

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

B

VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VEILIGHEID EN JUSTITIE¹

Vastgesteld 11 april 2012

Het voorbereidend onderzoek van dit wetsvoorstel heeft de commissie aanleiding gegeven tot het maken van de volgende opmerkingen en het stellen van de volgende vragen.

1. Inleiding

De leden van de **VVD**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel. Zij onderschrijven de aanbeveling van de commissie Visser om de wettelijke mogelijkheden voor dwangmedicatie tijdens de behandeling in een tbs-kliniek te verruimen. Zij onderschrijven tevens het streven naar equivalentie van geneeskundige zorg in justitiële inrichtingen en de reguliere geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Om die reden bestrijkt het wetsvoorstel een breder terrein dan alleen verruiming van de mogelijkheid tot het toedienen van dwangmedicatie, namelijk onvrijwillige geneeskundige behandeling naar analogie van de per 1 juni 2008 gewijzigde Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ). De leden van de VVD-fractie hebben nog enkele vragen.

De leden van de **PvdA**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel gericht op de verruiming van de mogelijkheden om dwangbehandeling toe te passen bij tbs, justitiële jeugdinrichtingen en penitentiaire instellingen. Deze leden hebben nog enkele vragen die betrekken hebben op de waarborgen die nodig zijn om een dergelijke ingrijpende beslissing naar behoren te kunnen nemen. Daarnaast hebben zij nog een specifieke vraag over de positie van jeugdigen.

De leden van de **CDA**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsvoorstel. Zij kunnen zich in grote lijnen met het voorstel verenigen. Zij hebben nog enige vragen.

¹ Samenstelling: Holdijk (SGP), Broekers-Knol (VVD) (*voorzitter*), Kneppers-Heynert (VVD), Kox (SP), Engels (D66), Franken (CDA), Thissen (GL), Nagel (50PLUS), Ruers (SP), Van Bijsterveld (CDA) (*vice-voorzitter*), Duthler (VVD), Koffeman (PvdD), Quik-Schuijt (SP), Strik (GL), K.G. de Vries (PvdA), Knip (VVD), Hoekstra (CDA), Lokin-Sassen (CDA), Scholten (D66), De Boer (GL), De Lange (OSF), Ter Horst (PvdA), Beuving (PvdA), Koole (PvdA), Schrijver (PvdA), Reynaers (PVV), Popken (PVV), Frijters-Klijnen (PVV), Ester (CU) en Swagerman (VVD).

De leden van de **SP**-fractie zijn verheugd dat de tijd die mensen in een tbs-kliniek, de gevangenis of een justitiële jeugdinstelling (Jji) doorbrengen door dit wetsvoorstel wellicht beter gebruikt kan gaan worden ingeval de veroordeelde lijdt aan een psychiatrische stoornis. Dwangbehandeling is echter een ernstige schending van het in de Grondwet en in artikel 8 EVRM geformuleerde mensenrecht, welke niet alleen gerechtvaardigd wordt doordat deze proportioneel is, maar ook vereist dat de beslissing daartoe met uiterste zorgvuldigheid wordt genomen. De regering beroept zich op het equivalentiebeginsel, dat wil zeggen het uitgangspunt dat een psychiatrische patiënt gelijk behandeld wordt of hij nu in het kader van de Wet BOPZ (of diens opvolger) wordt behandeld of in het strafrechtelijk circuit. Dat begrijpen deze leden toch goed? Om dit beginsel goed te begrijpen is het van belang te weten waar dit beginsel vandaan komt, omdat het beginsel wel consequent doorgevoerd lijkt met betrekking tot de aard van de behandeling, maar in het geheel niet met betrekking tot de rechtsbescherming van de patiënt. Daarover hebben de leden van de SP-fractie enkele vragen.

De leden van de **GroenLinks**-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van het wetsontwerp. Zij beseffen dat er behoefte bestaat om ook bij psychiatrische patiënten die in het kader van het strafrecht zijn «opgenomen», in sommige gevallen dwangbehandeling toe te passen. Deze leden achten het van belang dat daarbij wel de rechten van de betrokkenen gewaarborgd zijn. De leden van de GroenLinks-fractie hebben nog enkele vragen over het wetsvoorstel en zullen zich hierbij concentreren op onderwerpen die in de Tweede Kamer minder uitgebreid aan de orde zijn geweest.

2. Algemeen

Evaluatie

Tijdens de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer is gesproken over evaluatie van de wet na twee jaar. De regering heeft aangegeven de voorkeur te geven aan een evaluatie na vijf jaar. Kan de regering de leden van de **VVD**-fractie informeren over na welke periode er nu wordt geëvalueerd? Heeft het wetsvoorstel verplichte GGZ (32 399) nog enige invloed op de termijn waarop het onderhavige wetsvoorstel geëvalueerd zal worden, er vanuit gaande dat het onderhavige wetsvoorstel zal worden aangenomen? Graag een reactie.

