ter beschikking gestelden respectievelijk jeugdigen bij elkaar te plaatsen.

De leden van de SP-fractie vroegen of niet bepaald moet worden dat een rechter altijd deel uitmaakt van de beklagcommissie van de commissie van toezicht.

Alleen bij de beslissing tot b-dwangbehandeling zal de betrokkene in beklag gaan bij de beklagcommissie van de commissie van toezicht. Zoals reeds eerder opgemerkt gaat het bij deze b-dwangbehandeling om een geneeskundige behandeling tegen de wil van de betrokkene in verband met een acute (nood)situatie. In die zin is deze vorm van dwangbehandeling vergelijkbaar met de gedwongen geneeskundige handeling, waarover de beklagcommissie zich onder de bestaande wetgeving al buigt. Die praktijk laat zien dat de beklagcommissie is toegerust om het beklag te behandelen. In Rvt, de Pm en het Rjj is vastgelegd dat wanneer de beklagcommissie zitting zoveel mogelijk een met rechtspraak belast lid van de rechterlijke macht als voorzitter optreedt. Bovendien staat tegen de beslissing van de beklagcommissie beroep open bij de beroepscommissie van de RSJ.

Bij de beslissing tot a-dwangbehandeling kan rechtstreeks beroep worden ingesteld bij de RSJ en hoeft niet eerst beklag bij de commissie van toezicht worden ingesteld.

De leden van de SP-fractie vroegen mij nader te onderbouwen waarom er niet voor wordt gekozen in de justitiële inrichtingen een patiëntenvertrouwenspersoon aan te stellen.

Een patiëntenvertrouwenspersoon is een persoon die in een psychiatrisch ziekenhuis werkzaam is om, onafhankelijk van het bestuur en de personen in dienst van het ziekenhuis, patiënten op hun verzoek advies en bijstand in aangelegenheden samenhangend met hun opname en verblijf in het ziekenhuis te geven (zie artikel 1, eerste lid, onder m, Wet bopz). In feite vervult de maandcommissaris die functie binnen justitiële inrichtingen. Er is enkel sprake van een andere benaming. Ik zal dit verder toelichten.

De maandcommissaris is lid van de commissie van toezicht. Een van de taken van de commissie van toezicht is het kennis nemen van door de justitiabelen naar voren gebrachte grieven en zonodig tussen de betrokkene en het hoofd respectievelijk de directeur te bemiddelen. De maandcommissaris is verantwoordelijk voor het persoonlijk contact met de verpleegden, gedetineerden of jeugdigen en stelt zich regelmatig op de hoogte van de onder hen levende wensen en gevoelens. Hij bezoekt hen en houdt ten minste eenmaal (in tbs- en jeugdinrichtingen: tweemaal) per maand een spreekuur. De taak van de maandcommissaris komt dus overeen met de taak van de patiëntenvertrouwenspersoon.

De leden van de commissie van toezicht – en dus ook de maandcommissaris – hebben bovendien dezelfde rechten als de patiëntenvertrouwenspersoon. Zij hebben toegang tot alle plaatsen in de inrichting en alle plaatsen waar verpleegden, gedetineerden en jeugdigen danwel patiënten verblijven, aan hen worden alle gewenste inlichtingen verstrekt en het hoofd of de directeur is verplicht hen alle voor de uitoefening van de taak belangrijke feiten en omstandigheden ter kennis te brengen (zie de Rvt, PM en Rjj respectievelijk het Besluit patiëntenvertrouwenspersoon bopz). Het aanstellen van een patiëntenvertrouwenspersoon in justitiële inrichtingen, terwijl er een grote overlap is met de taken en bevoegdheden van de maandcommissaris acht ik weinig zinvol. Bovendien acht ik het van belang dat de justitiabelen weten tot wie zij zich kunnen wenden en dat contacten over soortgelijke onderwerpen via één kanaal verlopen.

Ik antwoord op de vraag van de leden van de SP-fractie op welke wijze partner en familieleden bij de (beslissing tot dwang)behandeling worden betrokken dat is aangesloten bij artikel 38a van de Wet bopz. Aldaar wordt bepaald dat een behandelingsplan wordt opgesteld in overleg met de patiënt, tenzij die niet in staat wordt geacht tot een redelijke waardering van zijn belangen. Op dat moment wordt overlegd met zijn wettelijke vertegenwoordiger. Indien wordt overgegaan tot dwangbehandeling, is de geneesheer-directeur op grond van artikel 38c, zesde lid, Wet bopz verplicht tot kennisgeving aan de wettelijke vertegenwoordiger. Onder de beginselenwetten dient in eerste instantie overeenstemming met de betrokkene zelf te worden gezocht over een behandelingsplan. Indien de betrokkene onder curatele is gesteld of ten behoeve van hem een mentorschap is ingesteld, wordt ook overleg gepleegd met de curator of mentor. Indien de betrokkene de leeftijd van zestien jaar nog niet heeft bereikt, dient bovendien overeenstemming over het behandelingsplan te zijn met de ouders van de jeugdige. Het deel van het behandelingsplan waartegen de betrokkene en de eerder genoemde personen zich verzetten, kan slechts worden vastgesteld door een psychiater nadat een multidisciplinair overleg heeft plaatsgevonden. Ook zal worden overlegd met de ouders van de jeugdige. In het behandelingsplan zelf moet worden opgenomen op welke wijze rekening wordt gehouden met de wensen en voorkeuren van de betrokkene (en in het geval van een jeugdige met de wensen van diens ouders) en welke bezwaren de mentor, curator en ouders tegen de dwangbehandeling hebben aangevoerd. Vanuit het beginsel van gelijkwaardigheid van zorg is hier dus eenzelfde regeling als onder de Wet bopz gegeven. In dit verband is nog van belang dat de reguliere zorgwetgeving van toepassing is op de zorg binnen een justitiële setting. Dit betekent dat ook de hulpverlener die zorg verleent in een justitiële inrichting gehouden is de verplichtingen jegens de partner en familieleden van de betrokkene na te komen die hij heeft op grond van bijvoorbeeld de Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (artikel 7:446 e.v. BW) en de Wet cliëntenzorg (wetsvoorstel bij de Tweede Kamer aanhangig; Kamerstukken 32 402).

