
99

Besluit van 8 maart 2013 tot wijziging van het Reglement verpleging ter beschikking gestelden, de Penitentiare maatregel en het Reglement justitiële jeugdinrichtingen in verband met de verruiming van de mogelijkheid onvrijwillige geneeskundige behandeling te verrichten

Wij Beatrix, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz.

Op de voordracht van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie van 30 november 2012, directie Wetgeving en Juridische Zaken, nr. 326014;

Gelet op de artikelen 8, derde lid, 16, derde lid, 16c, zesde en zevende lid, 19, tweede lid, 26, derde lid, van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden, 7, vierde lid, 14, vierde lid, 32, tweede lid, 46b, derde lid, 46e, zesde en zevende lid, van de Penitentiare beginselenwet, 7, vijfde lid, 8, zevende lid, 37, tweede lid, 51b, derde lid, 51e, zesde en zevende lid van de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen en artikel VII van de wet van 13 september 2012 tot wijziging van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden, de Penitentiare beginselenwet en de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen in verband met de verruiming van de mogelijkheid onvrijwillige geneeskundige behandeling te verrichten (Stb. 2012, 410);

De Afdeling advisering van de Raad van State gehoord (advies van 10 januari 2013, nr. W03.12.0501/11);

Gezien het nader rapport van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie van 4 maart 2013, directie Wetgeving en Juridische Zaken, nr. 349366;

Hebben goedgevonden en verstaan:

ARTIKEL I

Het Reglement verpleging ter beschikking gestelden wordt als volgt gewijzigd:

A

In artikel 6, eerste lid, wordt «de artikelen 24 tot en met 28 en 30» vervangen door: de artikelen 16b, onder b, 16c, eerste en vijfde lid, 24 tot en met 28 en 30.

B

Artikel 25 wordt als volgt gewijzigd:

1. Voor de tekst wordt de aanduiding «1.» geplaatst.
2. Onder verlettering van onderdeel c tot onderdeel d, worden in het eerste lid na onderdeel b een onderdeel ingevoegd, luidende:
 - c. of er overeenstemming over het verplegings- en behandelingsplan is;
3. Er worden drie leden toegevoegd, luidende:
 2. In geval van een behandeling overeenkomstig artikel 16b, onder a of b, van de wet wordt in het verplegings- en behandelingsplan eveneens opgenomen:
 - a. welke minder bezwarende middelen zijn aangewend om het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de verpleegde doet veroorzaken weg te nemen dan wel af te wenden; en
 - b. de wijze waarop rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de verpleegde ten aanzien van de behandeling.
 3. Het deel van het verplegings- en behandelingsplan waarover geen overeenstemming kan worden bereikt met de verpleegde dan wel diens curator of mentor, wordt slechts vastgesteld door een psychiater nadat een multidisciplinair overleg heeft plaatsgehad waaraan in ieder geval een psychiater, een arts, een psycholoog en een verpleegkundige hebben deelgenomen.
 4. Ingeval van een behandeling overeenkomstig artikel 16b, onder a, van de wet worden de verklaringen van de psychiaters, bedoeld in artikel 16c, tweede lid, van de wet, bij het in het derde lid bedoelde overleg betrokken.

C

In artikel 26, derde lid, wordt «zoveel mogelijk in overleg met de verpleegde» vervangen door: in overleg met de verpleegde.

D

In artikel 30 wordt onder verlettering van onderdeel f tot onderdeel g, een onderdeel ingevoegd, luidende:

- f. gegevens met betrekking tot de toepassing van artikel 16b, onder a of b, van de wet;

E

Hoofdstuk 10 komt te luiden:

HOOFDSTUK 10. (ONVRIJWILLIGE) GENEESKUNDIGE BEHANDELING

Artikel 33

In dit hoofdstuk wordt verstaan onder:

- a. *a-dwangbehandeling*: een onvrijwillige geneeskundige behandeling als bedoeld in artikel 16b, onder a, van de wet;
- b. *b-dwangbehandeling*: een onvrijwillige geneeskundige behandeling als bedoeld in artikel 16b, onder b, van de wet;
- c. *gedwongen geneeskundige handeling*: de gedwongen geneeskundige handeling, bedoeld in artikel 26 van de wet;

d. *geneeskundige behandeling*: de onvrijwillige geneeskundige behandelingen, bedoeld in de onderdelen a tot en met c, en de vrijwillige geneeskundige behandeling, bedoeld in artikel 16a van de wet;

e. *inspecteur*: de inspecteur, bedoeld in artikel 1, onder c, van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen;

f. *voortzetting van a-dwangbehandeling*: de voortzetting van a-dwangbehandeling, bedoeld in artikel 16c, vijfde lid, van de wet.

Artikel 33a

1. Een geneeskundige behandeling wordt verricht in een daartoe geschikte ruimte, onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts.

2. Er is ten behoeve van de geneeskundige behandeling vierentwintig uur per dag, zeven dagen per week, voldoende psychiatrisch geschoold verpleegkundig personeel aanwezig. Bovendien is vierentwintig uur per dag, zeven dagen per week, een psychiater beschikbaar.

3. Een geneeskundige behandeling wordt slechts uitgevoerd door een arts of verpleegkundige die over voldoende deskundigheid beschikt deze behandeling uit te voeren en indien daartoe voldoende voorzieningen beschikbaar zijn.

4. Eens per twee weken, of vaker indien het belang van de verpleegde dit eist, vindt een multidisciplinair overleg plaats, waaraan in ieder geval een psychiater, een arts, een psycholoog en een verpleegkundige deelnemen.

Artikel 34

1. Voordat het hoofd van de inrichting beslist dat een door de arts noodzakelijk geachte b-dwangbehandeling of gedwongen geneeskundige handeling zal worden verricht, pleegt het hoofd van de inrichting overleg met die arts en met het hoofd van de afdeling waar de verpleegde verblijft. Indien de behandeling door een andere arts wordt verricht, wordt tevens met hem overlegd.

2. Ingeval van b-dwangbehandeling of indien het verrichten van een gedwongen geneeskundige handeling noodzakelijk is ter afwending van gevaar dat voortvloeit uit de stoornis van de geestvermogens van de verpleegde, pleegt het hoofd van de inrichting bovendien overleg met de voor de behandeling verantwoordelijke psychiater.

3. In het in het eerste en tweede lid bedoelde overleg wordt nagegaan of het gevaar niet op een andere wijze kan worden afgewend.

4. In de situatie bedoeld in artikel 26, tweede lid, van de wet, pleegt het afdelingshoofd het in het eerste respectievelijk tweede lid bedoelde overleg. Het overleg van het hoofd van de inrichting met de in het eerste en tweede lid bedoelde personen vindt vervolgens zo spoedig mogelijk na de aanvang van de geneeskundige behandeling plaats.

Artikel 34a

1. Zo spoedig mogelijk na de aanvang van de gedwongen geneeskundige handeling wordt door of onder verantwoordelijkheid van een arts een plan opgesteld gericht op een zodanige verbetering van de toestand van de verpleegde dat de toepassing van de gedwongen geneeskundige handeling kan worden beëindigd. Dit plan wordt opgenomen in het verplegings- en behandelingsplan.

2. Bij de keuze voor een bepaalde geneeskundige handeling wordt steeds gekozen voor de voor de verpleegde minst ingrijpende handeling.

Artikel 34b

1. Voordat het hoofd van de inrichting de beslissing tot voortzetting van a-dwangbehandeling neemt, pleegt hij overleg met in ieder geval de voor de behandeling verantwoordelijke psychiater en met het hoofd van de afdeling waar de verpleegde verblijft.

2. In het in het eerste lid bedoelde overleg wordt nagegaan of van de voortzetting van de behandeling alsnog het beoogde effect kan worden verwacht.

3. De uitkomsten van het multidisciplinaire overleg, bedoeld in artikel 33a, vierde lid, worden bij de beslissing meegenomen.

Artikel 34c

De verpleegde wordt gedurende de periode dat de a- of b-dwangbehandeling of de gedwongen geneeskundige handeling wordt verricht, zo vaak als nodig is bezocht door een arts of in diens opdracht een verpleegkundige. Het verslag van diens bevindingen wordt opgenomen in het verpleegdedossier.

Artikel 34d

1. Het hoofd van de inrichting stelt de voorzitter van de commissie van toezicht, de raadsman van de verpleegde, de curator en de mentor in kennis van het voornemen tot een beslissing tot a-dwangbehandeling uiterlijk drie dagen voor het nemen van die beslissing. Zij worden in de gelegenheid gesteld bezwaren tegen de beslissing kenbaar te maken.

2. De voorzitter van de commissie van toezicht doet onverwijld een melding aan de maandcommissaris. De maandcommissaris bezoekt na de melding onverwijld de verpleegde.

3. Van de toepassing van een a-dwangbehandeling, b-dwangbehandeling, gedwongen geneeskundige handeling of voortzetting van a-dwangbehandeling wordt uiterlijk bij de aanvang van de behandeling melding gedaan aan Onze Minister en de commissie van toezicht. Ingeval van een a-dwangbehandeling, b-dwangbehandeling of ingeval een gedwongen geneeskundige handeling wordt toegepast in verband met een gevaar dat voortvloeit uit een stoornis van de geestvermogens van de verpleegde, wordt bovendien melding gedaan aan de inspecteur.

4. Bij de aanvang van een a-dwangbehandeling geeft het hoofd van de inrichting daarvan eveneens kennis aan de in het eerste lid genoemde personen.

5. Het hoofd van de inrichting zendt met de melding, bedoeld in het derde lid, een afschrift van de beslissing tot de behandeling mee waarin hij in ieder geval vermeldt:

a. in verband met welk gevaar is besloten tot een a-dwangbehandeling, b-dwangbehandeling of een gedwongen geneeskundige handeling;

b. welke minder bezwarende middelen zijn aangewend om het gevaar weg te nemen dan wel af te wenden;

c. welke personen, bedoeld in artikel 16a, onder c, van de wet, zich tegen de behandeling verzetten;

d. de wijze waarop rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de verpleegde ten aanzien van de behandeling; en

e. indien een behandeling plaatsvindt in een situatie waarin het de verpleegde is die zich verzet, of deze in staat kan worden geacht gebruik te kunnen maken van de regeling, vervat in de hoofdstukken XIV–XV respectievelijk XVI van de wet.

6. Ingeval van een beslissing tot a-dwangbehandeling, b-dwangbehandeling of een beslissing tot voortzetting van a-dwangbehandeling, vermeldt het hoofd tevens welke pogingen zijn gedaan om tot overeenstemming als bedoeld in artikel 16a, onder b, van de wet te komen. In

geval van een beslissing tot a-dwangbehandeling vermeldt hij bovendien welke bezwaren tegen de behandeling zijn aangevoerd door de personen, bedoeld in het eerste lid.

7. Van een beëindiging van een a-dwangbehandeling, b-dwangbehandeling, of gedwongen geneeskundige handeling geeft het hoofd van de inrichting kennis aan de personen, genoemd in het derde en – indien van toepassing – vierde lid.

Artikel 34e

De verantwoordelijke arts draagt zorg dat de melding van de toepassing van een a-dwangbehandeling, b-dwangbehandeling, gedwongen geneeskundige handeling of voorzetting van a-dwangbehandeling wordt opgenomen in het register als bedoeld in artikel 6 en in het verpleegde-dossier. Hij draagt tevens zorg dat de resultaten van het overleg, bedoeld in artikel 33a, vierde lid, artikel 34, en artikel 34b, alsmede de adviezen die daarbij zijn gegeven en de afspraken die zijn gemaakt worden opgenomen in het verplegings- en behandelingsplan.

Artikel 34f

1. De inspecteur stelt na beëindiging van elke a- of b-dwangbehandeling doch in ieder geval na afloop van de termijn, bedoeld in artikel 16c, vierde lid, van de wet, een onderzoek in of de beslissing tot de behandeling zorgvuldig is genomen en of de uitvoering van de behandeling zorgvuldig is geschied.

2. De inspecteur stelt eveneens een onderzoek in na beëindiging van elke gedwongen geneeskundige handeling, indien die handeling is verricht ter afwending van een gevaar dat voortvloeit uit de stoornis van de geestvermogens van de verpleegde.

Artikel 35

1. Indien de toepassing van de behandeling, bedoeld in artikel 34, tweede lid, de duur van twee weken te boven gaat, wordt door het hoofd van de inrichting een commissie samengesteld bestaande uit ten minste een afdelingshoofd, een psychiater, een arts en een psycholoog.

2. De in het eerste lid bedoelde commissie brengt binnen twee dagen na de in het eerste lid bedoelde termijn en, indien de onvrijwillige behandeling langer wordt voortgezet, om de twee weken, advies uit aan het hoofd van de inrichting over de voortzetting van die behandeling.

