

Vergaderjaar 2010–2011

32 337

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

Nr. 6

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 2 februari 2011

1. Algemeen

Met veel belangstelling heb ik kennis genomen van het verslag van de vaste commissie van Veiligheid en Justitie over dit wetsvoorstel. Het verheugt mij dat de leden van de fracties van de VVD, het CDA, de SP en de ChristenUnie het doel van het voorstel onderschrijven, te weten het verruimen van de mogelijkheden voor onvrijwillige geneeskundige behandeling in de justitiële inrichtingen in navolging van artikel 38a en navolgende van de wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (verder: wet Bopz).

De leden van de VVD-fractie onderschrijven de visie van de minister dat aan de gedwongen behandeling voorafgaande rechterlijke toetsing niet noodzakelijk is. De toetsing achteraf met eventuele schorsende werking is voor deze leden voldoende. Tevens kunnen deze leden zich voorstellen dat de suggestie van de Raad van State om het aannemelijkheids criterium te schrappen, niet wordt overgenomen.

De leden van de CDA-fractie achten het wenselijk de mogelijkheden tot gedwongen behandeling van psychotische stoornissen te vergroten, niet alleen van volwassenen, maar ook van jeugdigen. Bij deze laatste categorie achten zij zo vroegtijdig mogelijk ingrijpen van belang. Naar de mening van deze leden zijn in het wetsvoorstel en de memorie van toelichting de ingewonnen adviezen en kritische kanttekeningen op evenwichtige en zorgvuldige wijze verwerkt. Naar de mening van deze leden voldoet het wetsvoorstel aan de uitgangspunten van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid en is het overeenstemming met het EVRM en de Grondwet.

Zij onderschrijven de stelling dat met deze regeling kan worden voorkomen dat iemand te gronde gaat als gevolg van een onbehandelde stoornis van de geestvermogens.

De leden van de SP-fractie geven te kennen dat de doelstelling van het wetsvoorstel, het bieden van gelijkwaardige zorg in de justitiële inrichtingen en in de geestelijke gezondheidszorg (verder ggz), hen aanspreekt. Zij zijn van mening dat het soms in het belang is van een gedetineerde patiënt dat dwangbehandeling wordt toegepast, omdat het zonder die

behandeling niet mogelijk is hem vrij te laten en langdurige opname of longstay dreigt.

De leden van de fractie van de ChristenUnie onderschrijven de doelstelling van het wetsvoorstel, maar hadden op een enkel punt nog behoefte aan een nadere toelichting.

De leden van de PvdA-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het voorliggende wetsvoorstel.

De door de verschillende fracties gestelde vragen en gemaakte opmerkingen geven de gelegenheid de strekking en inhoud van het wetsvoorstel verder te verduidelijken. Wij zijn de leden daarvoor erkentelijk. Waar mogelijk zullen de vragen van verschillende fracties over hetzelfde onderwerp of met elkaar samenhangende onderwerpen hieronder gezamenlijk worden beantwoord.

2. Inleiding

Omtrent de aansluiting bij het wetsvoorstel Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (verder: Wvggz) en het wetsvoorstel Wet forensische zorg (verder: Wfz), dit naar aanleiding van vragen van leden van de fracties van de VVD en de PvdA, wordt het volgende opgemerkt. De bedoeling van het onderhavige wetsvoorstel is uitvoering te geven aan de aanbeveling van de tijdelijke commissie onderzoek tbs (verder: commissie Visser) de wettelijke mogelijkheden voor dwangmedicatie tijdens de behandeling in de tbs-kliniek te vergroten (aanbeveling 7, Kamerstukken II 2005/06, 30 250, nrs. 4–5, blz. 120). Deze mogelijkheden voor dwangmedicatie worden vergroot in navolging van de verruiming van de gedwongen behandeling zoals die gestalte heeft gekregen in artikel 38c van de wet Bopz, per 1 juni 2008. Op deze wijze wordt beoogd het peil van de psychiatrische zorg binnen de justitiële inrichtingen op een niveau meer gelijkwaardig aan dat binnen de ggz te brengen en de ontstane achterstand op te heffen.