De vraag over de rechterlijke toetsing vooraf van de leden van de **GroenLinks**-fractie heb ik eerder in deze paragraaf beantwoord. In aanvulling op dat antwoord merk ik hier nog het volgende op. De rechter die beslist over de opname in een psychiatrisch ziekenhuis beoordeelt niet de noodzaak tot een behandeling, maar of de opname de enige manier is om het gevaar dat van de stoornis van de betrokkene uitgaat af te wenden. Hij oordeelt hierover op basis van een verklaring van een psychiater danwel de geneesheer-directeur. Ook bij de oplegging van de maatregel van terbeschikkingstelling wordt door de rechter niet zozeer beoordeeld of de betrokkene een behandeling nodig heeft, maar of de veiligheid van anderen danwel de algemene veiligheid van personen of goederen het opleggen van die maatregel eist (zie artikel 37a Wetboek van Strafrecht). De rechter kan bevelen dat de ter beschikking gestelde van overheidswege wordt verpleegd indien de veiligheid van anderen danwel de algemene veiligheid van personen of goederen de verpleging eisen (artikel 37b van het Wetboek van Strafrecht). Het gaat hier evenwel om een oordeel over de verpleging (gericht op bescherming en verzorging; zie het huidige artikel 1 onder t, Bvt), niet de behandeling (gericht op vermindering van het gevaar dat uit de stoornis voortvloeit; zie het huidige artikel 1 onder u, Bvt). De opname in het psychiatrisch ziekenhuis en de tenuitvoerlegging van de terbeschikkingstelling zullen vervolgens zoveel mogelijk dienstbaar worden gesteld aan de behandeling van de betrokkene, maar dit is in hoofdzaak niet waarover de rechter beslist.

Ook gedetineerde en jeugdigen kunnen in voorkomende gevallen zorg behoeven in verband met hun geestelijke gezondheidstoestand. Vanuit een oogpunt van gelijkwaardigheid van zorg moet hen deze zorg niet onthouden worden indien zij die zorg buiten een justitiële setting wel zouden ontvangen. Dit wetsvoorstel voorziet in materiële waarborgen en een zorgvuldige procedure om in die gevallen over te gaan tot in de eerste plaats vrijwillige behandeling. Indien het gedrag van de gedetineerde of jeugdige dat een gevolg is van de psychische stoornis gevaar doet veroorzaken, kan indien aan alle vereisten daarvoor is voldaan als laatste redmiddel worden besloten tot dwangbehandeling.

Ik bevestig de leden van de GroenLinks-fractie dat schorsende werking niet automatisch wordt verleend, maar dat de betrokkene gelijktijdig met het indienen van zijn beklag- of beroepsschrift daartoe een verzoek kan doen. Deze leden vroegen of schorsende werking ook daadwerkelijk zal worden verleend. Zij vroegen hoe dit op het moment is bij de gedwongen geneeskundige handeling.

Over hoe vaak schorsende werking (ingeval van een beslissing tot gedwongen geneeskundige handeling) wordt toegekend, zijn geen cijfers bekend. Uit de jurisprudentie van de RSJ blijkt dat een verzoek tot schorsing van de tenuitvoerlegging van met name een beslissing tot gedwongen geneeskundige handeling, afzondering of separatie regelmatig voorkomt en dat dergelijke verzoeken worden toegewezen wanneer niet aan inhoudelijke of procedurele eisen is voldaan. Zie bijvoorbeeld de uitspraak van 30 maart 2007 (RSJ 07/0597/STA), waarin de voorzitter besliste tot schorsing van de tenuitvoerlegging van de beslissing tot het toedienen van dwangmedicatie omdat zijn voorlopig oordeel was dat geen sprake was van een ernstig gevaar voor de gezondheid of veiligheid van de betrokkene zelf of van anderen.

#### **4. Beslissing (tot verlenging) dwangbehandeling door hoofd inrichting**

Bij a-dwangbehandeling neemt de directeur respectievelijk het hoofd van de inrichting de beslissing daartoe op grond van de verklaring van de behandelend psychiater alsmede op grond van een verklaring van een tweede psychiater.

De leden van de **VVD**-fractie vroegen hoe gewaarborgd wordt dat deze tweede psychiater werkelijk onafhankelijk is en of de eis wordt gesteld dat deze psychiater in het geheel geen werkzaamheden verricht binnen de instelling waar de betrokkene verblijft.

Het stellen van deze laatste eis acht ik niet wenselijk omdat er slechts een relatief beperkt aantal psychiaters beschikbaar is dat in of voor justitiële instellingen werkt. Vereisen dat de tweede psychiater niet eerder in een instelling werkzaam is geweest, zou betekenen dat het aantal psychiaters dat kan worden geraadpleegd nog kleiner wordt. Het zou betekenen dat een psychiater die eenmaal heeft geadviseerd over een dwangbehandeling, nooit meer door de inrichting gevraagd kan worden een andere betrokkene te onderzoeken. Bovendien acht ik een dergelijke eis ook niet nodig omdat aangenomen mag worden dat iedere psychiater vanuit zijn medische professionaliteit onafhankelijk naar een patiënt zal kijken.