ARTIKEL II

De Penitentiaire maatregel wordt als volgt gewijzigd:

A

Aan artikel 11 wordt een lid toegevoegd, luidende:

4. Indien de commissie toezicht houdt op een inrichting of afdeling waar geneeskundige behandeling als bedoeld in de artikelen 46a tot en met 46e van de wet wordt verricht, maakt ook een psychiater van de commissie deel uit.

B

Hoofdstuk 5 komt te luiden:

Hoofdstuk 5. (Onvrijwillige) geneeskundige behandeling

Artikel 21

In dit hoofdstuk wordt verstaan onder:

- a. *a-dwangbehandeling*: een onvrijwillige geneeskundige behandeling als bedoeld in artikel 46d, onder a, van de wet;
- b. *b-dwangbehandeling*: een onvrijwillige geneeskundige behandeling als bedoeld in artikel 46d, onder b, van de wet;
- c. *gedwongen geneeskundige handeling*: de gedwongen geneeskundige handeling, bedoeld in artikel 32 van de wet;
- d. *geneeskundige behandeling*: de onvrijwillige geneeskundige behandelingen, bedoeld in de onderdelen a tot en met c, en de vrijwillige geneeskundige behandeling, bedoeld in artikel 46c van de wet;
- e. *geneeskundig behandelingsplan*: het geneeskundig behandelingsplan, bedoeld in artikel 46b van de wet;
- f. *inspecteur*: de inspecteur, bedoeld in artikel 1, onder c, van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen;
- g. *voorzetting van a-dwangbehandeling*: de voortzetting van a-dwangbehandeling, bedoeld in artikel 46e, vijfde lid, van de wet.

Artikel 21a

1. Een geneeskundige behandeling wordt verricht in een daartoe geschikte ruimte, onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts.
2. In een inrichting of op een afdeling als bedoeld in artikel 14, vierde lid, van de wet is vierentwintig uur per dag, zeven dagen per week, voldoende psychiatrisch geschoold verpleegkundig personeel aanwezig. Bovendien is vierentwintig uur per dag, zeven dagen per week, een psychiater beschikbaar.
3. Een geneeskundige behandeling wordt slechts uitgevoerd door een arts of verpleegkundige die over voldoende deskundigheid beschikt deze behandeling uit te voeren en indien daartoe voldoende voorzieningen beschikbaar zijn.
4. Eens per twee weken, of vaker indien het belang van de gedetineerde dit eist, vindt een multidisciplinair overleg plaats, waaraan in ieder geval een psychiater, een arts, een psycholoog en een verpleegkundige deelnemen. De resultaten van het overleg alsmede de afspraken die daarbij zijn gemaakt worden geregistreerd in het medische dossier.

Artikel 21b

1. In het geneeskundig behandelingsplan worden ten minste opgenomen:
 - a. de diagnose van de stoornis van de geestvermogens van de gedetineerde;
 - b. de therapeutische middelen, zo mogelijk gerelateerd aan de verschillende aspecten die in de stoornis te onderscheiden zijn, die zullen worden toegepast teneinde een zodanige verbetering van de stoornis van de geestvermogens van de gedetineerde te bereiken, dat het gevaar op grond waarvan deze in verband met zijn geestelijke gezondheidstoestand in een daartoe krachtens artikel 14 van de wet aangewezen afdeling of inrichting behoeft te verblijven, wordt weggenomen;
 - c. of er overeenstemming over het geneeskundig behandelingsplan is.
2. Gedurende de behandeling, kan het geneeskundig behandelingsplan worden gewijzigd. Bij een wijziging worden de uitkomsten van het multidisciplinair overleg, bedoeld in artikel 21a, vierde lid, betrokken.
3. Een wijziging van het geneeskundig behandelingsplan wordt, in overleg met de gedetineerde, vastgesteld. De wijziging wordt hem voor het ingaan daarvan medegedeeld.

Artikel 22

1. Ingeval van een a- of b-dwangbehandeling wordt in het geneeskundig behandelingsplan eveneens opgenomen:

a. welke minder bezwarende middelen zijn aangewend om het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de gedetineerde doet veroorzaken weg te nemen dan wel af te wenden; en

b. de wijze waarop rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de gedetineerde ten aanzien van de behandeling.

2. Het deel van het geneeskundig behandelingsplan waarover geen overeenstemming kan worden bereikt met de gedetineerde dan wel diens curator of mentor, wordt slechts vastgesteld door een psychiater nadat een multidisciplinair overleg heeft plaatsgehad waaraan in ieder geval een psychiater, een arts, een psycholoog en een verpleegkundige hebben deelgenomen.

3. Ingeval van a-dwangbehandeling worden de verklaringen van de psychiaters, bedoeld in artikel 46e, tweede lid, van de wet, bij het in het tweede lid bedoelde overleg betrokken.

Artikel 22a

1. Voordat de directeur beslist dat een door de arts noodzakelijk geachte b-dwangbehandeling of gedwongen geneeskundige handeling zal worden toegepast, pleegt de directeur overleg met die arts en met het hoofd van de afdeling waar de gedetineerde verblijft. Indien de behandeling door een andere arts wordt verricht, wordt tevens met hem overlegd.

2. Ingeval van b-dwangbehandeling of indien het verrichten van een gedwongen geneeskundige handeling noodzakelijk is ter afwendung van gevaar dat voortvloeit uit de stoornis van de geestvermogens van de gedetineerde, pleegt de directeur bovendien overleg met de voor de behandeling verantwoordelijke psychiater.

3. In het in het eerste en tweede lid bedoelde overleg wordt nagegaan of het gevaar niet op een andere wijze kan worden afgewend.

Artikel 22b

1. Zo spoedig mogelijk na de aanvang van de gedwongen geneeskundige handeling wordt door of onder verantwoordelijkheid van een arts een plan opgesteld gericht op een zodanige verbetering van de toestand van de gedetineerde dat de toepassing van de gedwongen geneeskundige handeling kan worden beëindigd. Dit plan wordt opgenomen in het geneeskundig behandelingsplan.

2. Bij de keuze voor een bepaalde geneeskundige handeling wordt steeds gekozen voor de voor de gedetineerde minst ingrijpende handeling.

Artikel 22c

1. Voordat de directeur de beslissing tot verlenging van a-dwangbehandeling neemt, pleegt hij in ieder geval overleg met de voor de behandeling verantwoordelijke psychiater en met het hoofd van de afdeling waar de gedetineerde verblijft.

2. In het in het eerste lid bedoelde overleg wordt nagegaan of van de voortzetting van de behandeling alsnog het beoogde effect kan worden verwacht.

3. De uitkomsten van het multidisciplinaire overleg, bedoeld in artikel 21a, vierde lid, worden bij de beslissing meegenomen.

Artikel 22d

De gedetineerde wordt gedurende de periode dat de a- of b-dwangbehandeling of de gedwongen geneeskundige handeling wordt verricht, zo vaak als nodig is bezocht door een arts of in diens opdracht een verpleegkundige. Het verslag van diens bevindingen wordt opgenomen in het medische dossier.

Artikel 22e

1. De directeur stelt de voorzitter van de commissie van toezicht, de raadsman van de gedetineerde, de curator en de mentor in kennis van een voorgenomen beslissing tot a-dwangbehandeling uiterlijk drie dagen voor het nemen van die beslissing. Zij worden in de gelegenheid gesteld bezwaren tegen de beslissing kenbaar te maken.

2. De voorzitter van de commissie van toezicht doet onverwijld een melding aan de maandcommissaris. De maandcommissaris bezoekt na de melding onverwijld de gedetineerde.

3. Van de toepassing van een a-dwangbehandeling, b-dwangbehandeling, gedwongen geneeskundige handeling of voortzetting van een a-dwangbehandeling wordt uiterlijk bij de aanvang van de behandeling melding gedaan aan Onze Minister en de commissie van toezicht. Ingeval van a- en b-dwangbehandeling en indien een gedwongen geneeskundige handeling wordt toegepast in verband met een gevaar dat voortvloeit uit een stoornis van de geestvermogens van de verpleegde, wordt bovendien melding gedaan aan de inspecteur.

4. Bij de aanvang van een a-dwangbehandeling geeft de directeur daarvan eveneens kennis aan de in het eerste lid genoemde personen.

5. De directeur zendt met de melding, bedoeld in het derde lid, een afschrift van de beslissing tot de behandeling mee waarin hij in ieder geval vermeldt:

a. in verband met welk gevaar is besloten tot een a- of b-dwangbehandeling, dan wel een gedwongen geneeskundige handeling;

b. welke minder bezwarende middelen zijn aangewend om het gevaar dat de gedetineerde doet veroorzaken weg te nemen dan wel af te wenden;

c. welke personen, bedoeld in artikel 46c, onder c, van de wet, zich tegen de behandeling verzetten;

d. de wijze waarop rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de gedetineerde ten aanzien van de behandeling; en

e. indien een behandeling plaatsvindt in een situatie waarin het de gedetineerde is die zich verzet, of deze in staat kan worden geacht gebruik te kunnen maken van de regeling, vervat in de hoofdstukken XI–XII respectievelijk XIII van de wet.

6. Ingeval van een beslissing tot a-dwangbehandeling, b-dwangbehandeling en een beslissing tot voortzetting van a-dwangbehandeling, vermeldt de directeur tevens welke pogingen zijn gedaan om tot overeenstemming als bedoeld in artikel 46c, onder b, van de wet te komen. Ingeval van een beslissing tot a-dwangbehandeling vermeldt hij bovendien welke bezwaren tegen de behandeling zijn aangevoerd door de personen, bedoeld in het eerste lid.

7. Van een beëindiging van een a-dwangbehandeling, b-dwangbehandeling of gedwongen geneeskundige handeling geeft de directeur kennis aan de personen, genoemd in het derde en – indien van toepassing – vierde lid.

Artikel 22f

De verantwoordelijke arts draagt zorg dat de melding van de toepassing van a-dwangbehandeling, b-dwangbehandeling, gedwongen geneeskundige handeling of voortzetting van a-dwangbehandeling en de resultaten van het overleg, bedoeld in artikel 21a, vierde lid, artikel 22a en 22c, alsmede de adviezen die daarbij zijn gegeven en de afspraken die zijn gemaakt worden geregistreerd in het medische dossier.

Artikel 22g

1. De inspecteur stelt na beëindiging van elke a- of b-dwangbehandeling doch in ieder geval na afloop van de termijn, bedoeld in artikel 46e, vierde lid, van de wet, een onderzoek in of de beslissing tot de behandeling zorgvuldig is genomen en of de uitvoering van de behandeling zorgvuldig is geschied.

2. De inspecteur stelt eveneens een onderzoek in na beëindiging van elke gedwongen geneeskundige handeling indien die handeling is verricht ter afwendung van een gevaar dat voortvloeit uit de stoornis van de geestvermogens van de gedetineerde.

Artikel 23

1. Indien de toepassing van de behandeling, bedoeld in artikel 22a, tweede lid, de duur van twee weken te boven gaat wordt door de directeur een commissie samengesteld bestaande uit ten minste een afdelingshoofd, een psychiater, een arts en een psycholoog.

2. De in het eerste lid bedoelde commissie brengt binnen twee dagen na de in het eerste lid bedoelde termijn en, indien de onvrijwillige geneeskundige behandeling langer wordt voortgezet, om de twee weken, advies uit aan de directeur over de voortzetting van die behandeling.

ARTIKEL III

Het Reglement justitiële jeugdinrichtingen wordt als volgt gewijzigd:

A

Aan artikel 14 wordt een lid toegevoegd, luidende:

4. Indien de commissie toezicht houdt op een afdeling waar geneeskundige behandeling als bedoeld in de artikelen 51a tot en met 51e van de wet wordt verricht, maakt ook een psychiater van de commissie deel uit.

B

Hoofdstuk 8 komt te luiden:

Hoofdstuk 8. (Onvrijwillige) geneeskundige behandeling

Artikel 48

In dit hoofdstuk wordt verstaan onder:

a. *a-dwangbehandeling*: een onvrijwillige geneeskundige behandeling als bedoeld in artikel 51d, onder a, van de wet;

b. *b-dwangbehandeling*: een onvrijwillige geneeskundige behandeling als bedoeld in artikel 51d, onder b, van de wet;

c. *gedwongen geneeskundige handeling*: de gedwongen geneeskundige handeling als bedoeld in artikel 37 van de wet;

d. *geneeskundige behandeling*: de onvrijwillige geneeskundige behandelingen, bedoeld in de onderdelen a tot en met c, en de vrijwillige geneeskundige behandeling, bedoeld in artikel 51c van de wet;

e. *geneeskundig behandelingsplan*: het geneeskundig behandelingsplan, bedoeld in artikel 51b van de wet;

f. *inspecteur*: de inspecteur, bedoeld in artikel 1, onder c, van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen;

g. *voorzetting van a-dwangbehandeling*: de voortzetting van a-dwangbehandeling bedoeld in artikel 51e, vijfde lid, van de wet.