Gezien het feit dat de aanbeveling van de commissie Visser uit mei 2006 dateert wordt hier thans grote prioriteit aan gegeven. De reden dat het indienen van het onderhavige wetsvoorstel lang heeft geduurd, dit in antwoord op de vraag van de leden van de VVD-fractie, is onder meer gelegen in het feit dat een aantal andere aanbevelingen van de commissie Visser een ingrijpende reorganisatie van de forensische zorg en daarmee samenhangende wetgeving tot gevolg hadden. Dit heeft veel wetgevingscapaciteit gevergd.

Gezien het hiervoor geschetste beloop wordt ervoor gekozen het wetsvoorstel thans te modelleren naar artikel 38a en navolgende van de wet Bopz opdat spoedige inwerkingtreding kan plaats vinden. Er is echter een duidelijke samenhang met de Wvggz in die zin dat deze wet de wet Bopz zal vervangen en derhalve ook in die wet de onvrijwillige – in de Wvggz «verplicht» genoemde – behandeling geregeld zal worden. De doelstelling van het wetsvoorstel Wvggz is echter veel uitgebreider in die zin dat dit wetsvoorstel beoogt alle vormen van verplichte geestelijke gezondheidszorg te regelen, dit in antwoord op een vraag van de leden van de fractie van de PvdA naar een overzicht van het verschil tussen deze wetsvoorstellen en tevens het verschil met het wetsvoorstel Wfz. Dit laatste wetsvoorstel regelt de organisatie van de forensische zorg en bevat derhalve geen inhoudelijke rechtspositionele bepalingen, zoals die over onvrijwillige geneeskundige behandeling. Het belangrijkste verschil tussen het onderhavige wetsvoorstel en het wetsvoorstel Wvggz, dit in antwoord op deze vraag van de leden van de fractie van de PvdA, is dat in het laatste wetsvoorstel de rechter na uitgebreid advies van een commissie beslist over een zorgmachtiging, die zowel een opname in een ggz-instelling als de verplichting tot het ondergaan van bepaalde zorg kan inhouden. In het onderhavige wetsvoorstel is de gedetineerde of tbs-gestelde reeds op grond van een beslissing van een rechter in een

justitiële inrichting opgenomen. Een beslissing over een eventueel noodzakelijke onvrijwillige geneeskundige behandeling, buiten een acute noodsituatie, kan tijdens dit verblijf in de justitiële inrichting onder bepaalde voorwaarden worden genomen door de directeur, op advies van twee psychiaters. Om wetstechnische redenen wordt ervoor gekozen om eventuele aanpassingen van de onderhavige regeling die voortvloeien uit het wetsvoorstel Wvvggz mee te nemen in laatst genoemd wetsvoorstel, dat op een later tijdstip dan het onderhavige wetsvoorstel in werking zal treden. Uitgangspunt bij de eventuele aanpassingen zal echter zijn dat beoogd wordt de mogelijkheden voor onvrijwillige behandeling te verruimen op een wijze die zoveel mogelijk gelijkwaardig, maar niet noodzakelijkerwijs geheel gelijk, is aan de verplichte behandeling in de ggz. Getracht zal worden om binnen de mogelijkheden en beperkingen die het verblijf in de justitiële inrichtingen met zich mee brengt, een behandeling van gelijkwaardig niveau vorm te geven, met een rechtsbescherming eveneens van gelijkwaardig niveau. Onvermijdelijk is, dit in antwoord op de vraag van de leden van de VVD-fractie hierover, dat het feit dat de forensische patiënt op een strafrechtelijke titel in een justitiële inrichting verblijft, invloed heeft op de vorm die de behandeling krijgt. Daarnaast heeft de forensische patiënt dikwijls reeds daadwerkelijk laten zien een ernstig gevaar voor de maatschappelijke veiligheid te kunnen vormen. Dit betekent dat er tijdens de behandeling aandacht moet blijven voor veiligheidsaspecten, zoals bijvoorbeeld vluchtgevaarlijkheid, onder andere met het oog op mogelijke recidive. Hierin ligt ook de reden dat, dit in antwoord op een vraag van de leden van de SP-fractie, sommige forensische patiënten in detentie dienen te verblijven ook al zouden zij louter gelet op de aard van hun stoornis wellicht goed passen in een psychiatrische inrichting binnen de ggz. Bij sommige patiënten is het risico op het opnieuw plegen van een ernstig delict, indien zij zich onttrekken aan de behandeling, te groot. Bij jeugdigen, dit in antwoord op een vraag van dezelfde leden, speelt een vergelijkbaar probleem. De (door)plaatsing van jeugdigen in een jeugdpsychiatrische kliniek is niet in alle gevallen haalbaar wanneer gedrags- en beheersproblemen op de voorgrond staan. Het komt met enige regelmaat voor dat een ggz-instelling grote problemen heeft met jeugdigen met gecombineerde problematiek, zoals zelfbeschadiging in combinatie met agressie. Indien plaatsing van een jeugdige uit een justitiële jeugdinrichting (verder: jji) naar de ggz niet mogelijk is wordt de jeugdige doorgaans overgeplaatst naar de foba (forensische observatie- en begeleidingsafdeling) van de Hartelborgt te Spijkenisse. Deze gespecialiseerde afdeling heeft een grote deskundigheid op dit vlak.