Niettemin is wel bepaald dat de tweede psychiater niet bij de behandeling betrokken mag zijn van degene die hij met het oog op een advies omtrent de toepassing van dwangbehandeling onderzoekt. De psychiater mag geen onderdeel uitmaken van het behandelteam van betrokkene. Hierdoor wordt gewaarborgd dat de psychiater ook niet onbewust bevooroordeeld is ten aanzien van de betrokkene.

De leden van de VVD-fractie vroegen naar de beslissing tot voortzetting van de a-dwangbehandeling. Deze leden vroegen aandacht voor de

waarborgen rondom deze beslissing. De leden van de VVD-fractie vroegen voor welke termijn een beslissing tot voortzetting van dwangbehandeling kan worden genomen, hoe vaak deze beslissing kan worden genomen en of de directeur voor de beslissing tot verlenging een psychiater moet raadplegen. Ook de leden van de **GroenLinks**-fractie stelden deze laatste vraag.

De beslissing tot het verrichten van dwangbehandeling op grond van het feit dat aannemelijk is dat het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de betrokkene doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen (a-dwangbehandeling) is van een ingrijpendere aard dan de beslissing tot het verrichten van een dwangbehandeling in verband met een acute (nood)situatie (b-dwangbehandeling en gedwongen geneeskundige behandeling). Dit betekent dat voor de a-dwangbehandeling is voorzien in een aantal extra waarborgen. De beslissing tot de a-dwangbehandeling kan slechts worden genomen door de directeur respectievelijk het hoofd van de inrichting op grond een verklaring van de behandelend psychiater en een tweede verklaring van een onafhankelijke psychiater. De dwangbehandeling kan in eerste instantie – overeenkomstig de Wet bopz – slechts voor een termijn van drie maanden worden verricht. De reden voor deze termijn is dat een moment moet worden ingebouwd waarop getoetst wordt of de behandeling daadwerkelijk het beoogde effect – het wegnemen van het gevaar binnen een redelijke termijn – heeft. In beginsel wordt ernaar gestreefd binnen die drie maanden over te gaan tot vrijwillige behandeling. Indien de termijn van drie maanden te kort blijkt te zijn om het gevaar weg te nemen, moet dwangbehandeling ook na de periode mogelijk zijn. Vandaar dat de mogelijkheid is opgenomen een beslissing tot voortzetting van de dwangbehandeling te nemen. Deze beslissing moet opnieuw door de directeur respectievelijk het hoofd worden genomen. Dit geldt eveneens voor een dwangbehandeling die niet aansluitend aan de eerste periode wordt voortgezet, maar die na een onderbreking van ten hoogste zes maanden wordt aangevangen.

Voor de beslissing tot voortzetting van de dwangbehandeling geldt een zwaardere motiveringseis dan voor de beslissing tot aanvang van de dwangbehandeling. Uiteraard moet in eerste instantie opnieuw voldaan worden aan de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid. Daarnaast moet de motivering steeds sterker en specifieker zijn. Uitdrukkelijk onderbouwd moet worden waarom alsnog het beoogde effect van de behandeling wordt verwacht, terwijl dat effect tot op dat moment nog onvoldoende bereikt is. Ook hier zal met standaardmotiveringen dan ook niet kunnen worden volstaan.

Het hoofd of de directeur zal ter onderbouwing van zijn beslissing dus wel contact moeten opnemen met een psychiater. Een verklaring van een psychiater dat van de voortgezette behandeling nog het beoogde effect kan worden verwacht is noodzakelijk om een beslissing tot voortzetting voldoende te kunnen motiveren. Er moet sinds de start van de behandeling progressie in de toestand van de verdachte te zien zijn geweest. Derhalve zijn ook uitkomsten van het structurele multidisciplinaire overleg van belang voor de onderbouwing van de beslissing. Om te waarborgen dat daadwerkelijk een psychiater geraadpleegd wordt en dat daadwerkelijk rekening wordt gehouden met de uitkomsten van het multidisciplinaire overleg, worden deze eisen in het Rvt, de Pm en de Rjj opgenomen. Omdat het doel van de termijn is een toetsingsmoment in te bouwen – terwijl in een eerdere fase reeds zeer zorgvuldig is vastgesteld dat dwangbehandeling noodzakelijk is – is het niet altijd noodzakelijk ook nog een verklaring van een tweede psychiater ter onderbouwing van de beslissing te overleggen. Deze eis is daarom voor deze beslissing niet vastgelegd. Dit neemt niet weg dat een verklaring van een tweede psychiater in sommige gevallen niettemin wenselijk kan zijn.

Aangenomen kan worden dat de voortzetting van de behandeling vooral in die gevallen zal plaatsvinden waarin ook het behandelingsplan zal worden aangepast of waarin reeds stappen in de goede richting zijn gezet, maar het gevaar nog niet voldoende is weggenomen.

De voortzetting van de dwangbehandeling kan iedere keer slechts drie maanden bedragen. Alsdan is een nieuwe beslissing tot voortzetting vereist. Omdat sprake is van zeer verschillende personen en stoornissen, valt niet vooraf te voorspellen hoe vaak een nieuwe beslissing nodig zal zijn. Daarom bevat het wetsvoorstel – evenals de Wet bopz – geen aanduiding van het aantal malen dat de dwangbehandeling kan worden verlengd. De zwaardere motiveringseis brengt niettemin mee dat het aantal beslissingen tot voortzetting van de dwangbehandeling beperkt zal zijn. Als een dwangbehandeling die al geruime tijd voortduurt het doel van de behandeling niet heeft weten te bewerkstelligen, dan valt niet te verwachten dat de directeur nog aannemelijk kan maken dat dit met voortzetting van die behandeling wel het geval zal zijn.