Artikel 48a

1. Een geneeskundige behandeling wordt verricht in een daartoe geschikte ruimte, onder verantwoordelijkheid van de behandelend arts.

2. In een inrichting of op een afdeling als bedoeld in artikel 8, zevende lid, van de wet is vierentwintig uur per dag, zeven dagen per week, voldoende psychiatrisch geschoold verpleegkundig personeel aanwezig. Bovendien is vierentwintig uur per dag, zeven dagen per week, een psychiater beschikbaar.

3. Een geneeskundige behandeling wordt slechts uitgevoerd door een arts of verpleegkundige die over voldoende deskundigheid beschikt deze behandeling uit te voeren en indien daartoe voldoende voorzieningen beschikbaar zijn.

4. Eens per twee weken, of vaker indien het belang van de jeugdige dit eist, vindt een multidisciplinair overleg plaats, waaraan in ieder geval een psychiater, een arts, een psycholoog en een verpleegkundige deelnemen. Indien de jeugdige de leeftijd van zestien jaar nog niet heeft bereikt, worden zijn ouders of voogd, stiefouder of pleegouders op de hoogte gesteld van de uitkomsten van het overleg.

Artikel 48b

1. In het geneeskundig behandelingsplan worden ten minste opgenomen:

a. de diagnose van de stoornis van de geestvermogens van de jeugdige;

b. de therapeutische middelen, zo mogelijk gerelateerd aan de verschillende aspecten die in de stoornis te onderscheiden zijn, die zullen worden toegepast teneinde een zodanige verbetering van de stoornis van de geestvermogens van de jeugdige te bereiken, dat het gevaar op grond waarvan deze in verband met zijn geestelijke gezondheidstoestand op een afdeling voor intensieve zorg of intensieve behandeling behoeft te verblijven, wordt weggenomen;

c. of er overeenstemming over het geneeskundig behandelingsplan is.

2. Gedurende de behandeling kan het geneeskundig behandelingsplan worden gewijzigd. Bij een wijziging wordt de uitkomst van het multidisciplinair overleg, bedoeld in artikel 48a, vierde lid, betrokken.

3. Een wijziging van het geneeskundig behandelingsplan wordt, in overleg met de persoon, bedoeld in artikel 51c, onder b, van de wet vastgesteld. De wijziging wordt hem voor het ingaan daarvan medegedeeld.

Artikel 49

1. In geval van een a- of b-dwangbehandeling wordt in het geneeskundig behandelingsplan eveneens opgenomen:

a. welke minder bezwarende middelen zijn aangewend om het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de jeugdige doet veroorzaken weg te nemen dan wel af te wenden; en

b. de wijze waarop rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de jeugdige en indien de jeugdige de leeftijd van zestien jaar nog niet heeft bereikt zijn ouders of voogd, stiefouder of pleegouders ten aanzien van de behandeling.

2. Het deel van het geneeskundig behandelingsplan waarover geen overeenstemming kan worden bereikt met de jeugdige of indien de jeugdige de leeftijd van zestien jaar nog niet heeft bereikt zijn ouders of voogd, stiefouder of pleegouders, wordt slechts vastgesteld door een psychiater nadat een multidisciplinair overleg heeft plaatsgehad waaraan in ieder geval een psychiater, een psycholoog en een verpleegkundige hebben deelgenomen.

3. Ingeval van a-dwangbehandeling worden de verklaringen van de psychiaters, bedoeld in artikel 51e, tweede lid, van de wet, bij het in het tweede lid bedoelde overleg betrokken.

Artikel 49a

1. Voordat de directeur beslist dat een door de arts noodzakelijk geachte b-dwangbehandeling of gedwongen geneeskundige handeling zal worden toegepast, pleegt de directeur overleg met die arts en met het hoofd van de afdeling waar de jeugdige verblijft. Indien de behandeling door een andere arts wordt verricht, wordt tevens met hem overlegd.

2. Ingeval van b-dwangbehandeling of indien het verrichten van een gedwongen geneeskundige handeling noodzakelijk is ter afwendung van gevaar dat voortvloeit uit de stoornis van de geestvermogens van de jeugdige, pleegt de directeur bovendien overleg met de voor de behandeling verantwoordelijke psychiater.

3. In het in het eerste en tweede lid bedoelde overleg wordt nagegaan of het gevaar niet op een andere wijze kan worden afgewend.

Artikel 49b

1. Zo spoedig mogelijk na de aanvang van de gedwongen geneeskundige handeling wordt door of onder verantwoordelijkheid van een arts een plan opgesteld gericht op een zodanige verbetering van de toestand van de jeugdige dat de toepassing van de gedwongen geneeskundige handeling kan worden beëindigd. Dit plan wordt opgenomen in geneeskundig behandelingsplan.

2. Bij de keuze voor een bepaalde geneeskundige handeling wordt steeds gekozen voor de voor de jeugdige minst ingrijpende handeling.

Artikel 49c

1. Voordat de directeur de beslissing tot voortzetting van a-dwangbehandeling neemt, pleegt hij overleg met de voor de behandeling verantwoordelijke psychiater en met het hoofd van de afdeling waar de jeugdige verblijft.

2. In het in het eerste lid bedoelde overleg wordt nagegaan of van de voortzetting van de behandeling alsnog het beoogde effect kan worden verwacht.

3. De uitkomsten van het multidisciplinaire overleg, bedoeld in artikel 48a, vierde lid, worden bij de beslissing meegenomen.

Artikel 49d

De jeugdige wordt gedurende de periode dat de a- of b-dwangbehandeling of de gedwongen geneeskundige handeling wordt verricht, zo vaak als nodig is bezocht door een arts of in diens opdracht een verpleegkundige. Het verslag van diens bevindingen wordt opgenomen in het medische dossier.

Artikel 49e

1. De directeur stelt de voorzitter van de commissie van toezicht, de raadsman van de jeugdige en indien de jeugdige de leeftijd van zestien jaar nog niet heeft bereikt, zijn ouders of voogd, stiefouder of pleegouders in kennis van het voornemen tot een beslissing tot a-dwangbehandeling uiterlijk drie dagen voor het nemen van die beslissing. Zij worden in de gelegenheid gesteld bezwaren tegen de beslissing kenbaar te maken.

2. De voorzitter van de commissie van toezicht doet onverwijld een melding aan de maandcommissaris. De maandcommissaris bezoekt na de melding onverwijld de jeugdige.

3. Van de toepassing van een a-dwangbehandeling, b-dwangbehandeling, gedwongen geneeskundige handeling of voortzetting van a-dwangbehandeling wordt uiterlijk bij de aanvang van de behandeling melding gedaan aan Onze Minister en de commissie van toezicht. Ingeval van a- of b-dwangbehandeling en indien een gedwongen geneeskundige handeling wordt toegepast in verband met een gevaar dat voortvloeit uit een stoornis van de geestvermogens van de jeugdige, wordt tevens melding gedaan aan de inspecteur.

4. Bij de aanvang van een a-dwangbehandeling geeft de directeur daarvan eveneens kennis aan de in het eerste lid genoemde personen.

5. De directeur zendt met de melding, bedoeld in het derde lid, een afschrift van de beslissing tot de behandeling mee waarin hij in ieder geval vermeldt:

a. in verband met welk gevaar is besloten tot een a- of b-dwangbehandeling, dan wel een gedwongen geneeskundige handeling;

b. welke minder bezwarende middelen zijn aangewend om het gevaar weg te nemen dan wel af te wenden;

c. welke personen, bedoeld in artikel 51c, onder c, van de wet, zich tegen de behandeling verzetten;

d. de wijze waarop rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de jeugdige en indien de jeugdige de leeftijd van zestien jaar nog niet heeft bereikt de voorkeuren van zijn ouders of voogd, stiefouder of pleegouders ten aanzien van de behandeling; en

e. indien een behandeling plaatsvindt in een situatie waarin het de jeugdige is die zich verzet, of deze in staat kan worden geacht gebruik te kunnen maken van de regeling, vervat in Hoofdstuk XIII–XIV respectievelijk XV van de wet.

6. Ingeval van een beslissing tot a-dwangbehandeling, b-dwangbehandeling of voortzetting van a-dwangbehandeling, vermeldt de directeur tevens welke pogingen zijn gedaan om tot overeenstemming als bedoeld in artikel 51c, onder b, van de wet te komen. In geval van een beslissing tot a-dwangbehandeling vermeldt hij bovendien welke bezwaren tegen de behandeling zijn aangevoerd door de personen, bedoeld in het eerste lid.

7. Van een beëindiging van een a-dwangbehandeling, b-dwangbehandeling of gedwongen geneeskundige handeling geeft de directeur kennis aan de personen, genoemd in het derde en – indien van toepassing – vierde lid.

8. Onze Minister kan voor de meldingen een model vaststellen.

Artikel 49f

De verantwoordelijke arts draagt zorg dat de melding van de toepassing van a-dwangbehandeling, b-dwangbehandeling, gedwongen geneeskundige handeling en voortzetting van a-dwangbehandeling en de resultaten van het overleg, bedoeld in artikel 48a, vierde lid, artikel 49a en artikel 49c, alsmede de adviezen die daarbij zijn gegeven en de afspraken die daarbij zijn gemaakt worden geregistreerd in het medische dossier.

Artikel 49g

1. De inspecteur stelt na beëindiging van elke a- of b-dwangbehandeling, doch in ieder geval na afloop van de termijn, bedoeld in artikel 51e, vierde lid, van de wet, een onderzoek in of de beslissing tot de behandeling zorgvuldig is genomen en of de uitvoering van de behandeling zorgvuldig is geschied.

2. De inspecteur stelt eveneens een onderzoek in na beëindiging van elke gedwongen geneeskundige handeling indien die behandeling is verricht ter afwending van een gevaar dat voortvloeit uit de stoornis van de geestvermogens van de jeugdige.

Artikel 50

1. Indien de toepassing van de behandeling, bedoeld in artikel 49a, tweede lid, de duur van twee weken te boven gaat wordt door de directeur een commissie samengesteld bestaande uit ten minste een afdelingshoofd, een psychiater, een arts en een psycholoog.

2. De in het eerste lid bedoelde commissie brengt binnen twee dagen na de in het eerste lid bedoelde termijn en, indien de onvrijwillige geneeskundige behandeling langer wordt voortgezet, om de twee weken, advies uit aan de directeur over de voortzetting van de behandeling.

ARTIKEL IV

Dit besluit en de wet van 13 september 2012 tot 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 (Stb. 2012, 410) treden in werking met ingang van 1 juli 2013.

Lasten en bevelen dat dit besluit met de daarbij behorende nota van toelichting in het Staatsblad zal worden geplaatst.

's-Gravenhage, 8 maart 2013

Beatrix

De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,
F. Teeven

Uitgegeven de *negentiende* maart 2013

De Minister van Veiligheid en Justitie,
I.W. Opstelten

Het advies van de Afdeling advisering van de Raad van State wordt niet openbaar gemaakt op grond van artikel 26, zesde lid jo vijfde lid van de Wet op de Raad van State, omdat het uitsluitend opmerkingen van redactionele aard bevat.

NOTA VAN TOELICHTING

1. Algemeen

1.1 Inleiding

Door dit besluit wordt in het Reglement verpleging ter beschikking gestelden (Rvt), de Penitentiaire maatregel (Pm) en het Reglement justitiële jeugdinrichtingen (Rjj) een hoofdstuk betreffende de (onvrijwillige) geneeskundige behandeling ingevoegd. Kort samengevat worden (nadere) eisen gesteld aan het geneeskundig (verplegings- en) behandelingsplan en de voorzieningen op de afdelingen en de ruimtes waar geneeskundige behandeling wordt verricht. Ook wordt de taak van de behandelend arts nader beschreven en wordt voorzien in een (meldings)procedure voor de toepassing van onvrijwillige geneeskundige behandelingen (verder: dwangbehandelingen).

Dit besluit strekt ter uitvoering van de wet van 13 september 2012 tot 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 (Stb. 2012, 410; verder: Wet onvrijwillige geneeskundige behandeling). Die wet heeft de bepalingen over de geneeskundige behandeling van de geestelijke gezondheidstoestand in de beginselenwetten in overeenstemming gebracht met de voorschriften die bij of krachtens de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet bopz) zijn bepaald. Daarnaast vergroot de eerdergenoemde wet de mogelijkheden tot het toepassen van dwangbehandeling in tbs-instellingen, penitentiaire inrichtingen en justitiële jeugdinrichtingen, waarbij is aangesloten bij de regeling zoals die thans geldt onder de Wet bopz¹.

