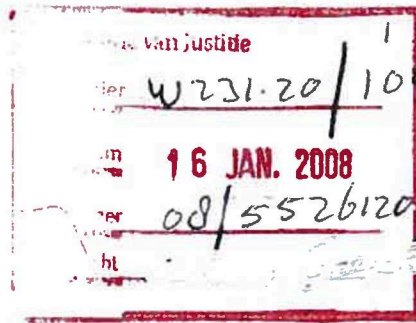


Ministerie van Justitie
Directie Wetgeving

Postbus 20301
2500 EH DEN HAAG



Utrecht, 10 januari 2008
Kenmerk: HN/es/011/08

Betreft: Reactie NVvP en GGZ NL op Concept voorstel van Wet tot wijziging van de
beginselenwetten in verband met verruiming dwangbehandeling

Geachte heer Hirsch Ballin,

Met belangstelling hebben wij kennis genomen van het concept-wetsvoorstel van wet tot wijziging van de beginselenwetten in verband met de verruiming van de mogelijkheid een geneeskundige handeling onder dwang te verrichten.

Steun voor de voorstellen

De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en GGZ Nederland ondersteunen het voorstel om te komen tot verruiming van de mogelijkheden tot dwangbehandeling in de beginselenwetten. Daarbij maken zij wel het voorbehoud dat de dwangbehandeling alleen daar wordt toegepast waar de randvoorwaarden voor verantwoorde zorg aanwezig zijn.

Met de nodige kanttekeningen en bezwaren

De kanttekeningen en bezwaren die wij hebben bij voorliggend concept wetsvoorstel, hebben vooral betrekking op het beoogde doel van de verruiming van de mogelijkheid tot dwangbehandeling, op het toezicht op de verleende zorg en op het verlenen van verantwoorde zorg in een gesloten setting.

Grondslag dwangbehandeling : wegnemen gevaar als bedoeld in de Wet bopz ; verbetering stoornis

Een van de gedachtes achter het voorstel van wet, is te komen tot harmonisatie van rechtspositie-regelingen en een betere aansluiting van het strafstelsel op het zorgstelsel. Bij de Eerste Kamer ligt een wetswijziging Wet bopz voor, waarbij een nieuw dwangbehandelingscriterium wordt geïntroduceerd. Deze beoogt binnen een redelijke termijn gevaar weg te nemen, zo mogelijk door het bewerkstelligen van een verbetering van de stoornis. Een bijkomend gevolg is dat de duur van de gedwongen opname kan worden bekort. Daarvan is geen sprake in de beginselenwetten. Eerder het FPC of de JJI of de gevangenis verlaten is immers niet afhankelijk van de behandeling, maar van de beslissing van de strafrechter. De gronden vermeld in de MvT achten wij onvoldoende helder (latent agressief; regressief psychotisch). Het lijkt ons niet wenselijk dat in de beginselenwetten andere gronden worden gevonden voor dwangbehandeling dan gebruikelijk is in de GGZ. De grondslag om tot dwangbehandeling over te gaan dient zowel in het kader van de Wet bopz als in het kader van de beginselenwetten het afwenden van gevaar te zijn. Het begrip gevaar wordt ingevuld door jurisprudentie. Wij geven u in overweging op deze plaats dezelfde formulering te hanteren als in het nieuwe voorstel artikel 38 c lid 1 sub a van de Wet bopz.

Toezicht geborgd in de beginselenwetten

Naar onze mening dient het toezicht op de behandeling en op de eventuele dwangbehandeling in de beginselenwetten beter geborgd te zijn dan nu beschreven, bijvoorbeeld op de zelfde wijze als in de reguliere GGZ en de reguliere jeugdzorg. Hiervoor komt een commissie forensische zorg welke bestaat uit een brede pool deskundigen in aanmerking. De inspectie gaat hierin in ieder geval een rol spelen als het om toezicht gaat. Extra kwaliteitseisen zijn naar onze mening noodzakelijk, gezien de context van detentie. Wij stellen twee wijzigingen voor:

- Ten eerste vraagt de psychiater die dwangbehandeling overweegt standaard om een second opinion.
- Ten tweede worden betrokken patiënt en diens raadsman geïnformeerd over het voornemen dwangbehandeling toe te passen; ook worden zij geattendeerd op de klachtmogelijkheden.

Eerst de nodige randvoorwaarden, dan pas in werking treding voorstel van wet

Dwangbehandeling bij psychiatrische patiënten dient te geschieden door voldoende gekwalificeerd personeel, in ruimtes die daarvoor toereikend zijn. De mogelijkheid om over te gaan tot dwangbehandeling is ook in de huidige beginselenwetten al mogelijk; gebrek aan voldoende gekwalificeerd personeel en behandelruimtes zorgen er voor dat dwangbehandeling nu niet vaker wordt toegepast. Invoering van de voorgestelde wijzigingen kan alleen dan geschieden, wanneer aan de randvoorwaarden zoals omschreven in de memorie van toelichting een feit is. Wij zijn van mening dat de eisen die de Kwaliteitswet zorginstellingen stelt aan verantwoorde zorg noodzakelijk zijn om op een verantwoorde wijze dwangbehandeling te kunnen toepassen. Daarmee wordt gegarandeerd dat er op gelijke wijze als in de reguliere GGZ zorg verleend kan worden aan zeer ernstig zieke patiënten. Wij pleiten ervoor dat in de MvT, p 11, expliciet gerefereerd wordt aan de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Tevens pleiten wij ervoor dat het nieuwe vijfde lid van artikel 26 BVT, het nieuwe vierde lid van artikel 32 PBW en het nieuwe vierde lid van artikel 37 BJJ worden uitgebreid met de toevoeging dat voorzien is in voldoende toezicht.