De leden van de **PvdA**-fractie hebben aangegeven zich te kunnen vinden in de bepaling dat de beslissing tot dwangbehandeling is voorbehouden aan de directeur respectievelijk het hoofd van de inrichting. Zij vroegen op welke wijze gewaarborgd wordt dat de beslissing tot dwangbehandeling ook zorginhoudelijk wordt beoordeeld nu de directeur, anders dan de geneesheer-directeur en de behandelaar die de beslissing nemen onder de Wet bopz, geen zorginhoudelijke expertise heeft.

De directeur kan de beslissing tot a-dwangbehandeling slechts nemen op basis van een verklaring van de behandelend psychiater én een verklaring van een tweede psychiater. Uit beide verklaringen moet blijken dat de betrokkene gestoord is in zijn geestvermogens en dat dwangbehandeling noodzakelijk is. Twee psychiaters beoordelen in dit geval de dwangbehandeling dus zorginhoudelijk. Indien zij niet oordelen dat de dwangbehandeling noodzakelijk is, kan de directeur daartoe niet beslissen.

Een beslissing tot b-dwangbehandeling kan alleen worden genomen indien de behandeling naar het oordeel van een arts volstrekt noodzakelijk is. Is de arts dit oordeel niet toegedaan, dan kan niet worden besloten tot dwangbehandeling. Bovendien wordt in de AMvB vastgelegd dat de directeur respectievelijk het hoofd ook overleg moet plegen met de psychiater die de behandeling zal uitvoeren (vgl. de artikelen 33 Rvt, 21 Pbw en 48 Rjj). Ook in dit geval is dus gewaarborgd dat de noodzaak tot dwangbehandeling zorginhoudelijk goed beoordeeld is.

De behandelingsmiddelen die worden aangewend bij de dwangbehandeling maken deel uit van het behandelingsplan dat voorafgaande aan de beslissing tot dwangbehandeling is vastgesteld door een psychiater en dat wordt besproken in het multidisciplinaire overleg. Niet alleen de noodzaak tot dwangbehandeling, maar ook de inrichting van die behandeling wordt dus zorginhoudelijk beoordeeld.

Overigens wordt in de verschillende justitiële inrichtingen de functie van «geneesheer-directeur» wel altijd vervuld. In de ppc's wordt deze functie vervuld door de directeur Zorg en Behandeling en in het forensische en jeugdveld door de directeur Behandeling of de zogenaamde eerste geneeskundige.

Uit de voorgaande paragrafen blijkt reeds dat er twee gronden zijn voor dwangbehandeling. Ook de leden van de **GroenLinks**-fractie wezen hierop in het voorlopig verslag. Deze leden vroegen naar het onderscheid tussen die gronden en waarom voor de ene grond een aantal andere bepalingen geldt dan voor de andere.

Net als in de Wet bopz worden ook in dit wetsvoorstel twee gronden voor dwangbehandeling opgenomen. De eerste grond (a-dwangbehandeling) betreft de situatie waarin aannemelijk is dat zonder behandeling het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de betrokkene doet

veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. Deze grond komt erop neer dat de dwangbehandeling noodzakelijk moet zijn om te bewerkstelligen dat de betrokkene niet langer op een speciale zorgafdeling hoeft te verblijven, hetgeen in de weg staat aan zijn re-integratie en resocialisatie. Bij deze vorm van dwangbehandeling is er geen sprake van een acute (nood)situatie. Dit betekent dat er een aantal extra waarborgen is opgenomen ten aanzien van deze grond voor dwangbehandeling.

De tweede situatie waarin een dwangbehandeling (b-dwangbehandeling) mogelijk is, is de situatie waarin die behandeling volstrekt noodzakelijk is om het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de verpleegde binnen de inrichting doet veroorzaken af te wenden. Het gaat hier om een acute (nood)situatie. In zoverre is deze vorm van dwangbehandeling te vergelijken met de gedwongen geneeskundige handeling.

Bij de a-dwangbehandeling dient de noodzaak tot behandeling te worden vastgesteld door twee psychiaters, onder de b-dwangbehandeling door één arts. De uitwerking en de grootte van het gevaar is bij deze tweede grond in beginsel beter in te schatten, omdat het gevaar wordt beoordeeld op het moment en in de situatie waarin de betrokkene zich op dat moment bevindt. Bovendien is sprake van een acute situatie, waardoor een beoordeling door een tweede arts in voorkomende gevallen moeilijk kan worden afgewacht. Voor zover de geraadpleegde arts geen psychiater is, zal overleg worden gepleegd met een psychiater (vgl. artikel 33, tweede lid, Rvt, 22, tweede lid, PM en 48, tweede lid, Rjj). Daarbij benadruk ik dat de stoornis reeds ten tijde van het opstellen van het behandelingsplan door een psychiater is vastgesteld en dat daarbij ook de in te zetten behandelingsmiddelen zijn vastgesteld.

Bij de a-dwangbehandeling is er een toetsingsmoment na drie maanden. Zie hierover ook mijn antwoord op een eerdere vraag van de leden van de VVD-fractie naar de termijn van drie maanden. Een toetsingsmoment na drie maanden wordt bij de b-dwangbehandeling niet nodig geacht. Zodra het acute gevaar is afgewend (niet: weggenomen) zal de dwangbehandeling worden gestaakt. Dit betekent dat de b-dwangbehandeling over het algemeen korter zal zijn dan de a-dwangbehandeling. Overeenkomstig de procedure bij de gedwongen geneeskundige handeling zal de directeur respectievelijk het hoofd zodra de b-dwangbehandeling de duur van twee weken te boven gaat, verplicht zijn een adviescommissie bestaande uit ten minste een afdelingshoofd, een psychiater en een psycholoog in te stellen die om de twee weken advies uitbrengt over voortzetting van die behandeling.