1.1.1 Adviezen

Een concept van het besluit is voorgelegd aan de Nederlandse Vereniging voor rechtspraak (NVvR), de Raad voor de rechtspraak (Rvdr), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de Nederlandse Orde van Advocaten (NOvA), de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), GGZ Nederland (GGZ NL), het openbaar ministerie (OM) en de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (RSJ). Van alle instanties is advies ontvangen.

Het besluit heeft de Rvdr en het OM geen aanleiding gegeven tot opmerkingen.

De NVvR vraagt aandacht voor het feit dat een belangrijk verschil tussen de a- en b-dwangbehandeling ten opzichte van de gedwongen geneeskundige handeling het gevaarscriterium is. Dit verschil bestaat er deels in dat bij de a- en b-dwangbehandeling tussen het gevaar en de stoornis van de geestvermogens een causaal verband dient te bestaan, terwijl bij de gedwongen geneeskundige handeling dit causaal verband geen vereiste is. Zie hieromtrent nader paragraaf 1.4. De aanbeveling van de NVvR om in verband met dit onderscheid de terminologie in een aantal artikelen aan te passen is overgenomen.

¹ Ook de Wet op de jeugdzorg kent een regeling voor onvrijwillige behandelingen (artikel 29p), die in belangrijke mate overeen komt met de Wet Bopz. Op dit moment is ZonMw bezig met een thematische evaluatie. Naar aanleiding van die evaluatie zal worden bekeken of de verschillende regelingen (nog) meer in overeenstemming met elkaar gebracht moeten worden. Daarbij zal steeds rekening worden gehouden met de specifieke setting waarin de onvrijwillige behandeling wordt toegepast.

De NVvP acht het besluit werkbaar in de praktijk en is positief over de inhoud van het besluit. Wel wordt voor enkele punten nog aandacht gevraagd. Zo adviseert de NVvP criteria te formuleren op basis waarvan het hoofd van de inrichting respectievelijk de directeur kan afwijken van het advies van de psychiater betreffende dwangbehandeling. GGZ NL doet een soortgelijke aanbeveling. Ik zie geen noodzaak tot het formuleren van dergelijke criteria. Het hoofd respectievelijk de directeur kan de beslissing tot dwangbehandeling niet nemen zonder dat dit noodzakelijk wordt geacht door één of twee artsen (psychiaters). Daarmee is het oordeel van de arts(en) in deze gevallen van doorslaggevend gewicht. Bovendien bestaat er geenszins een verplichting voor de arts tot handelen, ook niet wanneer het hoofd respectievelijk de directeur een beslissing tot dwangbehandeling heeft genomen. Mede naar aanleiding van de opmerkingen van de KNMG in dit verband, benadruk ik dat de arts volgens zijn eigen professionele maatstaf bepaalt of, en zo ja, welk medisch ingrijpen is geïndiceerd. Het voorgaande komt er op neer dat de beslissing van het hoofd respectievelijk de directeur een legitimatie kunnen vormen om tegen de wil van de betrokkene een inbreuk te maken op diens lichamelijke integriteit. Van een verplichting daartoe voor de arts is echter geen sprake.

De NVvP en GGZ NL vroegen ook aandacht voor de omgekeerde situatie. Het gaat dan om de situatie waarin twee artsen adviseren tot een dwangbehandeling en het hoofd respectievelijk de directeur beslist dat geen dwangbehandeling zal worden toegepast. Het lijkt mij niet waarschijnlijk dat deze situatie zich (veelvuldig) zal voordoen. Het hoofd respectievelijk de directeur zal in beginsel afgaan op het oordeel van de arts. Dat een beslissing van de directeur nodig is, houdt verband met het feit dat hij de verantwoordelijkheid draagt voor de gezondheid van de verpleegde, gedetineerde of jeugdige die aan de zorg van de overheid is toevertrouwd.

De NVvP doet daarnaast de aanbeveling om bij het opstellen van het behandelingsplan ook bij wijze van routine de wilsbekwaamheid van de betrokkene te bepalen en de uitkomst daarvan in het behandelingsplan op te nemen. Ook GGZ NL vroeg hiervoor aandacht in zijn advies. Ik zie geen aanleiding om deze eis in dit besluit op te nemen. Uit de beginselenwetten volgt dat er overeenstemming moet zijn over het behandelingsplan. Bij wilsbekwaamheid vindt het overleg hierover plaats met de wettelijke vertegenwoordiger. In deze systematiek wordt de vraag naar de wilsbekwaamheid dus reeds geadresseerd. In hoeverre daarbij moet worden uitgegaan van een presumptie van wilsbekwaamheid of dat het wenselijker is dat de wilsbekwaamheid steeds (bij wijze van routine) wordt vastgesteld, wordt overgelaten aan de praktijk. Deze maakt ook gebruik van richtlijnen op dit gebied. Ik wijs bijvoorbeeld op de «Richtlijn Besluitvorming dwang: opname en behandeling» uit 2008 van de NVvP. Een nadere regeling van deze materie zou neerkomen op codificatie van hetgeen in de praktijk op grond van deze richtlijnen reeds gebeurt. Ik acht dit onnodig en onwenselijk, aangezien het eenvoudig ten koste zal kunnen gaan van de flexibiliteit die ook aan de dag moet kunnen worden gelegd. Ik merk daarbij op dat wils(on)bekwaamheid geen statische eigenschap is. Wils(on)bekwaamheid kan fluctueren, tijdelijk zijn, en kan zich beperken tot slechts enkele beslissingen. De wils(on)bekwaamheid moet dus steeds in het concrete geval beoordeeld worden. Gelet op het voorgaande ben ik van oordeel dat het geen toegevoegde waarde heeft om, naast de vastlegging of sprake is van overeenstemming, in het behandelingsplan op te nemen of de betrokkene wils(on)bekwaam is.

Voor de rechtsgeldigheid van een eventueel verzet van de betrokkene tegen een behandeling is het overigens niet relevant of deze wilsbekwaam is. Ook bij het verzet van een wilsbekwame betrokkene kan niet worden overgegaan tot een geneeskundige behandeling, tenzij aan de voorwaar-

den voor dwangbehandeling is voldaan. Deze voorwaarden vinden hieronder bespreking.

Op de overige opmerkingen van de NVvP zal ik hieronder in de toelichting bij de desbetreffende onderdelen nader ingaan.

De NOvA richt zich in zijn advies, voor zover deze betrekking heeft op onderhavig besluit, in het bijzonder op de rechtsbescherming bij de dwangbehandeling. Ik heb in het advies aanleiding gezien de termijn voor de melding van de beslissing tot a-dwangbehandeling in de artikelen 34d, eerste lid, Rvt, 22e, eerste lid, Pm en 49e, eerste lid, Rjj te verlengen van vierentwintig uur naar drie dagen. Voor alle betrokkenen ontstaat zo voldoende tijd om bezwaren tegen de beslissing kenbaar te maken. Hiermee wordt ook tegemoetgekomen aan de opmerking van de RSJ dat de termijn van vierentwintig uur onvoldoende is. Ik kom op deze en andere vereisten die gelden voor de dwangbehandeling hierna terug.

Waarom de uitgebreidere meldingsprocedure is beperkt tot a-dwangbehandeling en waarom een melding wordt gedaan aan ouders van jeugdigen tot de leeftijd van zestien jaar (en niet tot de leeftijd van achttien jaar) wordt in paragraaf 1.7 nader toegelicht. Daarmee wordt ook een soortgelijke vraag van de RSJ beantwoord. Voor het overige heeft het advies van NOvA niet tot aanpassing van dit besluit geleid.

De KNMG staat positief tegenover het onderhavige besluit. De KNMG is van oordeel dat zowel de belangen van de patiënt als de belangen van de samenleving beter kunnen worden behartigd doordat wet- en regelgeving meer in lijn zijn gebracht met de Wet bopz. De KNMG vraagt aandacht voor het uitgangspunt van gelijkwaardigheid van zorg en is van oordeel dat voorkomen moet worden dat in dit besluit gestelde eisen derogeren aan bestaande zorgwetgeving in gevallen waarin dit niet noodzakelijk is in verband met de specifieke justitiële setting. Naar aanleiding van deze observatie benadruk ik dat de eisen uit de «reguliere» zorgwetgeving in beginsel van toepassing zullen zijn binnen de justitiële setting. Ik wijs op de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet op de individuele beroepen in de gezondheidszorg (verder: Wet BIG) en Boek 7, Titel 7, Afdeling 5, Burgerlijk Wetboek (verder: WGBO). Dit is slechts anders wanneer in de beginselenwetten en daarbij horende regelgeving wordt afgeweken of de justitiële setting zich tegen de toepasselijkheid verzet. Naar aanleiding van het advies van de KNMG is het besluit overigens meer met deze zorgwetgeving in overeenstemming gebracht. Ook de toelichting heeft naar aanleiding hiervan aanvullingen ondergaan.

De KNMG vraagt in zijn advies aandacht voor de beslissing tot voortzetting van een a-dwangbehandeling. Voor deze beslissing geldt een zwaardere motiveringseis dan voor de initiële beslissing tot a-dwangbehandeling. Naast dat moet zijn voldaan aan de criteria voor deze behandeling, moet worden onderbouwd «waarom van een behandeling alsnog het beoogde effect wordt verwacht», terwijl dat effect tot op dat moment nog onvoldoende is bereikt. Deze bepaling is in overeenstemming is met artikel 38c van de Wet bopz. Om aan de zwaardere motiveringseis te kunnen voldoen, zal steeds contact moeten worden gezocht met een arts. Die arts zal moeten oordelen dat van de voortgezette behandeling alsnog het beoogde effect kan worden verwacht. Daarnaast zijn de uitkomsten van het structurele multidisciplinaire overleg van belang voor de onderbouwing van de beslissing. In verband met de kenbaarheid van deze vereisten, zijn deze opgenomen in de bij dit besluit vastgestelde artikelen 34b Rvt, 22c Pm en 49c Rjj.

De KNMG geeft daarnaast in overweging om bij de b-dwangbehandeling en de gedwongen geneeskundige handeling de eis van een second opinion op te nemen. Dit vereiste geldt wel bij een a-dwangbehandeling

en vloeit rechtstreeks voort uit de wettelijke bepalingen waaraan ik met dit besluit nader uitvoering geef. De hiermee samenhangende afwegingen zijn bij de vaststelling van deze wettelijke bepalingen derhalve reeds gemaakt. Dat deze eis bij a-dwangbehandeling geldt, hangt samen met het verderstreckende en meer ingrijpende karakter van deze behandeling; deze behandeling kan immers worden toegepast wanneer, kort gezegd, aannemelijk is dat de betrokkene zonder behandeling langdurig in de inrichting of op de zorgafdeling moet verblijven. Dit is bij de b-dwangbehandeling en gedwongen geneeskundige handeling anders. Daar moet sprake zijn van een (onmiddellijk) dreigend gevaar in de inrichting en kan een beoordeling door een tweede arts soms moeilijk worden afgewacht. Dit is nader toegelicht in de memorie van antwoord bij het wetsvoorstel (Kamerstukken II 2011/12, 32 337, C, p. 6–7, 12–13 en 21–22), waarbij ook wordt ingegaan op de overige relevante verschillen tussen de behandelingsvormen die hier nadere regeling vinden.

GGZ NL oordeelt positief over het besluit en onderschrijft het beginsel van gelijkwaardigheid van zorg in de justitiële inrichtingen en de reguliere GGZ-inrichtingen. GGZ NL benadrukt het belang van voldoende gekwalificeerd personeel. Dit belang wordt met dit besluit erkend en deze eis is hierin ook vastgelegd. In de praktijk wordt aan deze eis reeds voldaan. Ik doel dan in het bijzonder op de forensisch psychiatrisch centra (fpc's), de vijf penitentiair psychiatrische centra (ppc's) en de forensische observatie- en begeleidingsafdeling (foba) van JJI De Hartelborgt te Spijkenisse).

Op de overige onderdelen van het advies van GGZ NL wordt hieronder nader ingegaan.

De RSJ geeft aan dat het gebruik van de begrippen a- en b-dwangbehandeling de indruk wekt dat er verschillende soorten dwangbehandeling bestaan.