De mogelijkheid bestaat om na afloop van de maatregel van plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (verder: pij-maatregel) een machtiging op grond van de wet Bopz te verzoeken, indien de jeugdige ook na afloop van deze maatregel een blijvend gevaar voor de maatschappij vormt. Deze wet biedt de mogelijkheid om een behandeling in gedwongen kader na afloop van de pij-maatregel te realiseren voor diegenen die een gevaar voor zichzelf en anderen vormen en waarbij na afloop van deze maatregel nog intensieve behandeling nodig is om dit gevaar af te wenden. In 2009 zijn regionale bijeenkomsten georganiseerd, waarin onder meer door het openbaar ministerie, de zittende magistratuur, jji's en de ggz kennis en ervaring is uitgewisseld over de aansluiting met een maatregel op grond van de wet Bopz na afloop van de pij-maatregel. Daarbij is onder andere geconstateerd dat het in dit kader belangrijk is dat consequent aangifte wordt gedaan, indien tijdens de uitvoering van de pij-maatregel grensoverschrijdend (delict)gedrag plaatsvindt, zodat kan worden aangetoond dat in deze gevallen daadwerkelijk sprake is van een ernstig risico. Ook is van belang dat al ruim voor een (mogelijk) einde van de pij-maatregel aandacht is voor het vervolgtraject, waarbij betrokken partijen (onder

meer de jji, het openbaar ministerie en de ggz) tijdig moeten samenwerken.

De wet Bopz wordt op termijn vervangen door de Wvvgz. Het desbetreffende wetsvoorstel is in juni 2010 naar de Tweede Kamer gezonden (wetsvoorstel 32 399). Deze nieuwe wet moet het beter mogelijk maken om zorg op maat te bieden voor mensen waarbij als gevolg van een psychische stoornis een aanzienlijk risico op ernstige schade bestaat voor zichzelf of anderen. In het wetsvoorstel Wfz is onder meer opgenomen dat de rechter die over verlenging van de pij-maatregel oordeelt, zelf een (zorg)machtiging kan afgeven voor opname en behandeling in de ggz. Ook zal, als de wet tot aanpassing van de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen (Stb. 2010, 818) in werking treedt, worden voorzien in een formeel wettelijk kader voor verplichte nazorg na de tenuitvoerlegging van jeugddetentie of een pij-maatregel. In dit kader kunnen voorwaarden worden gesteld gericht op behandeling.