In beide gevallen van dwangbehandeling geldt dat de psychische stoornis moet zijn vastgesteld door een psychiater en dat de behandelingsmiddelen moeten zijn opgenomen in het behandelingsplan. Het hoofd respectievelijk de directeur dient een schriftelijke beslissing tot a- of b-dwangbehandeling te nemen die voldoende onderbouwd is (vgl. de artikelen 16c, eerste lid, respectievelijk 54, eerste lid, Bvt). Ook geldt in beide situaties dat de directeur of het hoofd niet zomaar een beslissing kan nemen, maar altijd een of meer psychiaters moet raadplegen. Bovendien zijn in beide gevallen meldingsplichten en kan in beide gevallen worden opgekomen tegen de beslissing door de betrokkene. De waarborgen zijn dus, zo beantwoord ik een daartoe strekkende vraag van de leden van de GroenLinks-fractie, in grote mate gelijk en wijken slechts af voor zover dit direct voortvloeit uit het verschil tussen de twee gronden. De vragen van de leden van de GroenLinks-fractie naar de beslissing tot voortzetting van de dwangbehandeling heb ik hierboven in deze paragraaf reeds beantwoord.

## 5. Voldoende psychiatrische expertise

De leden van de **PvdA**-fractie hadden een aantal vragen over de zorginhoudelijke eisen waaraan de afdelingen waar dwangbehandeling wordt verricht moeten voldoen. Ook de leden van de **SP**-fractie hadden hierover een aantal vragen. Terecht hebben deze leden niet alleen aandacht voor de juridische, maar ook voor de praktische kanten van dit wetsvoorstel. Niet alleen dwangbehandeling, maar alle geneeskundige behandelingen mogen slechts worden uitgevoerd indien aan de (praktische) randvoorwaarden daarvoor wordt voldaan.

De leden van de **PvdA**-fractie vroegen welke waarborgen er zijn dat er gedurende het totale behandeltraject voldoende psychiatrische expertise aanwezig is. Zij vroegen wanneer er sprake is van voldoende verpleegkundigen en psychiaters.

In de **AMvB** die ter uitvoering van dit wetsvoorstel wordt opgesteld, wordt opgenomen dat op de speciale zorgafdelingen waar geneeskundige behandeling wordt verricht vierentwintig uur per dag zeven dagen per week voldoende verpleegkundig personeel aanwezig is. Daarnaast zal vierentwintig uur zeven dagen per week een psychiater beschikbaar zijn. Hoeveel verpleegkundigen en psychiaters aanwezig moeten zijn, kan niet in precieze aantallen worden uitgedrukt, omdat dit mede afhankelijk is van het aantal personen dat geneeskundige behandeling nodig heeft en de soort problematiek waarmee zij te kampen hebben.

Binnen het gevangeniswezen zijn vijf ppc's ingericht. De ppc's zijn bedoeld voor gedetineerden met psychische problematiek. Op deze afdelingen wordt een voorzieningenniveau nagestreefd dat gelijkwaardig is aan het voorzieningenniveau in de reguliere GGZ. De Inspectie voor de gezondheidszorg heeft vorig jaar een rapport over het functioneren van de ppc's uitgebracht. De Inspectie concludeert dat de ppc's voldoen aan de normen voor verantwoorde zorg.<sup>1</sup> Op alle vijf de ppc's, dus ook de ppc's in Zwolle en Maastricht, is het voorzieningenniveau zodanig dat daar geneeskundige behandeling kan worden verricht.

De **JJI De Hartelborgt** in Spijkenisse is de enige justitiële jeugdinstellingen waar voorlopig dwangbehandeling zal worden verricht. Aldaar zijn voldoende gedragsdeskundigen, psychiaters, psychologen, verpleegkundigen en huisartsen aanwezig. Voor tbs-klinieken (fpc's) geldt dat zij zijn ingericht op de behandeling van personen met een stoornis van de geestvermogens, zodat ook daar reeds voldoende psychiaters en verpleegkundigen aanwezig zijn.

De vraag van de leden van de **PvdA**-fractie of ook het gebouw en de omgeving voldoende zijn toegesneden op behandeling van mensen met een psychische stoornis beantwoord ik bevestigend. De hierboven genoemde locaties zijn ingericht met het oog op behandeling van personen met een psychische stoornis. Ook de omgeving in het gebouw is daarop ingericht.

Tot dwangbehandeling kan slechts worden overgegaan indien en nadat betrokkene is opgenomen op een speciale zorgafdeling, zo beantwoord ik een daartoe strekkende vraag van de leden van de **SP**-fractie. Dit volgt reeds uit dit wetsvoorstel. Een gedetineerde kan in verband met zijn geestelijke gezondheidstoestand worden (over)geplaatst naar een speciale zorgafdeling. Op dat moment moet een behandelingsplan worden opgesteld. Pas wanneer over dit behandelingsplan geen overeenstemming kan worden bereikt, kan indien aan de voorwaarden is voldaan als laatste redmiddel worden besloten tot dwangbehandeling.

De leden van de **SP**-fractie vroegen of een gedetineerde altijd onderzocht wordt door een psychiater wanneer er een signaal is dat de gedetineerde

<sup>1</sup> Kamerstukken II 2010/11, 24 587, nr. 434.

zorg behoeft. Ook vroegen deze leden of voldoende psychiaters beschikbaar zijn.

Elke gedetineerde wordt bij binnenkomst gescreend om te kijken of somatische en psychische zorg nodig zijn. Als er sprake is van (een vermoeden van) psychische problematiek dan wordt een gedetineerde doorgeleid naar het psychomedisch overleg (PMO). Dit is een multidisciplinair overleg waaraan een psycholoog, verpleegkundige, huisarts en psychiater deelnemen. Binnen het gevangeniswezen wordt het principe van «stepped care» toegepast. De inrichtingspsycholoog en/of de psychiater bezoekt de gedetineerde en verleent zo nodig basiszorg. In het PMO wordt vervolgens besproken of extra zorg noodzakelijk is. Is dit het geval dan kan ambulante zorg vanuit de GGZ worden ingeschakeld. Is intensievere zorg noodzakelijk dan kan de gedetineerde worden overgeplaatst naar een intramurale zorgsetting. Dat kan zijn binnen een (forensische) GGZ-instelling of in een ppc. Zowel a- als b-dwangbehandeling kan pas dan worden toegepast. De betrokken zal dan altijd door een psychiater wordt onderzocht.