De regering geeft aan een en ander te monitoren, begrijpen de leden van de **CDA**-fractie. Onduidelijk is echter of er op een termijn van twee jaar of van vijf jaar een evaluatie plaats zal vinden. Kan de regering toezeggen dat een eerste evaluatie na twee jaar plaatsvindt, waarna een volgende evaluatie eventueel na vijf jaar kan geschieden?

Samenhang en harmonisatie

Met deze wet is weer een stap gezet naar het reguleren van dwangbehandeling in een meer of minder gesloten setting. De leden van de **PvdA**-fractie stellen vast dat er heel veel verschillende dwangregimes worden toegepast in de GGZ, de justitiële setting, de ouderenzorg, de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Op welke wijze kan meer harmonisatie worden bevorderd? Gaat het wetsvoorstel verplichte GGZ (32 339) hier een oplossing voor bieden? Graag een reactie.

Kan de regering nog eens helder uiteenzetten aan de leden van de **CDA**-fractie hoe de verschillende wetten (Wet BOPZ, Wet GGZ, et cetera) zich verhouden tot het huidige wetsvoorstel? Welke inspanningen zal de

regering verrichten om de diverse wetten zoveel mogelijk op elkaar af te stemmen, zodat harmonisering van het beleid zal plaatsvinden met betrekking tot de dwangbehandeling, zowel in de civiele als in de strafrechtelijke sfeer?

Bij de behandeling van de Wet op de gesloten jeugdzorg¹ heeft de toenmalige minister van Justitie destijds toegezegd² de bepalingen van de beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen (Bjj) met betrekking tot dwangbehandeling vooralsnog van toepassing te laten zijn op de gesloten jeugdzorg, zulks in afwachting van een harmonisatie van de rechtspositie van jeugdigen in de justitiële, de vrijwillige en de LVG-jeugdzorg³ (zie ook de motie Çörüz⁴). Aan bovengenoemde toezegging is nog niet voldaan. Voor zover de leden van de **SP**-fractie bekend, is er ook geen begin van uitvoering aan gegeven. Zij ontvangen dan ook graag inzicht in de stand van zaken op dit punt. Met betrekking tot het voorliggend wetsvoorstel vragen deze leden of de aan de orde zijnde bepalingen van de beginselenwet justitiële jeugd(zorg)inrichtingen krachtens die toezegging, ook van kracht zullen zijn in de gesloten jeugdzorg?

De huidige wetten bevatten in respectievelijk de artikelen 26 Beginnelenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt), 32 Penitentiaire beginselenwet (Pbw) en 37 Bjj al de mogelijkheid dat betrokkene een (eenmalige) geneeskundige handeling moet gedogen. Zien de leden van de **GroenLinks**-fractie het goed dat deze bepalingen niet worden ingetrokken, en dat de gedwongen geneeskundige handeling dus naast de nieuwe dwangbehandeling blijft bestaan? Kan de regering heel precies aangeven wat de verschillen zijn tussen de drie in de wetten beschreven situaties, en waarom deze situaties een andere wettelijke regeling (met andere waarborgen) vereisen?

Richtlijn voor toepassing dwang

In de brief van 7 februari 2012 aan de Tweede Kamer⁵ stelt de regering dat zij de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn «dwang» krachtig zal stimuleren en financieel ondersteunen. De leden van de **PvdA**-fractie juichen dit toe en zien de richtlijn als een belangrijke kwaliteitswaarborg bij een eventuele dwangbehandeling. Echter, de richtlijn is er nog niet en de wetswijziging ligt nu voor. Kan de regering aangeven op welke wijze bevorderd zal worden dat in de verschillende instellingen op een eenduidige wijze en langs dezelfde criteria een beslissing tot het toepassen van dwang wordt genomen? Bij ontstentenis van een door het veld gedeelde richtlijn zullen procedurele waarborgen nodig zijn. Welke zijn dat volgens de regering?

De staatssecretaris heeft in februari 2012 aan de Tweede Kamer toegezegd zich te zullen inzetten voor het tot stand brengen van een richtlijn, waarbij het de bedoeling is om vanuit het veld eenduidige criteria op te stellen wanneer en onder welke voorwaarden en waarborgen dwangbehandeling geëigend is, zowel in de civiele als in de strafrechtelijke sfeer. Kan de regering aan de leden van de **CDA**-fractie inmiddels aangeven op welke termijn deze algemene richtlijn gerealiseerd kan worden, welke de verwachte kosten zijn om deze te bewerkstelligen en welke minimale criteria in ieder geval in een dergelijke richtlijn zouden moeten worden opgenomen?

Neveneffect eigen bijdrage GGZ

De leden van de **PvdA**-fractie willen aan dit voorstel een actuele vraag verbinden. Met de eigen bijdragen in de GGZ is de kans groot dat patiënten die niet zonder behandeling kunnen daar toch van afzien

¹ Kamerstukken I 2006/07, 30 644, A.