Er bestaan in die zin verschillende «soorten» dwangbehandeling, dat er verschillende gronden zijn op basis waarvan een dwangbehandeling kan worden verricht, namelijk a) indien aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de gedetineerde doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen (a-dwangbehandeling); b) indien de directeur daartoe een besluit heeft genomen en dit naar het oordeel van de arts volstrekt noodzakelijk is om het gevaar dat de stoornis de gedetineerde binnen de inrichting doet veroorzaken, af te wenden (b-dwangbehandeling); en c) indien een geneeskundige handeling volstrekt noodzakelijk is ter afwendung van gevaar voor de gezondheid of veiligheid van de betrokkene of anderen (gedwongen geneeskundige handeling). Een onderscheid maken tussen deze verschillende gronden voor dwangbehandeling is in dit besluit nodig, omdat de procedures, afhankelijk van de grond op basis waarvan dwangbehandeling wordt verricht, enigszins van elkaar afwijken. Waarom sprake is van een enigszins uitgebreidere procedure ingeval van a-dwangbehandeling wordt in paragraaf 1.7 nader toegelicht.

Dit neemt niet weg dat, zoals de RSJ terecht opmerkt, de inhoud van de behandeling (de behandelingsmiddelen die worden ingezet) bij a-dwangbehandeling, b-dwangbehandeling en de gedwongen geneeskundige handeling vooral afhankelijk is van de stoornis of andere klachten van de betrokkene en niet zozeer van de vraag op welke grond de behandeling verricht wordt.

De RSJ geeft aan zich niet te kunnen vinden in de opvatting dat het bij de b-dwangbehandeling om een meer acute situatie gaat dan bij de a-dwangbehandeling. De RSJ geeft aan dat daarmee wordt afgeweken van de Wet bopz.

In reactie daarop wil ik vooropstellen dat in de Wet onvrijwillige geneeskundige behandeling juist wordt beoogd met de a- en b-dwangbehandeling aan te sluiten bij de gronden voor dwangbehandeling uit artikel 38c, eerste lid, onder a respectievelijk onder b, Wet bopz.

Ik verwijs voorts naar de memorie van toelichting bij de Wet tot wijziging van de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (voorwaardelijke machtiging en dwangbehandeling) (Kamerstukken II 2005/06, 30 492, nr. 3). Uit die memorie van toelichting (p. 9) blijkt dat de ratio van de b-dwangbehandeling is «dat dwangbehandeling alleen mogelijk moet zijn ter afwendig van (acuut) gevaar binnen de inrichting» en «alleen mogelijk is bij (onmiddellijk dreigend) gevaar binnen de inrichting».

Bij de a-dwangbehandeling gaat het daarentegen om de situatie waarin het aannemelijk is dat zonder behandeling het gevaar niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. De a-dwangbehandeling is er vooral op gericht te voorkomen dat betrokkene langdurig in een zorginstelling (of binnen de justitiële setting: in de inrichting of op de speciale zorgafdeling) moet verblijven. Er moet, blijkens de eerder aangehaalde memorie van toelichting (p. 17), «aannemelijk worden gemaakt dat zonder toepassing van het behandelingsplan betrokkene niet buiten het ziekenhuis kan verblijven, zonder gevaar te veroorzaken als gevolg van de stoornis.» Het hoeft, met andere woorden, niet te gaan om een gevaar dat zich onmiddellijk binnen de inrichting verwezenlijkt of dreigt te verwezenlijken, maar het kan ook gaan om een gevaar dat zich pas buiten de inrichting (ten volle) verwezenlijkt. Daarmee is bij de a-dwangbehandeling sprake van een minder acute situatie. De a-dwangbehandeling is daardoor ook ingrijpender en verstrekkender dan b-dwangbehandeling, waardoor een uitgebreidere voorbereidingsprocedure aangewezen is.

Ik kom op het onderscheid tussen de a- en b-dwangbehandeling in paragraaf 1.4 nog terug.

De tekstuele opmerkingen van de RSJ zijn overgenomen.

1.1.2 Financiële consequenties en administratieve lasten

De Wet onvrijwillige geneeskundige behandeling voorziet in een verruiming van de mogelijkheid om binnen de tbs-instellingen, de justitiële jeugdinstellingen en het gevangeniswezen onvrijwillige geneeskundige behandeling te verrichten. Zoals destijds in de memorie van toelichting beschreven, zullen naar verwachting de kosten voor de tbs-instellingen en justitiële jeugdinstellingen niet noemenswaardig stijgen. In de memorie van toelichting werd een uitvoeringstoets aangekondigd voor het in kaart brengen van de financiële consequenties van het wetsvoorstel voor het gevangeniswezen (zie Kamerstukken II 2009/10, 32 337, nr. 3, p. 24). Deze uitvoeringstoets had betrekking op de realisatie van de ppc's. Nu deze inmiddels alle vijf beschikken over de voorzieningen die nodig zijn voor de uitvoering van het wetsvoorstel kan een uitvoeringstoets achterwege blijven.

De wetswijziging zal tot gevolg hebben dat een deel van de betrokkenen niet langer hoeft te worden overgeplaatst naar een reguliere zorginstelling voor een onvrijwillige behandeling. De kosten daarvoor vervallen. De toename van de kosten door de toename van het aantal geneeskundige behandelingen dat zal worden verricht binnen de justitiële setting zal daardoor gecompenseerd worden.

Omdat de afdelingen en instellingen waar de geneeskundige behandeling zal worden verricht reeds beschikken over een voorzieningenniveau dat voldoet aan de eisen in dit besluit, worden geen nadere financiële consequenties van dit besluit verwacht.

In dit besluit worden enkele aantekening- en registratieplichten voor het hoofd van de inrichting respectievelijk de directeur en de (inrichtings)arts ingevoerd. Deze aantekening- en registratieplichten houden verband met de beslissing tot a- dan wel b-dwangbehandeling. Het aantal beslissingen daartoe zal beperkt zijn. Er is ingeschat dat het om niet meer dan ongeveer honderd gevallen per jaar zal gaan.

De uitkomsten van het structurele multidisciplinaire overleg en het verslag van de bevindingen van de arts of verpleegkundige worden opgenomen in het medisch dossier. Dit zijn gegevens die veelal nu al in het medische dossier worden opgenomen.

Daarnaast moet de beslissing tot dwangbehandeling worden gemeld aan de Minister van Veiligheid en Justitie, de commissie van toezicht en de Inspectie voor de gezondheidszorg. De melding wordt in het medisch dossier geregistreerd. Het betreft veelal een kleine handeling. Slechts het afschrift van de toch al schriftelijke (zie de artikelen 16c, vierde lid, 54 Bvt, 46e, vierde lid, 58 Pbw, 51e, vierde lid en 62 Bjj) beslissing hoeft te worden meegezonden. Daarmee zullen de gevolgen voor de administratieve lasten voor de inrichtingen beperkt zijn. Bovendien zijn deze gerechtvaardigd in het licht van het belang dat wordt gediend met de aantekening- en registratieplichten, te weten het kunnen uitoefenen van controle op de ingrijpende beslissing tot a- of b-dwangbehandeling.

Het besluit heeft geen gevolgen voor de administratieve lasten van het bedrijfsleven of burgers.

1.1.3 Verdere inhoud toelichting

In het hiernavolgende wordt ingegaan op de uitgangspunten die ten grondslag liggen aan dit besluit (paragraaf 1.2), de geneeskundige behandeling in verband met de geestelijke gezondheidstoestand (paragraaf 1.3), de drie vormen van dwangbehandeling (paragraaf 1.4), de voorzieningen en de taak van de behandelend arts (paragraaf 1.5), het geneeskundig behandelingsplan (paragraaf 1.6) en de meldingsprocedure (paragraaf 1.7). Daarna volgt in paragraaf 2 een artikelsgewijze toelichting.

1.2 Uitgangspunten

Bij de inrichting van dit besluit zijn gelijkwaardigheid van zorg, doelmatigheid, subsidiariteit en proportionaliteit tot uitgangspunt genomen.

Met gelijkwaardigheid van zorg wordt bedoeld dat de zorg binnen de justitiële inrichtingen gelijkwaardig moet zijn aan de zorg daarbuiten. In dit besluit wordt met name aangesloten bij de Wet bopz en de op die wet gebaseerde lagere regelgeving. Het belangrijkste voorbeeld is dat voor de in dit besluit voorziene meldingsprocedure is aangesloten bij de meldingsprocedure van artikel 38c Wet bopz. Ook bij de bepalingen over de voorzieningen en de taak van de behandelend arts is gekeken naar de zorgverlening buiten justitiële inrichtingen. Benadrukt wordt op deze plaats dat eisen uit de gezondheidszorgwetgeving (o.a. de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet BIG en de WGBO) en verschillende (medische) richtlijnen en beroepscode onverkort gelden voor zorgverlening en zorgverleners binnen justitiële inrichtingen, tenzij de justitiële regelgeving of justitiële setting zich daartegen verzet.

Met doelmatigheid wordt bedoeld dat de dwangbehandeling daadwerkelijk moet leiden tot de afwending of vermindering van het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens doet veroorzaken. Bepalingen zoals dat de in het behandelingsplan opgenomen therapeutische middelen – indien mogelijk – gerelateerd worden aan de verschillende aspecten die in de stoornis te onderscheiden zijn, zijn een uitwerking van dit uitgangspunt.

Met de eisen van subsidiariteit en proportionaliteit wordt bedoeld dat de dwangbehandeling pas mag worden ingezet als er geen andere middelen meer zijn om het gevaar af te wenden of te verminderen (als laatste redmiddel of «ultimum remedium»), dat de dwangbehandeling niet verder mag gaan of langer mag duren dan noodzakelijk is en dat zo veel mogelijk rekening moet worden gehouden met de wensen en voorkeuren van de betrokkene. Een voorbeeld van de uitwerking van deze uitgangspunten is de bepaling dat in het (verplegings- en) behandelingsplan moet worden opgenomen welke minder bezwarende middelen zijn ingezet en hoe rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de betrokkene ten aanzien van de behandeling.

Tot slot vormt ook rechtsbescherming een belangrijk aspect. Het meest expliciet komt dit tot uiting in de meldingsprocedure, maar ook de andere in dit besluit opgenomen zorgvuldigheidseisen dragen bij aan de rechtsbescherming van de betrokkene.

1.3 Geneeskundige behandeling in verband met de geestelijke gezondheidstoestand

Met de inwerkingtreding van Wet onvrijwillige geneeskundige behandeling zijn de bepalingen over de geneeskundige behandeling in verband met de geestelijke gezondheidstoestand in de beginselenwetten in overeenstemming gebracht met de voorschriften bij of krachtens de Wet bopz.

Voor alle verpleegden geldt dat, net als voorheen, altijd zo spoedig mogelijk na binnenkomst een verplegings- en behandelingsplan voor hen wordt opgesteld (artikel 16 Bvt). Gedetineerden en jeugdigen ten aanzien van wie blijkt dat zij een geneeskundige behandeling in verband met hun geestelijke gezondheidstoestand behoeven, worden overgeplaatst naar een speciale zorgafdeling. Aldaar wordt een behandelingsplan voor hen opgesteld (zie de artikelen 46b Pbw en 51b Bjj). Ten aanzien van de hier gebruikte terminologie voor het (verplegings- en) behandelingsplan wordt – naar aanleiding van het advies van de KNMG – het volgende opgemerkt. In het Rvt wordt het behandelingsplan (evenals in de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden) «verplegings- en behandelingsplan» genoemd; in de Pm en het Rjj (evenals in de Penitentiaire beginselenwet en de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen) «behandelingsplan». Dit houdt ermee verband dat het plan in een tbs-instelling niet alleen ziet op de behandeling (gericht op vermindering stoornis geestvermogens) van de betrokkene, maar ook op diens verpleging (gericht op de bescherming van de maatschappij en de verzorging van de verpleegde), terwijl het plan binnen het gevangeniswezen en de justitiële jeugdinrichtingen enkel ziet op de behandeling van de betrokkene. In het vervolg van deze tekst wordt in verband met de leesbaarheid telkens gesproken van het behandelingsplan. Daaronder wordt dan mede verstaan het verplegings- en behandelingsplan uit de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden/het Rvt.

Zie voor de eisen die in dit besluit worden gesteld aan het behandelingsplan, de voorzieningen in de inrichting ten behoeve van de geneeskundige behandeling en de taak van de behandelend arts de paragrafen 1.5 en 1.6.

Wanneer de betrokkene niet wil instemmen met het behandelingsplan of wanneer de behandelingsmiddelen niet zijn opgenomen in het behandelingsplan en de betrokkene daarmee niet alsnog wil instemmen kan in het uiterste geval worden overgegaan tot een dwangbehandeling.