Deze leden vroegen of er voldoende psychiaters beschikbaar zijn. Ik antwoord daarop dat voor het daadwerkelijk mogelijk maken van de verruiming van de dwangbehandeling de beschikbaarheid van voldoende psychiaters een eerste voorwaarde is. De dwangbehandeling wordt alleen toegepast indien aan deze voorwaarde is voldaan. Thans is dit het geval binnen de ppc's, de fpc's en de JJI De Hartelborgt in Spijkenisse. Er zijn psychiaters werkzaam binnen de inrichtingen. Zij zijn – voor zover zij niet in dienst zijn bij de inrichtingen – te werk gesteld door het NIFP en er zijn samenwerkingsverbanden met lokale GGZ-aanbieders die psychiatrische zorg en beschikbaarheidsdiensten voor psychiaters aanbieden.

## 6. Tot slot

De leden van de **CDA**-fractie vroegen naar de waarborgen om te voorkomen dat jeugdigen gedurende de dwangbehandeling medicijnen krijgen toegediend die op zichzelf of wat betreft de dosering schadelijk zijn voor minderjarigen.

Evenals de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport acht ik het bevorderen van kennis en inzicht over (de bijwerkingen van) het gebruik van medicijnen bij kinderen van groot belang. Mede namens de Minister van VWS beantwoord ik de vragen van de leden van de CDA-fractie als volgt.

Meer dan de helft van de medicijnen die worden toegediend aan kinderen, zijn niet specifiek getest voor dit gebruik. Hiervoor zijn twee redenen aan te wijzen. De eerste reden is van ethische aard. Het is niet eenvoudig te verantwoorden dat een geneesmiddel wordt getest op veiligheid en werkzaamheid op een kind, dat in principe nog niet voor zichzelf en zijn belangen kan opkomen. Daarnaast is er een financieel aspect. De populatie zieke kinderen is relatief klein, waardoor het voor bedrijven economisch minder interessant kan zijn om veel geld te investeren in het ontwikkelen medicijnen die geschikt zijn voor kinderen.

Om het testen van geneesmiddelen op geschiktheid voor kinderen te stimuleren en de kennis over toediening van medicijnen aan jeugdigen te stimuleren is sinds 2007 een Europese richtlijn (Guideline on conduct of pharmacovigilance for medicines used by paediatric population) van kracht die extra patentbescherming biedt indien het geneesmiddel ook op jeugdigen wordt getest.

Ook is op Europees niveau een verordening aangenomen aangaande geneesmiddelen voor pediatrisch gebruik en is er een Pediatrisch Comité opgericht.

Voorts worden door het College ter beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) na registratie van een geneesmiddel, voortdurend de bijwerkingen bijgehouden. De meldingen van bijwerkingen worden beschreven in een

periodiek veiligheidsrapport (Periodic Safety Update Report (PSUR)) samen met farmaco-epidemiologische onderzoeksgegevens en literatuuroverzichten. PSUR's worden op Europees niveau vergeleken en besproken. Ook is er afstemming met de Food en Drug Administration (FDA) en European Medicines Agency (EMA). Het CBG hecht veel belang aan de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen voor kinderen, aan meer onderzoek voor de toepassing van bestaande geneesmiddelen bij kinderen en aan het ontwikkelen van nieuwe farmaceutische vormen van bestaande geneesmiddelen ten behoeve van kinderen. Het CBG heeft zijn expertise op het gebied van de kindergeneeskunde verbreed en uitgebouwd. Hiertoe is samenwerking gezocht met een aantal vooraanstaande kinderartsen, apothekers en onderzoeksgroepen op het gebied van farmacotherapie bij kinderen in Nederland.

Indien in het kader van dwangbehandeling medicijnen worden gebruikt, worden bij of krachtens de beginselenwetten dezelfde criteria, waarborgen en registratie- en evaluatieverplichtingen opgelegd als nu bij of krachtens de Wet bopz wordt voorgeschreven. Ook moet de gewone zorgwet- en regelgeving en regelgeving op het gebied van medicatie in acht worden genomen. Bovendien moeten ook zorgverleners die werkzaam zijn binnen een justitiële setting zich houden aan de behandelrichtlijnen die zijn opgesteld door de beroepsgroep. In de behandelrichtlijnen moet een goede afweging worden gemaakt tussen de risico's en bijwerkingen van een behandeling ten opzichte van de baten daarvan. Het Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie verzamelt ervaringen van behandelaren en patiënten met psychofarmaca. Er wordt zorgvuldig bijgehouden wat er in de verschillende gevallen aan jongeren wordt voorgeschreven en wat de ervaringen daarmee zijn. Deze kennis wordt benut voor het opstellen van richtlijnen voor behandeling. Tot slot wordt in het hierboven beschreven systeem van geneesmiddelenbewaking voortdurend nagegaan of de werkzaamheid van het geneesmiddel opweegt tegen de risico's of bijwerkingen van het geneesmiddel. Deze afweging wordt door behandelaren ook in ieder individueel geval gemaakt. (Ernstige) bijwerkingen worden altijd gemeld door de beroepsbeoefenaars aan hun patiënten.