² Toezegging T00969: toezegging rechtspositie jeugdigen bij toepassing vrijheidsbenemende maatregelen (30 644), te raadplegen op www.eerstekamer.nl door te zoeken op «T00969».

³ Zorg voor kinderen en jongeren met een licht verstandelijke handicap.

⁴ Kamerstukken II 2006/07, 30 644, nr. 19.

⁵ Kamerstukken II 2011/12, 32 337, nr. 14.

wegens de hoge kosten. De eerste meldingen van vraaguitval zijn bekend en dan met name ook bij die patiënten die niet zonder medicatie/ behandeling kunnen. Het is alles behalve denkbeeldig dat deze groep weer in aanraking komt met justitie en weer opgenomen wordt in een penitentiaire inrichting. Patiënten «ontlopen» de eigen bijdrage maar komen in een setting waar zij eigenlijk niet thuishoren maar wel worden opgevangen met het mogelijke risico dat dwangbehandeling eerder wordt ingezet dan strikt noodzakelijk. Hoe ziet de regering deze ontwikkeling en welke maatregelen gaat zij nemen om oneigenlijk gebruik te voorkomen?

Doorstroom GGZ

Bij jeugdigen, zo stelt de regering in de memorie van toelichting¹, is de noodzaak om dwangbehandeling in te zetten zeer gering, het gaat om een zeer beperkt aantal gevallen. In de praktijk zo stelt de regering, is overplaatsing naar de GGZ zeer moeizaam. Om deze reden is onvrijwillige behandeling soms wenselijk als alternatief, bijvoorbeeld in die gevallen waarin alleen nog separatie de mogelijkheid biedt een jeugdige veilig in de inrichting te laten verblijven. Deze redenering baart de leden van de **PvdA**-fractie zorgen. Draagt dit niet een groot risico in zich dat jeugdigen die in feite in de GGZ thuishoren, te lang in detentie blijven en dat deze oneigenlijke plaatsing verlengd wordt door het mogelijk maken van gedwongen behandeling? Hoe kan voorkomen worden dat hiermee de noodzakelijke doorstroming naar de GGZ stagneert? Kan de regering in dit verband ingaan op de rol en positie van de jeugdzorg en wat deze voorstellen betekenen voor deze voorziening?

Uitbreiding aantal penitentiaire instellingen waar dwangbehandeling plaatsvindt

Kan de regering aan de leden van de **CDA**-fractie aangeven of er maatregelen worden genomen om op termijn ook in de andere dan de vijf penitentiaire instellingen die de staatssecretaris voor dwangbehandeling reeds heeft aangewezen, op verantwoorde wijze dwangbehandeling toe te passen? Zo ja, welke maatregelen worden hiertoe getroffen en binnen welke termijn denkt de regering deze te kunnen realiseren?

Definities

Het onderhavige wetsvoorstel ziet op dwangbehandeling en niet slechts op dwangmedicatie, constateren de leden van de **GroenLinks**-fractie. Blijkens de reactie op het advies van de Raad van State is uitdrukkelijk voor dit ruimere begrip gekozen. Kan de regering aangeven aan welke andere vormen van dwangbehandeling gedacht kan worden? Wordt hierbij met name gedacht aan gedwongen separatie of fixatie? In hoeverre worden separatie en fixatie binnen de psychiatrie gezien als therapeutische ingrepen? Zijn het niet veeleer ordemaatregelen ter voorkoming van gevaar? Zou het niet beter zijn ze als zodanig te blijven behandelen, in plaats van ze een «therapeutisch sausje» te geven?

Met de definitie van het «gevaarscriterium» zoals opgenomen in de artikelen 1 van de Bvt, artikel 46a van de Pbw en artikel 51a van de Bjj, wordt aansluiting gezocht bij het gevaarscriterium zoals dat ook in de Wet BOPZ gebruikt wordt. Dit is een ander gevaarscriterium dan dat wat geldt als voorwaarde voor een oplegging van tbs. Dat laatste ziet alleen op gevaar voor anderen of de algemene veiligheid, terwijl het gevaarscriterium dat nu wordt geïntroduceerd ook ziet op het gevaar voor de betrokkene zelf, en dan niet slechts gevaar voor zelfmoord of ernstig lichamelijk letsel, maar ook het gevaar maatschappelijk te gronde te gaan en het geval zichzelf ernstig te verwaarlozen. Naar het oordeel van de

¹ Kamerstukken II 2009/10, 32 337, nr. 3.

leden van de GroenLinks-fractie is het hanteren van een dergelijk ruim gevaarscriterium te billijken wanneer in overleg met de betrokkene een behandelplan wordt opgesteld. De vraag is echter of een dergelijk ruim gevaarscriterium ook gerechtvaardigd is waar het gaat om dwangbehandeling. Dwangbehandeling is immers een *ultimum remedium*, waaraan dus strengere voorwaarden gesteld mogen (moeten) worden dan aan de ideale behandeling conform het behandelplan. Waarom is er voor gekozen om ook bij het gevaar zichzelf maatschappelijk te gronde te richten of zichzelf ernstig te verwaarlozen, dwangbehandeling mogelijk te maken? Aan welke situaties moet dan worden gedacht? Waar ligt de grens tussen het zelfbeschikkingsrecht van mensen (inclusief het recht zijn eigen gezondheid te schaden, vergelijk het recht om te roken) en de zorgplicht van de overheid? Hoe kan er binnen de gesloten setting van een tbs-kliniek of penitentiaire inrichting sprake zijn van het gevaar maatschappelijk te gronde te gaan of het gevaar zichzelf ernstig te verwaarlozen?