1.4 Drie vormen van dwangbehandeling

Zoals in de inleiding reeds aangegeven, kan er een onderscheid worden gemaakt tussen drie soorten dwangbehandeling, te weten de gedwongen geneeskundige handeling (artikelen 26 Bvt, 32 Pbw en 37 Bjj), de a-dwangbehandeling (artikelen 16b, onder a, Bvt, 46d, onder a, Pbw en 51d, onder a, Bjj) en de b-dwangbehandeling (artikelen 16b, onder b, Bvt, 46d, onder b, Pbw en 51d, onder b, Bjj). Tussen deze vormen van dwangbehandeling bestaan verschillen die ook leiden tot verschillen in een aantal bepalingen in dit besluit. De drie verschillende vormen van dwangbehandeling worden daarom hieronder kort uiteengezet, waarbij kort wordt beschreven wat dit betekent voor de bepalingen in dit besluit.

1.4.1 Gedwongen geneeskundige handeling

De mogelijkheid te beslissen tot een gedwongen geneeskundige handeling bestond al langer onder de beginselenwetten. Het gaat bij de gedwongen geneeskundige handeling om een meer acute situatie: de geneeskundige handeling moet volstrekt noodzakelijk zijn ter afwending van een gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van de betrokkene of anderen. Het gevaar hoeft niet in verband te staan met een stoornis van de geestvermogens. Dit is een belangrijk verschil met de hieronder te beschrijven a- en b-dwangbehandeling, waar dit causale verband wel een vereiste is. Het kan bij een gedwongen geneeskundige handeling bijvoorbeeld ook gaan om het maken van een röntgenfoto om te constateren of de betrokkene voorwerpen die een gevaar opleveren voor zijn gezondheid, heeft ingeslikt of op andere wijze heeft ingebracht.² In geval van een gedwongen geneeskundige handeling zijn de behandelingsmiddelen niet voorafgaande aan de behandeling opgenomen in een behandelingsplan. Wel moet zo spoedig mogelijk na aanvang van de gedwongen geneeskundige handeling een «behandelingsplan» worden opgesteld (zie de artikelen 34a Rvt, 22b Pm en 49b Rjj). De gedwongen geneeskundige handeling hoeft niet te worden verricht op een speciale zorgafdeling. Desalniettemin dient de gedwongen geneeskundige behandeling te worden uitgevoerd door gekwalificeerd personeel, in een daartoe geschikte ruimte. Dit is uitdrukkelijk vastgelegd in de artikelen 34a Rvt, 21a Pm en 48a Rjj. De gedwongen geneeskundige handeling kan overigens wel op een speciale zorgafdeling worden toegepast. In voorkomende gevallen kan het bovendien – zo merkt ook de NVvP op – de voorkeur verdienen de gedetineerde over te plaatsen naar een zorgafdeling wanneer een gedwongen geneeskundige behandeling wordt toegepast. Afhankelijk van de soort ingreep en de overige omstandigheden van het geval, kan al dan niet tot deze overplaatsing besloten worden.

In het Rvt, de Pm en het Rjj waren reeds bepalingen opgenomen voor de gedwongen geneeskundige handeling. Daarbij was ook voorzien in een meldingsprocedure die in belangrijke mate lijkt op de meldingsprocedure die geldt onder de Wet bopz. Deze geldende bepalingen worden in stand gelaten. Wel wordt een tweetal wijzigingen in de meldingsprocedure aangebracht om deze nog meer aan te laten sluiten op de meldingsprocedure van de Wet bopz. Ik kom hierop nader terug in paragraaf 1.7 van deze toelichting.

1.4.2 a-dwangbehandeling

Wanneer aannemelijk is dat zonder geneeskundige behandeling het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de betrokkene doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden afgewend, kan –

² Zie Kamerstukken II 1994/95, 24 263, nr. 3, p. 53.

als uiterste redmiddel – worden besloten tot a-dwangbehandeling. Niet tegenstaande de eisen van gevaar en noodzakelijkheid, doelmatigheid, subsidiariteit en proportionaliteit van de behandeling, gaat het hier om een verstrekkendere grond voor dwangbehandeling dan bij de gedwongen geneeskundige handeling. Het doel van deze vorm van dwangbehandeling is niet het afwenden van een onmiddellijk (dreigend) gevaar, maar voorkomen dat de betrokkene langdurig op een speciale zorgafdeling of in de inrichting moet verblijven. Het gevaarscriterium is ruimer en ziet bijvoorbeeld ook op gevaar dat zich buiten de speciale zorgafdeling of de inrichting zou verwezenlijken (zie de artikelen 1, onder t, Bvt, 46a Pbw en 51a Bjj). Het gevaar waarvoor behandeld wordt, moet echter wel – anders dan bij de gedwongen geneeskundige handeling – 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 het behandelingsplan. Omdat deze vorm van dwangbehandeling ingrijpender is dan de gedwongen geneeskundige handeling en de hieronder nog te bespreken b-dwangbehandeling – het gaat niet om een (onmiddellijk) dreigend gevaar in de inrichting –, zijn in verschillende bepalingen in dit besluit voor deze behandeling een aantal extra waarborgen opgenomen.

A-dwangbehandeling kan alleen worden verricht in een fpc of op een speciale zorgafdeling (thans de vijf ppc's en de foba van JJI De Hartelborgt te Spijkenisse).

1.4.3 b-dwangbehandeling

Bij de b-dwangbehandeling gaat het om de situatie waarin de behandeling volstrekt noodzakelijk is om het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de betrokkene doet veroorzaken binnen de inrichting af te wenden. Evenals bij de gedwongen geneeskundige handeling gaat het hier dus om een situatie waarbij sprake is van (dreiging van) een onmiddellijk gevaar binnen de inrichting.

Het gevaarscriterium is echter niet beperkt tot de gezondheid of veiligheid van de betrokkene of anderen; er geldt eenzelfde gevaarscriterium als voor de a-dwangbehandeling. Anders dan bij de gedwongen geneeskundige handeling, dient het gevaar in causaal verband te staan tot een psychische stoornis. De behandelingsmiddelen die worden ingezet moeten voorafgaand aan de b-dwangbehandeling in het behandelingsplan zijn opgenomen. Dit vormt een tweede belangrijk verschil met de gedwongen geneeskundige handeling, waarbij de behandelingsmiddelen niet voorafgaande aan de handeling in een behandelingsplan zijn opgenomen. Naar aanleiding van het advies van de NVvP merk ik overigens op dat de b-dwangbehandeling de voorkeur heeft boven de gedwongen geneeskundige handeling in die gevallen waarin sprake is van een gevaar dat voortvloeit uit een psychische stoornis. Wanneer bepaalde gevaren zijn te voorzien, verdient het de voorkeur, de middelen die ter afwending van dat gevaar kunnen worden ingezet ook in het behandelingsplan op te nemen, ook wanneer daarover geen overeenstemming met de betrokkene kan worden bereikt. Op die manier heeft de betrokkene nog invloed op de behandelingsmiddelen die worden ingezet en kan hij zijn voorkeuren uitspreken. Het zal echter niettemin voorkomen dat bepaalde situaties niet waren voorzien en dat moet worden overgegaan tot een gedwongen geneeskundige handeling.

Omdat b-dwangbehandeling een aantal overeenkomsten vertoont met de gedwongen geneeskundige handeling, is voor deze vorm van dwangbehandeling – naast op de bepalingen van de Wet bopz – aangesloten bij de bepalingen die gelden voor de gedwongen geneeskundige handeling. B-dwangbehandeling kan alleen worden verricht in een fpc of op een speciale zorgafdeling (thans een van de vijf ppc's en de foba van JJI De Hartelborgt te Spijkenisse).

1.4.4 Modaliteiten dwangbehandeling vullen elkaar aan

De drie verschillende modaliteiten van dwangbehandeling vullen elkaar aan. Daar waar sprake is van een (acuut) gevaar in de inrichting dat in causaal verband staat tot de stoornis van de geestvermogens van de betrokkene kan worden besloten tot b-dwangbehandeling indien in de behandeling(smiddelen) is voorzien in een behandelingsplan en tot gedwongen geneeskundige handeling indien de behandelings(middelen) niet in het behandelingsplan zijn opgenomen. Er moet in dat laatste geval wel sprake zijn van gevaar voor de gezondheid of veiligheid van de betrokkene of anderen. Ook kan worden besloten tot een 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 onmiddellijk (dreigend) gevaar, maar behandeling niettemin noodzakelijk is om te voorkomen dat het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de gedetineerde doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen, dan kan worden beslist tot a-dwangbehandeling. In de bijlage bij deze toelichting is een stroomschema opgenomen waarin voorgaande nader wordt verduidelijkt.

1.5 Voorzieningen en taak behandelend arts

De bepalingen betreffende de voorzieningen en de taak van de behandelend arts zien, tenzij anders bepaald, op zowel de vrijwillige geneeskundige behandeling, als de drie vormen van dwangbehandeling.

Alle vormen van geneeskundige behandeling die worden bestreken door dit besluit dienen in een daartoe geschikte ruimte te worden verricht. Ook een gedwongen geneeskundige handeling wordt (ook als deze buiten een zorgafdeling wordt verricht) verricht in een daartoe geschikte ruimte. Wat een geschikte ruimte is, is mede afhankelijk van de behandelingsmiddelen en -maatregelen die worden toegepast. Voor het antwoord op de vraag wat een geschikte ruimte is (voor de toepassing van een bepaalde behandeling) en aan welke eisen de behandelruimte moet voldoen, wordt gekeken naar de eisen waaraan een dergelijke ruimte volgens de reguliere zorgwetgeving moet voldoen.

Er is ten behoeve van de geneeskundige behandeling vierentwintig uur per dag, zeven dagen per week, voldoende psychiatrisch geschoold verpleegkundig personeel aanwezig. Bovendien is vierentwintig uur per dag, zeven dagen per week, een psychiater beschikbaar. Aan deze voorwaarden wordt thans voldaan op de fpc's, de ppc's en de foba van JJI De Hartelborgt. Naar aanleiding van het advies van de KNMG wordt nog opgemerkt dat de hier genoemde voorwaarden moeten worden gezien als minimumvoorwaarden. Zij nemen niet weg dat daarnaast moet zijn voldaan aan de eisen die uit de reguliere zorgwetgeving voortvloeien (zoals de artikelen 2 en 3 van de Kwaliteitswet zorginstellingen), voor zover de justitiële setting zich daartegen niet verzet.

De behandelend arts is verantwoordelijk voor de uitvoering van de geneeskundige behandeling. Ingeval van a- of b-dwangbehandeling zal de behandelend arts een psychiater zijn.

De arts of in zijn opdracht een verpleegkundige bezoekt de betrokkene zo vaak als nodig is gedurende de periode dat dwangbehandeling wordt uitgevoerd om zich op de hoogte te stellen van de gesteldheid van de betrokkene. Door in gesprek te blijven met de betrokkene, kan in voorkomende gevallen bovendien wellicht bereikt worden dat deze alsnog instemt met de 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.

In ieder geval eens per twee weken vindt een multidisciplinair overleg plaats over de betrokkene tussen een (behandelend) psychiater, arts, psycholoog en verpleegkundige. Zo wordt gewaarborgd dat de toestand van betrokkene voortdurend wordt gevolgd en dat telkens opnieuw wordt beoordeeld of de (dwang)behandeling doelmatig en noodzakelijk is en of alternatieven kunnen worden gevonden. Van dit overleg wordt aantekening gehouden.

Ten behoeve van de geneeskundige behandeling van de geestelijke gezondheidstoestand dient vierentwintig uur per dag, zeven dagen per week, een psychiater beschikbaar en voldoende psychiatrisch geschoold personeel aanwezig te zijn.

Een arts of verpleegkundige die niet over voldoende deskundigheid met betrekking tot een bepaalde behandeling beschikt, mag deze niet uitvoeren. Ook mag een bepaalde behandeling niet worden uitgevoerd indien onvoldoende voorzieningen beschikbaar zijn om die behandeling te verrichten. Te denken valt aan elektroconvulsieve therapie (ECT). Dit betreft een hoogspecialistische behandeling. Een dergelijke behandeling zal niet in een justitiële inrichting uitgevoerd worden, aangezien daarvoor (nog) niet de noodzakelijk voorzieningen aanwezig zijn.

1.6 Geneeskundig (verplegings- en) behandelingsplan

Op grond van artikel 16 van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt), artikel 46b van de Penitentiaire beginselenwet (Pbw) en artikel 51b van de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen (Bjj) moet een verplegings- en behandelingsplan (Bvt) respectievelijk een geneeskundig behandelingsplan (Pbw, Bjj) (verder: behandelingsplan) voor de verpleegde, gedetineerde of jeugdige (verder: betrokkene) worden opgesteld wanneer deze wordt geplaatst in een fpc respectievelijk op een speciale zorgafdeling (thans een van de vijf ppc's of de foba van JJI De Hartelborgt). Dit besluit stelt nadere eisen aan dat behandelingsplan.