In 3 punten geven wij een toelichting op bovenstaande:

1. Dwangbehandeling is een zeer ingrijpende interventie, die slechts kan gebeuren binnen een daartoe adequaat ingerichte behandelingsomgeving met bijvoorbeeld 7 x 24 uren verpleegkundige begeleiding, beschikbaarheid van psychiaters en een breed multidisciplinair team, dat interventies kan aandragen om dwangbehandeling te voorkomen. Binnen zo'n omgeving moeten tevens alternatieven zijn voor dwangmedicatie en/of isolatie (bijv. extra wandelen, ruimte voor expressieve therapieën, psychologische specialistische hulp). Van een dergelijke omgeving kan mogelijk sprake zijn binnen een TBS kliniek. Een dergelijke omgeving is er echter niet binnen penitentiaire instellingen of justitiële instellingen. In het wetsvoorstel is onvoldoende terug te vinden welke minimale randvoorwaarden vereist zijn voor verantwoorde zorg. Binnen de huidige wettelijke criteria kan er soms sprake zijn van 'nood breekt wet' ten aanzien van deze eisen omdat het dan gaat om afwenden van direct gevaar. Binnen de nu voorgestelde ruimere gronden voor dwangbehandeling achten beide organisaties het strikt noodzakelijk dat dit soort behandelingen slechts op een afdeling worden ingezet die voldoet aan die minimale eisen.
2. De beroepsbeoefenaar en met name de psychiater zal zich moeten verantwoorden voor zijn handelen eventueel voor een Tuchtcollege; ook om die reden is het noodzakelijk dat dit type behandelingen alleen ingezet worden binnen een voldoende toegeruste context waar multidisciplinaire samenwerking, ruimte voor intercollegiaal overleg en second opinion in voldoende mate mogelijk zijn.
3. De NVvP en GGZ Nederland zijn daarnaast niet gerust met betrekking tot de interne rechtspositie van de eventueel aan dwang bloot te stellen patiënten. Het betreffende concept-voorstel borduurt voort op wetswijziging 30 492 die nu bij de EK ligt. Bij behandeling in de TK heeft de NVvP samen met GGZ NL

reeds voorgesteld om –gezien de verruiming van criteria voor dwang- ook de interne procedures rondom het besluiten tot (eventueel langer durende) dwangbehandeling uit te breiden met een pilotproject gericht op commissies die de Directeur Geneesheer zouden kunnen adviseren. De Ministers hebben dit niet willen overnemen.

Dit voorstel kwam onzerzijds voort uit de behoefte om transparant vanuit optimale rechtspositieregeling om te gaan met dwangbehandeling. Ten aanzien van het voorliggende concept-voorstel is de zorg van de NVvP en GGZ Nederland nog groter. Immers binnen de TBS, PI en JJI is de interne rechtspositie rondom gedwongen behandeling aanzienlijk minder zwaar geregeld dan in de als psychiatrisch ziekenhuis in de zin van de Wet bopz aangewezen locaties. En over deze psychiatrische ziekenhuizen had de Derde Evaluatie Commissie van de Wet bopz reeds haar zorgen ten aanzien van het individueel toezicht op de interne rechtspositie.

Ter adstructie:

Binnen de psychiatrische ziekenhuizen in de zin van de Wet bopz vindt dit toezicht plaats door IGZ en de geneesheer directeur. Tevens functioneren binnen de ziekenhuizen een actieve PVP en een klachtcommissie.

Binnen een TBS- instelling, een PI en een JJI is de situatie aanzienlijk minder stevig geregeld:

- a) in de PI functioneert geen geneesheer directeur
- b) in alle genoemde instellingen is (tot meermalen kenbaar gemaakte zorg van NVvP en GGZ NL) de positie van de IGZ gemarginaliseerd ten opzichte van de ISt, welke op dit vlak geen deskundigen of bevoegdheden heeft.
- c) in alle genoemde instellingen is de PVP afwezig
- d) in alle genoemde instellingen zijn geen hierop toegeruste klachtcommissies
- e) De in deze sectoren werkzame commissies van toezicht (en hun maandcommissarissen) tonen tot op heden lokale verschillen in kwaliteit en opvatting.

Met de door ons gedane voorstellen met betrekking tot de second opinion en informatieplicht, hopen wij in deze manco's te kunnen voorzien.

Voor nadere toelichting kunt u contact opnemen met J.R. van Veldhuizen namens de NVvP en T.E. Stikker namens GGZ Nederland.

Mochten de reacties op het concept wetsvoorstel tot wijziging van de beginselenwetten leiden tot wijziging van dit wetsvoorstel, dan zijn wij graag bereid u hierover te adviseren.

Hoogachtend,



Drs. P.H.P. Spronken
Voorzitter GGZ Nederland



Prof. dr. R.J. van den Bosch
Voorzitter NVvP