In de voorgestelde artikelen 16, tweede lid van de Bvt, artikel 46b, tweede lid van de Pbw en artikel 51b, tweede lid van de Bjj, wordt gesteld dat het behandelplan gericht moet zijn op het wegnemen van het gevaar, zo mogelijk door het wegnemen van de stoornis, en indien dit niet mogelijk is, anderszins. Waaraan moeten de leden van de GroenLinks-fractie denken bij het «anderszins» wegnemen van het gevaar? Graag een antwoord van de regering.

3. Rechtsbescherming bij dwangbehandeling

Het hoofd van de inrichting of de directeur dient schriftelijk te beslissen over een dwangbehandeling. Rechterlijke toetsing vindt achteraf plaats. De leden van de **VVD**-fractie begrijpen dit en zijn het daarmee eens. Echter, hoe en op welk moment kan de verpleegde kenbaar maken dat hij bezwaar maakt tegen de behandeling? Dient hij dit schriftelijk te doen? In de vorm van schriftelijk beklag? Of vindt sowieso achteraf toetsing plaats van iedere dwangbehandeling door de rechter – *in casu* de afdeling Rechtspraak van de Raad voor strafrechtstoepassing en jeugdbescherming (RSJ) – omdat het een dwangbehandeling betreft en niet een behandeling met instemming? Hoe en op welk moment is schorsende werking te realiseren? Hoeveel tijd verstrijkt er om een schorsingsbesluit gerealiseerd te krijgen? De leden van de VVD-fractie stellen deze vragen omdat aannemelijk dient te zijn dat zonder de behandeling het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de verpleegde of de jeugdige doet veroorzaken, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. Naar het oordeel van de leden van de VVD-fractie betekent dit dat snelheid in procedures geboden is.

De regering geeft in de toelichting aan dat de positie van de gedetineerde verpleegde respectievelijk jeugdige, wordt versterkt doordat rechtstreeks beroep openstaat bij de rechter. Bovendien kan de maandcommissaris de betrokkenen adviseren en ondersteunen bij het indienen van een eventuele klacht. De leden van de **PvdA**-fractie zouden graag meer inzicht krijgen in het functioneren van de maandcommissaris. Hoe toegankelijk en zichtbaar is hij voor de gedetineerde? Hoe reëel is het dat een gedetineerde die het oneens is met de beslissing bij de maandcommissaris terecht kan? Is de figuur van de maandcommissaris ook bekend en ingesteld bij de penitentiaire inrichtingen en bij de tbs-instelling? De leden van de PvdA-fractie stellen deze vraag omdat een beroep doen op de rechter een «*last resort*» zou moeten zijn en alleen moet worden ingezet als alle andere wegen binnen de inrichting zijn uitgeput. Welke voorzieningen zijn er voor de gedetineerde om – voordat er sprake is van het eventueel indienen van een klacht – bezwaar te maken over de voorgenomen behandeling en zijn rechten te doen gelden?

De leden van de **CDA**-fractie vragen welke middelen betrokkene ten dienste staan om een reeds ingezette dwangbehandeling stop te (doen) zetten. Kan een gedetineerde slechts éénmaal bezwaar en/of beroep aantekenen, namelijk bij het voor het eerst opleggen van de dwangbehandeling, of kan bij de voortdurende ervan – bijvoorbeeld nadat het besluit tot dwangbehandeling is verlengd – iedere keer opnieuw bezwaar dan wel beroep worden aangetekend?