De regeling van plaatsing en overplaatsing van gedetineerden ten behoeve van de forensische zorg, is opgenomen in het wetsvoorstel Wfz dat aanhangig is bij de Tweede Kamer. Na de inwerkingtreding van dat wetsvoorstel zal de Minister van Veiligheid en Justitie bevoegd zijn te beslissen tot plaatsing van een gedetineerde in een penitentiair psychiatrisch centrum (ppc). Hij besluit hiertoe op basis van een indicatiestelling. Belast met de indicatiestelling worden, zo beantwoord ik de vraag van de leden van de **SP**-fractie, daartoe door de Minister aangewezen organisaties. Daarbij wordt zo veel mogelijk aangesloten bij kennis van de organisaties die thans de indicatiestelling verrichten. De indicatiestelling voor de forensisch psychiatrische zorg die voortvloeit uit rechterlijke uitspraken wordt thans, voor wat betreft de klinische zorg in de GGZ, verricht door het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP). De Reclasseringsorganisaties (Stichting verslavingsreclassering (SVG), Stichting Reclassering Nederland (SRN), Leger des Heils en Bureaus Jeugdzorg- Jeugdreclassering) verzorgen van oudsher de plaatsing voor ambulante zorg en beschermd wonen bij voorwaardelijke sancties. Binnen het gevangeniswezen indiceren in de huidige situatie de PMO's (psychomedisch overleg) voor forensische zorg binnen het gevangeniswezen die de gebruikelijke (basis)zorg te boven gaat. Tegen de beslissing tot (over)plaatsing naar een ppc kan, zo beantwoord ik een volgende vraag van deze leden, bezwaar bij de Minister van Veiligheid en Justitie en vervolgens beroep bij de RSJ worden ingesteld.

De leden van de SP-fractie hadden een vraag over de aansluiting van de PIJ-maatregel op een bijzondere opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Tussen de ketenpartners is afgesproken dat om een dergelijke overgang goed te doen verlopen aangifte zal worden gedaan van grensoverschrijdend (delict)gedrag dat tijdens de PIJ-periode heeft plaatsgevonden. Doel daarvan is het kunnen aantonen van het gevaar dat een voorwaarde is voor een rechterlijke machtiging tot bijzondere opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Deze leden vroegen of de zaken waarin de aangifte wordt gebruikt ter onderbouwing van een verzoek tot een (gedwongen) opname in een psychiatrisch ziekenhuis altijd zullen worden geseponneerd.

Waar een strafrechtelijk traject wordt ingezet, is het ter beoordeling van de behandelend officier van justitie of vervolging wordt ingesteld danwel of om een bopz-machtiging wordt verzocht. De ernst en de omstandigheden van het delict en de persoon van de verdachte, alsmede het gewenste vervolgetraject zullen bij deze afweging een rol spelen. Indien het gaat om een (relatief) licht delict en de invloed van de stoornis overduidelijk is, kan de officier voorrang geven aan zorg (een bopz-machtiging) boven straf (een vervolging). In sommige gevallen gaat het echter om een zodanig ernstig delict dat de officier strafrechtelijke vervolging noodzakelijk vindt, ook al vond het delict (mede) plaats onder invloed van een geestesstoornis. Er zal in dat geval wel rekening worden gehouden met de psychische toestand van de verdachte. In het kader van de vervolging kan plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis of tbs worden opgelegd. Na de inwerkingtreding van de Wfz kan de rechter bovendien toepassing geven aan de Wet bopz en een zorgmachtiging afgeven (zie het in het wetsvoorstel Wfz voorgestelde artikel 37 Wetboek van Strafrecht).

De leden van de **GroenLinks**-fractie vroegen naar de wijziging van artikel 509t van het Wetboek van Strafvordering (Sv), die bij nota van wijziging aan dit wetsvoorstel is toegevoegd. Ik ben deze leden erkentelijk dat zij mij daarmee in de gelegenheid stellen dit onderdeel van het wetsvoorstel nader toe te lichten.

Artikel 509t ziet op de vordering tot de verlenging van de tbs-maatregel. Het openbaar ministerie kan deze vordering instellen. Indien het dit niet doet eindigt de tbs door het tijdsverloop. Dit betekent dat het openbaar ministerie slechts om verlenging verzoekt, indien het van mening is dat de tbs niet beëindigd moet worden. Op grond van artikel 509o Sv worden bij de vordering een of meerdere adviezen overlegd. Indien de rechter tegen het advies van de adviserende instanties in de tbs beëindigd is sprake van een contraire beëindiging. De ter beschikking gestelde wordt diezelfde dag nog zonder begeleiding vrijgelaten.

De wijziging van artikel 509t Sv houdt in dat de rechtbank een tbs waarvan verlenging is gevraagd niet kan beëindigen wanneer de verpleging niet eerst minimaal een jaar voorwaardelijke beëindigd is geweest. Op de reden voor deze wijziging kom ik hieronder bij de beantwoording van de vragen van de leden van de GroenLinks-fractie nog terug.

Deze leden vroegen allereerst waarom de wijziging van artikel 509t Sv is toegevoegd aan dit wetsvoorstel.

Dit wetsvoorstel vindt zijn oorsprong in de aanbevelingen van de commissie Visser en staat in het teken van resocialisatie en het voorkomen van recidive en een betere aansluiting van zorg in strafrechtelijk kader op de reguliere geestelijke gezondheidszorg (hetgeen van belang is voor de nazorg). De reikwijdte van dit wetsvoorstel is dan ook breder dan het enkel mogelijk maken van dwangbehandeling.

De resocialisatie kan in het gedrang komen als een persoon met een gevaarveroorzakende psychiatrische aandoening gedurende de vrijheidsbenemende sanctie zonder behandeling blijft. Dat betekent dat soms tijdens het verblijf in een justitiële inrichting ook tegen de wil van betrokkene behandeling dient plaats te vinden, om verdere gezondheids-

schade te voorkomen en een verbetering van de stoornis en het functioneren te bereiken.