De eisen die zijn geformuleerd zijn gebaseerd op de eisen die aan een behandelingsplan worden gesteld in artikel 2 van het Besluit rechtspositieregelen Bopz. Die eisen zijn in dit besluit meer gedetailleerd omschreven en aangevuld.

In het behandelingsplan moet de diagnose van de psychische stoornis worden opgenomen. Op advies van de NVvP is de uitdrukkelijke eis dat deze diagnose gesteld moet zijn door een psychiater komen te vervallen. Uit de reguliere gezondheidszorgwetgeving volgt reeds wie een diagnose mag stellen.

Ook moet in het behandelingsplan worden opgenomen welke therapeutische middelen worden ingezet om het gevaar dat de stoornis veroorzaakt te verminderen. De therapeutische middelen moeten – indien mogelijk – worden gekoppeld aan de verschillende aspecten die in de stoornis te onderscheiden zijn. Doel hiervan is regelmatige toetsing van de middelen aan de bereikte resultaten mogelijk te maken (vgl. artikel 2, tweede lid, Besluit rechtspositieregelen Bopz). Ook moet worden vermeld of overeenstemming is bereikt over het behandelingsplan (vgl. de artikelen 16a Bvt, 46c Pbw en 51c Bjj, telkens onder b).

Aanvullende eisen bij dwangbehandeling

Wanneer sprake is van a- of b-dwangbehandeling moet in het behandelingsplan ook worden opgenomen welke voor de betrokkene minder bezwarende middelen zijn aangewend om het gevaar dat diens stoornis de betrokkene doet veroorzaken weg te nemen. Omdat de betrokkene, hoewel hij de behandeling niet vrijwillig ondergaat, niettemin voorkeuren

kan hebben ten aanzien van de manier waarop die behandeling wordt uitgevoerd, moet ook in het behandelingsplan worden opgenomen op welke manier rekening wordt gehouden met zijn voorkeuren. Door deze aanvullende eisen wordt (mede) gewaarborgd dat de dwangbehandeling pas als laatste redmiddel wordt ingezet en proportioneel is.

Het deel van het behandelingsplan waarover geen overeenstemming kan worden bereikt, wordt slechts vastgesteld door een psychiater nadat een multidisciplinair overleg heeft plaatsgevonden, waaraan in ieder geval een (behandelend) psychiater, arts, psycholoog en verpleegkundige hebben deelgenomen. Doel van het overleg is dat wordt bekeken of een dwangbehandeling daadwerkelijk noodzakelijk is, of er alternatieven voor de behandeling zijn en hoe zo veel mogelijk tegemoet kan worden gekomen aan de voorkeuren van betrokkene. De betrokkenheid van het multidisciplinaire overleg – een eis die in de Wet bopz niet gesteld wordt – vloeit voort uit de centrale rol die dit overleg heeft binnen de justitiële setting ten aanzien van de zorg voor de verpleegden, gedetineerden respectievelijk jeugdigen. Expliciet is bepaald dat indien een jeugdige jonger is dan zestien jaar, zijn ouders of voogd, stiefouder of pleegouders op de hoogte worden gesteld van de uitkomsten van het overleg. Met de grens van zestien jaar wordt aangesloten bij artikel 51c Bjj en de WGBO.

Bij de gedwongen geneeskundige handeling is vooraf niet voorzien in de behandelingsmiddelen die worden ingezet; zie hieromtrent paragraaf 1.4.1.

1.7 Meldingsprocedure

In dit besluit worden regels gesteld betreffende de melding en de registratie van de dwangbehandeling.

Er is aangesloten op de meldingsprocedure van artikel 38c Wet bopz. Een soortgelijke meldingsplicht bestond reeds bij de gedwongen geneeskundige handeling (zie de artikelen 34 Rvt, 22 Pm en 49 Rjj zoals deze golden voor de inwerkingtreding van onderhavig besluit). Deze meldingsplicht verschilt in die zin van de meldingsplicht onder de Wet bopz, dat de behandeling ook moet worden gemeld aan de Minister van Veiligheid en Justitie en de commissie van toezicht. Dit houdt verband met de specifieke situatie van een justitiële setting. De procedure wordt aangevuld met enkele eisen uit de Wet bopz, zodat de procedure verder zo veel mogelijk analoog daaraan zal zijn. Deze aanvullende bepalingen zijn dat het hoofd van de inrichting respectievelijk de directeur een afschrift van zijn beslissing moet meezenden met de melding en dat ook de beëindiging van de behandeling moet worden gemeld. Voor de b-dwangbehandeling zal dezelfde meldingsprocedure gelden. Zoals reeds opgemerkt in paragraaf 1.2 is voor de (ingrijpendere) a-dwangbehandeling voorzien in een aantal aanvullingen op die procedure, die ik hieronder in deze paragraaf afzonderlijk zal bespreken. Naar aanleiding van de meldingen zal onder andere de inspecteur voor de gezondheidszorg een onderzoek instellen. Hij zal dit ook doen ingeval een gedwongen geneeskundige handeling werd verricht in verband met een gevaar dat voortvloeit uit een stoornis van de geestvermogens. Ook daarop zal ik in deze paragraaf ingaan.

1.7.1 Meldingen

Uiterlijk bij de aanvang van de dwangbehandeling meldt het hoofd van de inrichting respectievelijk de directeur de behandeling aan de Minister van Veiligheid en Justitie en de commissie van toezicht. Bij a- en b-dwangbehandeling zal ook de bevoegde inspecteur voor de gezondheidszorg een melding ontvangen. De gedwongen geneeskundige handeling wordt – evenals voorheen (zie de artikelen 34, tweede lid, Rvt, 22, tweede lid, Pm en 49, tweede lid, Rjj zoals deze golden voor inwerking-

trekking van dit besluit) – slechts bij de inspecteur voor de gezondheidszorg gemeld indien de handeling wordt verricht ter afwijking van gevaar dat voortvloeit uit een stoornis van de geestvermogens.

Het hoofd van de inrichting respectievelijk de directeur stuurt hen een afschrift van de beslissing toe. Daarin wordt in ieder geval opgenomen in verband met welk gevaar de dwangbehandeling noodzakelijk is, welke minder bezwarende middelen zijn aangewend om dat gevaar af te wenden dan wel weg te nemen, wie zich tegen de behandeling verzet (de betrokkene zelf en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger) en de wijze waarop rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de betrokkene. Indien een behandeling plaatsvindt in een situatie waarin het de betrokkene is die zich verzet, wordt bovendien vermeld of de betrokkene in staat kan worden geacht gebruik te kunnen maken van zijn beklag en/of beroepsrecht. Ingeval van a- of b-dwangbehandeling wordt ook vermeld welke pogingen zijn gedaan om tot overeenstemming te komen over het behandelingsplan.

1.7.2 Melding aan betrokkene

Verskillende adviesinstanties, waaronder de NVvP, de NOvA en GGZ NL, wijzen erop dat het van groot belang is dat ook de betrokkene zelf tijdig en adequaat wordt geïnformeerd over de (voorgenomen) toepassing van een dwangbehandeling. Deze eis wordt niet in dit besluit gesteld, omdat deze reeds voortvloeit uit de beginselenwetten. Op grond van de artikelen 53 Bvt, 57 Pbw en 61 Bjj is het hoofd van de inrichting respectievelijk de directeur verplicht de betrokkene in de gelegenheid te stellen te worden gehoord, alvorens hij een beslissing tot dwangbehandeling neemt. Op grond van de artikelen 16c, vierde lid, en 54 Bvt, 46e, vierde lid, en 58 Pbw, 51e, vierde lid en 62 Bjj moet de directeur, indien hij vervolgens beslist tot dwangbehandeling, daarvan onverwijld een met redenen omklede schriftelijke mededeling doen aan de betrokkene.

1.7.3 Aanvullende eisen a-dwangbehandeling

Bij een a-dwangbehandeling geldt een enigszins uitgebreide meldingsprocedure. Dit hangt samen met het verderstrekkende karakter van deze behandeling. Zie hieromtrent nader paragraaf 1.4. Daarom is voor deze vorm van dwangbehandeling een aantal extra waarborgen in de procedure opgenomen. Bij de b-dwangbehandeling en de gedwongen geneeskundige handeling is wel sprake van een onmiddellijk dreigend gevaar in de inrichting. Dit betekent dat in voorkomende gevallen snel moet kunnen worden opgetreden. Een meldplicht drie dagen voorafgaande aan de beslissing kan in deze gevallen niet gelden. Ik ga op de uitgebreidere meldingsprocedure bij de a-dwangbehandeling hierna verder in.

Ingeval van een a-dwangbehandeling meldt het hoofd van de inrichting respectievelijk de directeur reeds het voornemen tot een beslissing dwangbehandeling te verrichten aan de voorzitter van de commissie van toezicht. Deze laatste schakelt de maandcommissaris in (zie ook de artikelen 16c, derde lid, Bvt, 46e, derde lid, Pbw en 51e, derde lid, Bjj), die vervolgens onverwijld op bezoek gaat bij betrokkene. De commissie van toezicht heeft op die manier informatie om haar toezichtrol te vervullen en de maandcommissaris kan advies geven aan de betrokkene over zijn rechten en plichten, kan bemiddelen en kan de betrokkene ondersteunen bij een eventueel beroep. Het ligt voor de hand dat de maandcommissaris de betrokkene gedurende de periode dat de dwangbehandeling voortduurt, blijft volgen en indien nodig ondersteunen.

Ook worden – indien van toepassing – de raadsman van betrokkene en zijn mentor en curator op de hoogte gesteld van het voornemen tot een

beslissing tot dwangbehandeling. Indien de jeugdige de leeftijd van zestien jaar nog niet heeft bereikt, ontvangen ook zijn ouders of voogd, stiefouder of pleegouders een melding van het voornemen tot a-dwangbehandeling. Hiermee is aangesloten bij artikel 51c Bjj, de wetgeving over de verplichte GGZ en de WGBO, waar ouders van jeugdigen tot zestien jaar steeds betrokken moeten zijn bij beslissingen betreffende een geneeskundige behandeling. Dit neemt niet weg, zo kan in reactie op de opmerkingen van de NOvA en de RSJ worden opgemerkt, dat (met toestemming van de betrokkene) ook de ouders van een betrokkene die zestien jaar of ouder is, op de hoogte kunnen worden gesteld van (het voornemen tot) een beslissing tot dwangbehandeling.

De melding wordt gedaan uiterlijk drie dagen voordat de beslissing wordt genomen. Dit om alle eerdergenoemde personen voldoende tijd te geven om betrokkene bij te staan en eventuele bezwaren tegen de dwangbehandeling kenbaar te maken.

Vervolgens wordt bij de aanvang van de behandeling opnieuw een melding gedaan aan bovengenoemde personen.

In het afschrift van de beslissing dat het hoofd respectievelijk de directeur met zijn beslissing meezendt, moet ingeval van a-dwangbehandeling ook worden opgenomen welke bezwaren tegen de behandeling zijn aangevoerd door de raadsman, mentor, curator, ouders en voogd.

1.7.4 Onderzoek naar aanleiding melding

De commissie van toezicht is door de melding in staat haar algemene toezichthoudende taak uit te voeren. De commissie kan controleren of een en ander volgens de regels is geschied. In verband met deze toezichthoudende taak zal de commissie van toezicht altijd de zorgvuldigheid van de beslissing onderzoeken indien blijkt dat de betrokkene zelf niet in staat is gebruik te maken van zijn beklag- en beroepsrecht. Dit vormt een belangrijke aanvulling op de rechtsbescherming van de betrokkene.

De bevoegde inspecteur voor de gezondheidszorg stelt na beëindiging van een a- of b-dwangbehandeling of in ieder geval nadat drie maanden sinds het nemen van de beslissing zijn verstreken – een onderzoek in. Ingeval van een gedwongen geneeskundige handeling stelt de inspecteur alleen een onderzoek in, indien de handeling is verricht in verband met een gevaar dat voortvloeit uit een stoornis van de geestvermogens. Dit houdt verband met het feit dat hij ook slechts in deze situatie een melding van de gedwongen geneeskundige handeling ontvangt (zie paragraaf 1.7.1).

De inspecteur bekijkt of de beslissing zorgvuldig is genomen en of de uitvoering van de behandeling zorgvuldig is geschied (vgl. artikel 38c, zevende lid, Wet bopz). Voorstelbaar is dat wanneer de Inspectie voor de gezondheidszorg op basis van de meldingen signaleert dat in bepaalde inrichtingen met een speciale zorgafdeling beduidend meer dwangbehandelingen worden toegepast dan in andere inrichtingen, een nader onderzoek wordt ingesteld (samen met de Inspectie Veiligheid en Justitie).