De leden van de **SP**-fractie zouden graag gemotiveerd zien waarom is afgezien van een rechterlijke toets vooraf. Als wij het goed zien dan motiveert de regering dat met het feit dat betrokkene toch al van zijn vrijheid is beroofd en dat de minister van Justitie een zorgplicht heeft ten aanzien van diegenen die op strafrechtelijke titel in een inrichting verblijven.¹ Noch het ene noch andere argument vermag deze leden overtuigen. Zoals de Nederlandse Orde van Advocaten (NOvA) het uitdrukt: alles is deze mensen al ontnomen en het enige dat ze nog hebben, de onschendbaarheid van hun lichaam, wordt ze met dwangbehandeling ook nog afgepakt. Ook de zorgplicht van de minister van Veiligheid & Justitie zegt deze leden helemaal niets; ouders hebben een zorgplicht voor hun kinderen, boven de 12 jaar kan een kind niet zonder rechterlijke machtiging gedwongen worden opgenomen (artikel 2 Wet BOPZ) en ook een huisarts heeft een zorgplicht. Dat geeft deze huisarts echter niet het recht dwangbehandeling toe te passen. Een ander argument dat elders genoemd wordt is dat de rechter al bij de zaak betrokken is. Ook dat argument overtuigt deze leden in het geheel niet. Bij gevangenisstraf heeft de rechter zich slechts uitgesproken over vrijheidsberoving wegens het plegen van een strafbaar feit, bij tbs en plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (Pij) heeft de rechter daarnaast ook geconstateerd dat sprake is van een psychiatrische stoornis die behandeld moet worden. Het hier voorgestelde systeem is acceptabel in die situatie. Dat ligt bij de kale gevangenisstraf echter anders. De leden van de SP-fractie zouden graag zien dat in die gevallen de rechter vaststelt dat er sprake is van een stoornis die de betrokkene gevaar doet veroorzaken, welk gevaar niet op andere wijze kan worden afgewend, en dat – analoog aan de BOPZ-procedure – voldaan is aan het criterium van artikel 16b van het wetsvoorstel, inclusief de toevoeging van een advocaat en de mogelijkheid voor de rechter om derden te horen. Waarom houdt de regering vol dat in die gevallen een rechterlijke toets vooraf niet nodig is, ondanks de anders luidende adviezen van de Raad van State, de Nederlandse Vereniging voor Rechtspraak, de Raad voor de Rechtspraak, de RSJ en de NOvA? Wat is daarvan de reden? Is de regering bang voor overbelasting van de rechterlijke macht, voor vertraging of onuitvoerbaarheid? Rechtbanken sturen twee keer per week een rechter en griffier op pad langs de psychiatrische ziekenhuizen in hun arrondissement voor het houden van zittingen ter plaatse. De penitentiaire inrichtingen zouden zonder meer meegenomen kunnen worden. Uitvoerbaar is een rechterlijke toets vooraf dus zeker. Gaat het om de financiële gevolgen voor zowel de rechterlijke macht als de bij een rechterlijke toets vereiste rechtsbijstand? Zonder inzicht in de motieven/gedachtegang van de regering vinden deze leden een discussie hierover een schimmenspel. Zij krijgen hierover graag duidelijkheid van de regering.

Staat eenmaal vast dat er sprake is van een stoornis, dan is volgens de Wet BOPZ het toepassen van dwangbehandeling mogelijk als er sprake is van de situatie omschreven in artikel 38c en artikel 39 BOPZ, hier «middelen en maatregelen» genoemd. Middelen en maatregelen moeten gemeld worden aan de inspecteur. Tevens kan er een klacht ingediend worden. Deze klacht wordt behandeld door de uit de commissie van toezicht gevormde beklagcommissie. De patiënt kan zich laten bijstaan, bijvoorbeeld door zijn advocaat of de patiëntenvertrouwenspersoon. Bij

¹ Kamerstukken II 2009/10, 32 337, nr. 3, p. 14.

ongegrond verklaring van de klacht kan de patiënt zich tot de rechtbank wenden. In dit wetsvoorstel staat dat het aan de directeur is om, na advies van de behandelend psychiater en een onafhankelijke tweede psychiater, te beoordelen of dwangbehandeling kan plaatsvinden. Nadere bepalingen omtrent middelen en maatregelen kunnen worden gegeven bij AMvB, lezen de leden van de **SP**-fractie in het wetsvoorstel. De memorie van toelichting vermeldt dat beklag mogelijk is bij de beklagcommissie met beroep bij de RSJ en de voorzieningenrechter. Waarom wordt het equivalentiebeginsel niet ook hier toegepast? Zou het niet de voorkeur verdienen de bepalingen van de Wet BOPZ over te nemen, waarbij alleen die afwijkingen worden opgenomen die noodzakelijk zijn in verband met het detentiekarakter? Waar is de beklagregeling te vinden? In de nog te maken AMvB, of geldt voor deze psychiatrische patiënten dezelfde regeling als voor de hele groep tbs-gestelden, afgestraften en jeugdige veroordeelden, met als enig verschil dat er een psychiater aan de commissie van toezicht dan wel de beklagcommissie wordt toegevoegd? Zou, aangezien een rechter niet altijd deel uitmaakt van de beklagcommissie, niet bepaald moeten worden dat er altijd een rechter aan de beklagcommissie wordt toegevoegd?

De klachtbehandeling van de Wet BOPZ, waarbij de patiënt kan worden bijgestaan door een patiëntenvertrouwenspersoon of zijn advocaat, en waarbij de rechter ten slotte in de instelling – soms in aanwezigheid van de inspectie – de klacht komt behandelen, biedt meer rechtswaarborgen aan de patiënt dan thans in het wetsvoorstel voorzien. Dat doet afbreuk aan het equivalentiebeginsel. Waarom is daarvoor gekozen? Heeft de patiënt recht op bijstand door een advocaat? Waarom wil de regering niet overwegen om patiëntenvertrouwenspersonen aan te stellen? Indien dat uit kostenoverweging is, kan de regering dan aangeven wat de geschatte kosten van een patiëntenvertrouwenspersoon zouden zijn? Welke mogelijkheden hebben de partner en familie van de patiënt om betrokken te worden bij de beslissing tot dwangbehandeling, toepassing van middelen en maatregelen?