Er wordt derhalve krachtig ingezet op een betere aansluiting van het strafrechtelijk circuit op de ggz. Tegelijkertijd wordt echter het omgekeerde, verblijf van jeugdigen met een civielrechtelijke machtiging in een jji, niet langer wenselijk geacht.¹

De gesloten jeugdzorg is ontstaan als gevolg van deze keuze voor een andere benaderingswijze van de behandeling van jeugdigen met ernstige gedragsproblemen. Vanaf 1 januari 2010 kunnen jeugdigen met een machtiging gesloten jeugdzorg alleen in een gesloten jeugdzorginstelling verblijven. Als gevolg van deze strikte scheiding vindt er momenteel geen intercollegiale uitwisseling (meer) plaats van jeugdigen tussen de foba van jji De Hartelborgt en die van de foba van de jeugdpsychiatrische inrichting te Harreveld.

Doorstroom vanuit een jji naar een accommodatie voor gesloten jeugdzorg is in beginsel mogelijk, dit in antwoord op de vragen van de leden van de SP-fractie, indien de opgelegde straf of maatregel is geëindigd en de kinderrechter voor het bereiken van het achttiende levensjaar een machtiging gesloten jeugdzorg heeft verleend. De meeste jeugdigen die aan het einde van een pij-maatregel gekomen zijn, zijn reeds achttien jaar zodat deze mogelijkheid maar in zeer beperkte mate (indien geïndiceerd) kan worden toepast. Gegeven de zeer geringe aantallen zijn wachtlijsten geen probleem. Momenteel zijn er geen wachtlijsten in de gesloten jeugdzorg.

Naar aanleiding van vragen van de leden van de fractie van de SP met betrekking tot het veiligheidsbed kan opgemerkt worden dat met de tijdelijke Regeling toepassing mechanische middelen tot en met 31 december 2009 werd voorzien in een wettelijke basis voor de inzet van het veiligheidsbed in jji De Hartelborgt. Het veiligheidsbed werd vrijwel uitsluitend ingezet bij civielrechtelijke jeugdigen die tegen zichzelf beschermd moesten worden.

Thans brengt de voltooiing van de scheiding tussen strafrechtelijke en civielrechtelijke jeugdigen met zich mee dat de wettelijke basis voor de inzet van het veiligheidsbed is verdwenen. Derhalve wordt, dit in antwoord op vragen van voornoemde leden over dit onderwerp, het veiligheidsbed niet meer gebruikt. Het staat letterlijk achter slot en grendel in jji De Hartelborgt. Dezelfde leden vragen voorts naar het gebruik van het veiligheidsbed in de penitentiaire inrichtingen voor volwassenen. Om hierop exact te kunnen antwoorden zou nader onderzoek verricht dienen te worden. In het algemeen kan echter gesteld worden dat van het veiligheidsbed zeer terughoudend gebruik wordt gemaakt vanwege het ingrijpende karakter van deze vorm van dwangbehandeling. Zo bleek bij globale navraag bijvoorbeeld dat in de Penitentiaire Inrichting Alphen aan de Rijn in de afgelopen jaren één maal gebruik werd gemaakt van het veiligheidsbed. Door een medewerker van de voormalige Penitentiaire Inrichting Noordsingel te Rotterdam werd aangegeven dat men daar gemiddeld éénmaal per jaar gebruik maakte van het veiligheidsbed. In het

¹ TK 2004–2005, 28 741, nr. 12.

ppc Haaglanden wordt het veiligheidsbed zelden gebruikt waarbij de verwachting is dat door de mogelijkheid dwangmedicatie te geven, in samenwerking met het Justitieel Medisch Centrum, dit in de toekomst nog zeldzamer zal zijn.

De leden van de fractie van de SP vragen voorts naar het verband tussen het onderhavige wetsvoorstel en de in het regeerakkoord omschreven voornemens tot versoering van de longstay-voorzieningen en het versoeren van de contracten met particuliere tbs-klinieken en ggz-inrichtingen. Ik wil benadrukken dat het onderhavige wetsvoorstel bedoeld is om de psychiatrische zorg in de justitiële inrichtingen te ondersteunen, zoals de commissie Visser heeft aanbevolen in zijn rapport «tbs, vandaag over gisteren en morgen». Er is op geen enkele wijze een verband te leggen met de meer beheersmatige doelstellingen uit het regeer- en gedoogakkoord zoals aangehaald.