De resocialisatie kan ook in het gedrang komen als een persoon met een gevaarveroorzakende psychiatrische aandoening na een tbs met dwangverpleging zonder nazorg of forensisch psychiatrisch toezicht in de samenleving terugkeert. Dat betekent dat de dwangverpleging altijd eerst voorwaardelijk beëindigd wordt in de gevallen dat onvoldoende vaststaat dat een terugkeer in de samenleving zonder verdere nazorg of toezicht verantwoord is. Terecht wees de commissie Visser op het belang van geleidelijke overgangen in de fasen van een tbs-zorgtraject. Nazorg met aansluiting op de reguliere geestelijke gezondheidszorg en forensisch psychiatrisch toezicht verkleinen de risico's op recidive; abrupte overgangen vergroten de risico's op recidive. Met een voorwaardelijke beëindiging wordt het mogelijk waar nodig te voorzien in aansluitende zorg in de reguliere gezondheidszorg met forensisch psychiatrisch toezicht.

De wijziging van artikel 509t Sv hangt dus samen met zowel de aanleiding tot dit wetsvoorstel (de aanbevelingen van de commissie Visser), de doelstellingen van dit wetsvoorstel (resocialisatie, het voorkomen van recidive en een goede overgang tussen de zorg in justitiële setting naar de reguliere gezondheidszorg), als met de inhoud van dit wetsvoorstel (zorgverlening in verband gevaar dat wordt veroorzaakt door een psychiatrische stoornis). De nota van wijziging vormt daarmee geen ingrijpende wijziging van dit wetsvoorstel, zodat hierover geen advies aan de Afdeling advisering van de Raad van State hoeft te worden gevraagd. Bovendien leidt het voorgestelde artikel 509t Sv niet tot een ingrijpende wijziging van de praktijk. In de periode 2006 tot en met 2010 varieert het aantal contraire beëindigingen tussen de vierentwintig en zesendertig.<sup>1</sup> In 2011 waren er tweeëndertig contraire beëindigingen. Uit onderzoek van het WODC uit 2005 (onderzoeksrapport Contraire beëindiging van de tbs-maatregel, bijlage bij Kamerstukken II 2005/06, 29 452, nr. 38) blijkt dat wanneer er sprake is van een contraire beëindiging, er veelal sprake is van een «zwakke» contraire beëindiging. In dat geval wordt de tbs beëindigd, terwijl de adviserende instanties de verlenging als mogelijkheid, maar niet als noodzaak zien. De «sterke» contraire beëindigingen, waarbij de adviserende instantie aandringt op verlenging, maar de rechter toch beslist tot beëindiging van de tbs, komen maar zeer weinig voor. In de praktijk wordt over het algemeen de tbs slechts beëindigd wanneer de ter beschikking gestelde klaar is voor zijn terugkeer in de maatschappij. Niettemin acht ik die enkele gevallen van (contraire) beëindiging, indien daarbij geen periode van voorwaardelijke beëindiging in acht is of wordt genomen, onwenselijk, omdat dit betekent dat de ter beschikking gestelde diezelfde dag nog zonder begeleiding wordt vrijgelaten. Wanneer de terbeschikkingstelling wordt verlengd, maar tegelijkertijd de verpleging voorwaardelijk wordt beëindigd kan de ter beschikking gestelde zich onder toezicht van de reclassering weer in het maatschappelijk verkeer begeven. Dit betekent dat zijn terugkeer geleidelijk en goed voorbereid plaatsvindt, hetgeen het recidiverisico beperkt.

De leden van de GroenLinks fractie vroegen hoe vaak een tbs contrair wordt beëindigd, in hoeveel van die gevallen nog geen sprake was van voorwaardelijke beëindiging en in hoeveel gevallen niet alleen contrair het openbaar ministerie, maar ook contrair de deskundigen wordt beslist. Het openbaar ministerie verzoekt slechts om verlenging van de tbs-maatregel, indien het van mening is dat die niet beëindigd moet worden. Van een contraire beëindiging is dus sprake wanneer de tbs wordt beëindigd zowel tegen de wens van het openbaar ministerie als tegen het advies van de deskundigen in. In de periode 2006 tot en met 2010 varieert het aantal aan het schriftelijk advies van het hoofd van de forensische psychiatrische kliniek contraire beëindigingen tussen de vierentwintig en zesendertig.<sup>1</sup> In 2011 waren er tweeëndertig contraire

---

<sup>1</sup> Zie de brochure Forensische Zorg in getal 2006–2010 van mei 2011 van DJI, p. 30.

beëindigingen. In hoeveel gevallen eerder een voorwaardelijke beëindiging van de verpleging was toegekend voordat contrair werd beëindigd, is niet uit de cijfers af te leiden. Dit wetsvoorstel verandert voor die gevallen echter niets. Bepaald wordt in het voorgestelde artikel 509t Sv dat de beëindiging kan plaatsvinden zodra de verpleging in ieder geval een jaar voorwaardelijke beëindigd is geweest. Dit kan ook voorafgaande aan de vordering van het openbaar ministerie zijn geweest. Het doel van het voorstel, de geleidelijke terugkeer van de ter beschikking gestelde in de maatschappij waarborgen, is dan immers bereikt. Ook bij een «zwakke» contraire beëindiging, zo beantwoord ik een volgende vraag van de leden van de GroenLinks-fractie, acht ik het noodzakelijk dat de verpleging eerst een jaar voorwaardelijk beëindigd is geweest. Ook dan is het met het oog op het recidiverisico en de resocialisatie onwenselijk dat een ter beschikking gestelde nog diezelfde dag zonder begeleiding in de maatschappij terugkomt. De geleidelijke terugkeer in de maatschappij en voldoende nazorg verkleinen de risico's op recidive, terwijl abrupte overgangen de risico's daarop vergroten.

De staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,  
F. Teeven