Over het ontbreken van een voorafgaande rechterlijke toets is in de diverse adviezen, waaronder dat van de Raad van State, en tijdens de behandeling in de Tweede Kamer de nodige aandacht besteed. In haar afwijzing van de voorafgaande rechterlijke toets verwijst de regering naar de Wet BOPZ, waar ook geen voorafgaande toets van de dwangbehandeling door de rechter plaatsvindt. Dat is juist, maar de rechter heeft dan al wel de gedwongen opname in een psychiatrische kliniek, en daarmee de noodzaak tot enige behandeling getoetst. Met dezelfde redenering kan volgens de leden van de **GroenLinks**-fractie gesteld worden dat ook bij tbs'ers in ieder geval een rechterlijke toets van de gedwongen psychiatrische opname heeft plaatsgevonden. Dit geldt echter niet voor gedetineerden in penitentiaire instellingen en jeugdigen in justitiële jeugdinrichtingen (jji's). Kan de regering nogmaals kort aangeven waarom naar haar oordeel ook voor deze groepen een voorafgaande rechterlijke toetsing niet noodzakelijk is?

In de beantwoording aan de Tweede Kamer heeft de regering er meermaals op gewezen dat het ontbreken van een voorafgaande rechterlijke toetsing niet zo'n probleem is, vanwege de schorsende werking van een beklag en/of beroep. Maar is het niet zo dat een beklag/beroep niet automatisch schorsende werking heeft, maar op verzoek van de betrokkene *kan* worden verleend? Is het reëel te verwachten dat vaak schorsende werking wordt verleend? Hoe ligt dat nu bij bijvoorbeeld het toepassen van gedwongen geneeskundige behandelingen of dwangmiddelen (bijvoorbeeld separatie); wordt een beroep op schorsende werking dan gewoonlijk gehonoreerd? Graag een reactie.

4. Beslissing (tot verlenging) dwangbehandeling door hoofd inrichting

Naar de leden van de **VVD**-fractie begrijpen zijn de psychiaters die in de justitiële inrichtingen psychiatrische zorg verlenen afkomstig van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP). Voor de dwangbehandeling overeenkomstig artikel 16b sub a, artikel 46d sub a en artikel 51d van het wetsvoorstel dient het hoofd van de inrichting dan wel de directeur schriftelijk een beslissing te nemen nadat een verklaring van de behandelend psychiater is overgelegd, alsmede een verklaring van een onafhankelijke, dat wil zeggen niet-behandelend, psychiater. Hoe wordt gewaarborgd dat de onafhankelijke psychiater werkelijk onafhankelijk is en niet al op enigerlei wijze, ongetwijfeld volstrekt ongewild, beïnvloed is door het feit dat ook hij/zij wellicht met regelmaat werkzaam is in dezelfde instelling? Of wordt aan de onafhankelijkheid de eis gesteld dat de betrokken onafhankelijke psychiater in het geheel geen werkzaamheden verricht binnen de instelling waar de verpleegde voor wie de dwangbehandeling zal gelden, verblijft? Graag een reactie.

De termijn voor dwangbehandeling kan maximaal drie maanden betreffen, constateren de leden van de **VVD**-fractie. Na afloop van de initiële termijn is voortzetting van de behandeling mogelijk krachtens een schriftelijke beslissing van het hoofd dan wel de directeur van de inrichting (artikel 16c lid 5, artikel 46e lid 5 en artikel 51e lid 5). Beide artikelen spreken niet over betrokkenheid van de behandelend psychiater en/of de onafhankelijke psychiater bij de beslissing van het hoofd of de directeur tot verlenging of tot behandeling binnen zes maanden na afloop van de initiële termijn. Is het juist dat het hoofd of de directeur de beslissing tot verlenging neemt zonder psychiatrische verklaringen? Waarop stoelt hij dan zijn beslissing? Voor welke termijn kan een beslissing tot voortzetting van de behandeling worden genomen? Eveneens voor drie maanden? Hoe vaak kan een beslissing tot voortzetting van de behandeling worden genomen? Graag een reactie.