2. Artikelsgewijze toelichting

Artikel I, onder A

Artikel 6 Rvt bepaalt dat het hoofd van de inrichting aantekening houdt van de beslissingen tot beperking van het recht op onaantastbaarheid van het lichaam van de verpleegde. Hieronder valt ook de beslissing tot a- of b-dwangbehandeling.

Artikel I, onder B

Artikel 25 Rvt ziet op het verplegings- en behandelingsplan. Al voor de inwerkingtreding van de Wet onvrijwillige geneeskundige behandeling was het opstellen van een verplegings- en behandelingsplan verplicht onder de Bvt (zie artikel 16 (oud) Bvt).

De eisen die in het oude artikel 25 Rvt aan het verplegings- en behandelingsplan werden gesteld, waren al gebaseerd op de eisen van het Besluit rechtspositieregelen Bopz. In dit besluit worden deze eisen aangevuld met specifieke eisen waaraan het behandelingsplan moet voldoen ingeval van dwangbehandeling.

Zie voor een nadere toelichting op het behandelingsplan paragraaf 1.6.

Artikel I, onder C

Artikel 26 Rvt ziet op de wijziging van het verplegings- en behandelingsplan. De wijziging die in het artikel wordt aangebracht komt overeen met de wijziging die in artikel 16 Bvt is aangebracht door de Wet onvrijwillige geneeskundige behandeling.

Artikel I, onder D

Artikel 30 Rvt heeft betrekking op de inhoud van het verpleegdedossier. In dat dossier moeten ook de gegevens met betrekking tot de a- en b-dwangbehandeling worden opgenomen, nu deze gegevens van belang zijn voor de verpleging en behandeling van de betrokkene.

Artikel I, onder E, artikel II, onder B en artikel III, onder B

Hoofdstuk 10 van de Rvt, hoofdstuk 5 van de Pm en hoofdstuk 8 van de Rjj zagen op de gedwongen geneeskundige handeling. De hoofdstukken zijn aangevuld met bepalingen betreffende de geneeskundige behandeling, de a- en b-dwangbehandeling en een aantal aanvullende bepalingen over de (melding van de) gedwongen geneeskundige handeling. De bepalingen zijn in beginsel analoog aan de bepalingen uit de Wet bopz. Om te voorkomen dat meerdere malen dezelfde artikelen moeten worden uitgeschreven (de procedures ten aanzien van de verschillende vormen van dwangbehandeling komen grotendeels overeen) is ervoor gekozen de artikelen grotendeels samen te voegen. Omdat een en ander noopt tot wisseling in volgorde van de artikelen, aangepaste formuleringen en nieuwe artikelen, is er in verband met de overzichtelijkheid voor gekozen de hoofdstukken opnieuw vast te stellen.

Artikelen 33 Rvt, 21 Pm en 48 Rjj

De nieuwe artikelen 33 Rvt, 21 Pm en 48 Rjj bevatten een aantal definities die gelden voor de nieuw vastgestelde hoofdstukken betreffende de (onvrijwillige) geneeskundige behandeling. Onder geneeskundige behandeling wordt verstaan zowel de vrijwillige geneeskundige behandeling, als de drie vormen van dwangbehandeling.

Artikelen 33a Rvt, 21a Pm en 48a Rjj

De nieuwe artikelen 33a Rvt, 21a Pm en 48a Rjj zien op de taak van de behandelend arts en de voorzieningen ten behoeve van de geneeskundige behandeling. Artikel 33a, eerste lid (nieuw) is analoog aan de bepaling van artikel 34, eerste lid (oud), met dien verstande dat het artikellid nu van toepassing is in alle gevallen dat een geneeskundige behandeling wordt verricht en niet slechts ingeval van een gedwongen geneeskundige handeling. Voor een bespreking van de taak van de behandelend arts en

de eisen die worden gesteld aan de voorzieningen wordt verwezen naar paragraaf 1.5.

Artikelen 21b Pm en 48b Rjj

De artikelen 21b Pm en 48b Rjj zien op het geneeskundig behandelingsplan, dat altijd moet worden opgesteld zodra een gedetineerde of jeugdige wordt (over)geplaatst naar een speciale zorgafdeling. Zie voor een toelichting paragraaf 1.5. Ook is de procedure bepaald voor het wijzigen van het behandelingsplan. Deze regeling is overeenkomstig het reeds bestaande artikel 26 Rvt.

Artikelen 22 Pm en 49 Rjj

De artikelen 22 Pm en 49 Rjj stellen aanvullende eisen aan het geneeskundig behandelingsplan wanneer a- of b-dwangbehandeling wordt verricht. Zie voor een toelichting paragraaf 1.6.

Artikelen 34 Rvt, 22a Pm en 49a Rjj

Artikel 34 (nieuw) is analoog aan artikel 33, eerste tot en met vierde lid (oud). In dat laatste artikel werd de procedure beschreven die minimaal gevolgd moest worden voordat een door een arts noodzakelijk geoordeelde gedwongen geneeskundige handeling kon worden toegepast. Deze procedure is onder artikel 34 (nieuw) ook van toepassing ingeval van b-dwangbehandeling. Voor de a-dwangbehandeling geldt de procedure uit artikel 16c Bvt, 46e Pbw respectievelijk 51e Bjj.

Artikelen 34a Rvt, 22b Pm en 49b Rjj

Artikel 34a, eerste lid, Rvt is overeenkomstig artikel 35, eerste lid, (oud) Rvt. Artikel 34a, tweede lid, Rvt is overeenkomstig artikel 33, derde lid, tweede volzin, (oud) Rvt.

Artikelen 34b Rvt, 22c Pm en 49c Bjj

In de artikelen 34b Rvt, 22c Pm en 49c Bjj is de procedure opgenomen voor de beslissing tot voortzetting van de a-dwangbehandeling.

A-dwangbehandeling kan in eerste instantie – net als in de Wet bopz – slechts voor een termijn van drie maanden worden verricht (zie artikel 16c, vijfde lid, Bvt). 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 in de wet de mogelijkheid is opgenomen een beslissing tot voortzetting van de a-dwangbehandeling te nemen. Deze beslissing moet opnieuw door het hoofd van de inrichting respectievelijk de directeur worden genomen. Dit geldt eveneens voor een a-dwangbehandeling die niet aansluitend aan de eerste periode wordt voortgezet, maar die na een onderbreking van ten hoogste zes maanden aanvangt. Voor de beslissing tot voortzetting van de a-dwangbehandeling geldt een zwaardere motiveringseis dan voor de beslissing tot aanvang van de a-dwangbehandeling (artikel 16c, vierde en vijfde lid, Bvt). Alvorens de beslissing tot voortzetting te nemen, overlegt het hoofd van de inrichting in ieder geval met de behandelend psychiater en het hoofd van de (zorg)afdeling waar de betrokkene verblijft. In het overleg wordt nagegaan of van de voortzetting van de behandeling alsnog – ondanks dat dit in de eerste drie maanden niet is bereikt – het

beoogde effect kan worden verwacht, te weten het wegnemen van het gevaar binnen een redelijke termijn. Ook de uitkomsten van het structurele multidisciplinaire overleg worden meegenomen bij de beslissing tot voortzetting van de a-dwangbehandeling.

Omdat het doel van de termijn van drie maanden 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 second opinion te vragen. Deze eis is dan ook niet in dit besluit opgenomen. Dit neemt niet weg dat overleg met een tweede psychiater niettemin wenselijk kan zijn. Dit kan zeker het geval zijn wanneer de beslissing tot voortzetting vaker is genomen.

Artikelen 34c Rvt, 22d Pm en 49d Rjj

Artikel 34c Rvt is overeenkomstig artikel 34, derde lid, (oud) Rvt, met dien verstande dat deze bepaling thans ook van toepassing is ingeval van a- en b-dwangbehandeling. De verpleegde wordt gedurende de periode dat de behandeling onvrijwillig wordt verricht en de periode die daarop volgt frequent bezocht door een arts (psychiater) of in diens opdracht een verpleegkundige.

Artikelen 34d Rvt, 22e Pm en 49e Rjj

De artikel 34d Rvt, 22e Pm en 49e Rjj zien op de meldingsprocedure. Ten opzichte van de procedure onder artikel 34 Rvt (oud) zijn de volgende extra waarborgen opgenomen: het hoofd zendt een afschrift van zijn beslissing mee, waaraan een aantal eisen zijn gesteld en ook de beëindiging van de dwangbehandeling wordt gemeld. Ook zijn extra eisen opgesteld voor de a-dwangbehandeling. Zie ook de toelichting op de meldingsprocedure in paragraaf 1.7.

Artikelen 34e Rvt, 22f Pm en 49f Rjj

De artikelen 34e Rvt, 22f Pm en 49f Rjj bevatten een aantekeningplicht voor de voor de dwangbehandling verantwoordelijke arts. De tekst komt overeen met de tekst van de oude artikelen 33, vijfde lid, Rvt, 21, vierde lid, Pm en 48, vierde lid, Rjj, met dien verstande dat de aantekeningplicht thans ook van toepassing is ingeval van de melding van een (voortzetting tot) a-dwangbehandeling of b-dwangbehandeling. Daarnaast wordt expliciet gemaakt dat ook de uitkomsten van het multidisciplinaire overleg worden geregistreerd.

Artikelen 34f Rvt, 22g Pm en 49g Rjj

De artikelen 34f Rvt, 22g Pm en 49g Rjj betreffen de onderzoeksplicht naar aanleiding van meldingen van dwangbehandeling. Zie voor nadere een toelichting paragraaf 1.7.4.

Artikelen 35 Rvt, 23 Pm en 50 Rjj

Het oude artikel 35 is gehandhaafd, met dien verstande dat het eerste lid is verplaatst naar artikel 34a Rvt en het oude lid 2 en lid 3 betreffende de adviescommissie ook van toepassing zijn ingeval van een b-dwangbehandeling. Bij de a-dwangbehandeling wordt geen adviescommissie ingesteld. Dit houdt verband met het doel van die behandeling, het wegnemen van het gevaar binnen een redelijke termijn. Het is niet goed mogelijk reeds na twee weken vast te stellen of er voldoende voortgang is geboekt. Derhalve is bij de a-dwangbehandeling voorzien in toetsingsmoment na een termijn van drie maanden (zie artikel 16c, vierde en vijfde lid, Bvt; zie ook de toelichting op artikel 34 Rvt), terwijl er iedere twee

weken een multidisciplinair overleg plaatsvindt (artikel 33, vijfde lid (nieuw), Rvt).

Artikel II, onder A, en artikel III onder A

In artikel 11, derde lid, Pm en artikel 14, derde lid Rjj is bepaald dat van de commissie van toezicht in ieder geval deel uitmaken een met rechtspraak belast lid van de rechterlijke macht, een advocaat, een medicus en een deskundige uit de kring van het maatschappelijk werk respectievelijk een met rechtspraak belast lid van de rechterlijke macht, een advocaat, een deskundige op het gebied van gedragswetenschappen en een deskundige op het gebied van de pedagogische wetenschappen. In een nieuw vierde lid wordt bepaald dat ook een psychiater deel uitmaakt van de commissie van toezicht in die gevallen waarin de commissie toezicht houdt op een inrichting of afdeling waar geneeskundige behandeling in verband met de geestelijke gezondheidstoestand wordt verricht (thans een ppc of de foba van JJI De Hartelborgt).

De commissie van toezicht heeft onder andere een belangrijke algemene toezichthoudende taak binnen de penitentiaire of justitiële jeugdinrichting. Met de inwerkingtreding van de Wet onvrijwillige geneeskundige behandeling strekt dit toezicht zich ook uit over de beslissing tot en toepassing van dwangbehandeling. De commissie van toezicht heeft bovendien bij de dwangbehandeling een grote verantwoordelijkheid, aangezien hier sprake is van gedetineerden die leiden aan een stoornis van de geestvermogens, waardoor aangenomen kan worden dat zij niet altijd voldoende voor zichzelf kunnen opkomen. Indien een gedetineerde niet in staat wordt geacht zelf beroep in te stellen tegen de beslissing tot dwangbehandeling, zal de commissie van toezicht een onderzoek naar de zorgvuldigheid van die beslissing instellen.

Daarnaast heeft de commissie van toezicht (de maandcommissaris) een belangrijke rol bij het adviseren en ondersteunen van de gedetineerde.

Het is derhalve van belang dat in de commissie van toezicht ook een psychiater zitting heeft, die vanuit zijn beroepsmatige achtergrond in staat is kritisch(er) te kijken naar de (voorgenomen) beslissing tot dwangbehandeling en de toepassing van die dwangbehandeling.

De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,
F. Teeven

BIJLAGE:

STROOMSCHEMA