In de tweede nota van wijziging¹ geeft de regering aan dat vanwege de ingrijpendheid van de beslissing, de beslissing tot het toepassen van dwang alleen kan worden genomen door het hoofd, respectievelijk de directeur van de inrichting. Tevens kan het hoofd respectievelijk de directeur, de betrokkene te horen. Tenslotte is een meldingsplicht ingevoerd aan de voorzitter van de commissie van toezicht. De leden van de **PvdA**-fractie juichen deze wijziging toe, de vraag is echter of een hoofd of directeur wel voldoende geëquipeerd is om een dergelijke beslissing te nemen. Is het niet noodzakelijk om hier altijd psychiatrische expertise in te schakelen? De GGZ kent de figuur van de «geneesheer-directeur» in de zin van de Wet BOPZ. Een dergelijke functie is er niet binnen de penitentiaire inrichtingen. Op welke wijze wordt in deze wet gewaarborgd dat de beslissing tot dwangbehandeling ook «zorginhoudelijk» wordt goed- of afgekeurd? Anders gezegd, welke functionarissen vervullen de functie van «geneesheer-directeur»? Deze leden ontvangen graag een reactie.

De eigenlijke dwangbehandeling wordt geregeld in de artikelen 16b en 16c van de Bvt, artikel 46d en 46e van de Pbw en artikel 51d en e van de Bjj. De leden van de **GroenLinks**-fractie begrijpen dat er in twee situaties tot dwangbehandeling kan worden besloten, namelijk indien het gevaar zonder die behandeling niet kan worden weggenomen (steeds onder a), of indien het hoofd van de inrichting daartoe een besluit heeft genomen en dit naar het oordeel van een arts volstrekt noodzakelijk is om het gevaar dat een stoornis van de geestvermogens van de verpleegde binnen de

¹ Kamerstukken II 2011/12, 32 337, nr. 17.

inrichting doet veroorzaken, af te wenden (steeds onder b). Oplegging van dwangbehandeling in de eerste situatie wordt in het erop volgende artikel met de nodige waarborgen bekleed, waaronder een oordeel van de behandelend en een onafhankelijk psychiater, terwijl voor dwangbehandeling in de tweede situatie nauwelijks waarborgen in de wet zijn neergelegd (verwezen wordt naar een AMvB) en slechts het oordeel van een arts vereist is. Wat is het juridische onderscheid tussen beide situaties precies; valt de onder b genoemde situatie niet onder het gevaarscriterium zoals onder a genoemd? Kan de regering voorbeelden noemen van situaties die niet onder a maar wel onder b vallen? Waarom is het onder dwang behandelen in de tweede situatie met veel minder waarborgen omkleed? Is het juist dat hiervoor niet eens het oordeel van een psychiater nodig is, maar dat een oordeel van iedere willekeurige arts voldoende is?

In artikel 16c van de Bvt, artikel 46e van de Pbw en artikel 51e van de Bjj wordt in het vijfde lid gesproken over voortzetting van een gedwongen behandeling nadat de (eerste) termijn hiervan is afgelopen. De leden van de GroenLinks-fractie lezen deze bepaling aldus dat het hoofd van de inrichting tot een dergelijke verlenging kan besluiten zonder de behandelend en/of een onafhankelijke psychiater te raadplegen. Lezen zij dit goed, en zo ja, waarom is hiervoor gekozen? Zou het uit het oogpunt van het waarborgen van de zorgvuldigheid en de rechtsbescherming, niet beter zijn wanneer ook de verlenging gebaseerd moet zijn op het oordeel van in ieder geval een psychiater? Graag een reactie.

5. Voldoende psychiatrische expertise

De leden van de **PvdA**-fractie hebben nog een vraag over de setting waar de dwangbehandeling plaatsvindt. De zorginhoudelijke eisen waaraan deze setting moet voldoen zijn naar het oordeel van deze leden in dit voorstel onvoldoende scherp verwoord. Anders gezegd, welke waarborgen zijn er voor voldoende psychiatrische expertise, niet alleen bij de beslissing zelf maar tijdens het totale behandeltraject? Wanneer is naar het oordeel van de regering sprake van «voldoende verpleegkundigen en psychiaters» (blijkbaar niet in de penitentiaire psychiatrische centra (PPC's) Zwolle en Maastricht, maar wel in Amsterdam, Vught en Den Haag). Een soortgelijke vraag betreft de omgeving in het gebouw: is deze wel voldoende toegesneden op de behandeling van mensen met een psychiatrische stoornis?

De bedoeling van de regering is dat de bepalingen van dit wetsvoorstel slechts van toepassing zullen zijn als het niveau van de zorgvoorzieningen «op peil» is. Begrijpen de leden van de **SP**-fractie goed dat niet tot dwangbehandeling zal worden overgegaan vóórdat betrokkene is opgenomen in een «bijzondere zorgplaats»?¹ Zo ja, zal deze eis, die niet in het wetsvoorstel te vinden is, in de AMvB worden geformuleerd?

Er is al geruime tijd bekend dat in gevangenissen en jji's veel psychiatrisch gestoorde mensen verblijven. Eveneens is bekend dat er sprake is van veel onderdiagnostiek, waardoor gedetineerden niet de zorg krijgen die zij nodig hebben en de samenleving op termijn onvoldoende beschermd wordt, aldus de leden van de SP-fractie. De regering stelt dat wanneer een signaal komt dat een gedetineerde zorg behoeft, de gedetineerde gezien wordt door een psycholoog en een verpleegkundige.² Zo nodig volgt een consult door een psychiater. Ziet de psychiater de betrokkene niet zelf? Is het ter voorkoming van onderdiagnostiek niet noodzakelijk dat in zo'n geval een psychiater altijd de betrokkene onderzoekt? Hoe later adequate(re) behandeling ingezet wordt hoe moeilijker het herstel. Hoe denkt de regering daarover? Zijn er

¹ Kamerstukken II 2009/10, 32 337, nr. 3, p. 4 en 16.

² Kamerstukken II 2010/11, 32 337, nr. 6, p. 9.

voldoende psychiaters beschikbaar? En zo nee, waar ligt dat aan? Gaarne een toelichting.

6. Tot slot

De leden van de **CDA**-fractie vragen de regering naar de waarborgen om te voorkomen dat jeugdige gedetineerden die onderworpen worden aan dwangbehandeling, medicijnen krijgen toegediend die op zichzelf of qua dosering schadelijk zijn voor minderjarigen?

Plaatsing in een PPC zal geschieden op basis van een indicatiebesluit, begrijpen de leden van de **SP**-fractie.¹ Waar wordt geregeld wie het indicatiebesluit neemt en welke beroepsmogelijkheid daartegen bestaat? Graag een reactie van de regering.

Om de aansluiting van een pij-maatregel² op een bijzondere opname in een psychiatrisch ziekenhuis goed te doen verlopen, is afgesproken tussen de ketenpartners dat aangifte zal worden gedaan van grensoverschrijdend (delict)gedrag dat tijdens de pij-periode plaats heeft gevonden.³ Doel daarvan is dat het gevaar kan worden aangetoond, hetgeen noodzakelijk is voor het opleggen van een rechterlijke machtiging. De leden van de SP-fractie willen graag weten of deze aangiften, die dienen ter latere onderbouwing van een verzoek tot het aansluitend aan de Pij-maatregel uitspreken van een rechterlijke machtiging in het kader van de wet BOPZ, zullen worden geseponeerd? Welke afspraken zijn daarover gemaakt? Graag een reactie.

Bij nota van wijziging is aan het onderhavige wetsvoorstel een «artikel V» toegevoegd, dat beoogt artikel 509t van het Wetboek van Strafvordering zodanig te wijzigen dat de rechtbank een tbs waarvan verlenging is gevraagd, niet kan beëindigen wanneer de verpleging niet eerst minimaal een jaar voorwaardelijk beëindigd is geweest. In de behandeling van het wetsvoorstel is er nauwelijks aandacht geweest voor dit onderdeel van het wetsvoorstel. De leden van de **GroenLinks**-fractie verbazen zich er over dat deze bepaling, die immers niets met dwangbehandeling te maken heeft, in de loop van het wetgevingsproces aan dit wetsvoorstel is toegevoegd. Kan de regering aangeven waarom hiervoor is gekozen? Door toevoeging aan een al ingediend wetsvoorstel, is geen advies bij de Raad van State ingewonnen over de betreffende bepaling. Is dat een bewuste keuze geweest? Kan de regering dit toelichten? Is er wel advies gevraagd aan anderen zoals de Raad voor de Rechtspraak, over deze bepaling?

In de toelichting op de nota van wijziging stelt de regering dat met dit voorstel wordt voorkomen dat tbs'ers zonder overgang en verdere begeleiding op straat komen te staan wanneer een rechter – contrair aan het verlengingsverzoek – de tbs beëindigt. Hoe vaak gebeurt het dat een tbs wordt beëindigd terwijl er wel om verlenging was gevraagd? In hoeveel van deze gevallen was er nog geen sprake van langdurig proefverlof of voorwaardelijke beëindiging van de verpleging? Het wetsvoorstel lijkt er van uit te gaan dat een verzoek tot verlenging altijd wordt ondersteund door de adviserend psychiaters en dat een rechter die desalniettemin de tbs beëindigt, dus niet alleen contrair het OM, maar ook contrair de deskundigen beslist. Is dat altijd het geval, of gebeurt het ook wel dat het OM om verlenging vraagt terwijl de behandelend psychiater van oordeel is dat er geen gevaar meer is? Is het ook in dat geval gewenst dat de rechter de tbs niet zonder meer kan beëindigen? Graag een reactie.

¹ Kamerstukken II 2009/10, 32 337, nr. 3, p. 21.

² Plaatsing in een inrichting voor jeugdigen.

³ Kamerstukken II 2010/11, 32 337, nr. 6, p. 3.

De leden van de vaste commissie voor Veiligheid & Justitie zien de reactie van de regering – graag binnen vier weken – met belangstelling tegemoet.

De voorzitter van de vaste commissie voor Veiligheid & Justitie,
Broekers-Knol

De griffier van de vaste commissie voor Veiligheid & Justitie,
Van Dooren