De leden van de fractie van het CDA vragen naar de stand van zaken betreffende het tijdpad dat is aangegeven voor de gefaseerde invoering van de verruimde mogelijkheid tot onvrijwillige geneeskundige behandeling in een penitentiaal psychiatrisch centrum (ppc). In antwoord hierop wordt opgemerkt dat voor de verruimde mogelijkheid tot onvrijwillige geneeskundige behandeling die in het wetsvoorstel aan de orde is, geldt dat voldoende verpleegkundig personeel aanwezig dient te zijn om toezicht op de behandelde te kunnen houden. Tevens dient sprake te zijn van psychiatrisch toezicht. Op dit moment zijn nog niet voldoende verpleegkundigen en psychiaters beschikbaar in de ppc's Zwolle en Maastricht om op professionele wijze vorm te geven aan het 24-uurs toezicht. Er is daarom gekozen voor een gefaseerde invoering van de verruimde mogelijkheid tot onvrijwillige geneeskundige behandeling. In eerste instantie wordt deze ingevoerd in de ppc's te Amsterdam, Den Haag en Vught. Het zorgniveau in deze ppc's is reeds op het vereiste peil. In antwoord op vragen van de leden van de fractie van de SP merk ik op dat de komende jaren verder ingezet wordt op het realiseren van een zorgklimaat, in plaats van een beheersregime, en op het meer persoonsgericht bejegenen van gedetineerden. Er wordt getracht zorg te bieden die zoveel mogelijk gelijkwaardig is aan vergelijkbare zorg binnen de ggz. Hierbij dient echter rekening gehouden te worden met de omstandigheden en beperkingen inherent aan de detentiesituatie. Voor veel medewerkers is het meer persoonsgericht bejegenen van gedetineerden een andere manier van werken die enige tijd, energie en betrokkenheid van alle disciplines zal vergen.

Dat het onderhavige wetsvoorstel bij inwerkingtreding van de Wfz en de Wvggz aan deze beide laatstgenoemde wetten aangepast zal worden, betekent niet, dit in antwoord op de vraag van de leden van de VVD-fractie, dat de mogelijkheden voor verruiming van de onvrijwillige behandeling alleen dienen te gelden voor gedetineerden aan wie krachtens een strafrechtelijke titel forensische zorg wordt verleend. Ten eerste zou dit betekenen dat op jeugdigen, die immers niet onder de werking van het Interimbesluit forensische zorg en de Wfz vallen, de verruimde mogelijkheden voor onvrijwillige geneeskundige behandeling niet van toepassing zouden zijn. Dit acht ik onwenselijk. Ten tweede zou ook aan een aantal volwassen gedetineerden voor wie dat wel noodzakelijk is, geen zorg kunnen worden verleend. In sommige strafzaken wordt bijvoorbeeld geen pro justitia rapportage aangevraagd en blijkt pas in een later stadium, tijdens het verblijf in detentie, dat er sprake is van een psychische stoornis waarop een directe reactie, met zonedig een gedwongen behandeling, nodig is. Deze personen hebben dan een strafrechtelijke titel die geen forensische zorg inhoudt, opgelegd gekregen, terwijl deze zorg wel aangewezen is.

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

Naar aanleiding van de vraag van de leden van de fractie van de SP wat de ervaringen tot nu toe zijn met het nieuwe criterium in de wet Bopz, kan het volgende worden opgemerkt:

Met ingang van 1 juni 2008 is een wijziging van de Wet bopz in werking getreden, waarbij onder andere het criterium voor dwangbehandeling werd verruimd. Sindsdien kan ook behandeling plaatsvinden «voor zover aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens betrokkene doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen». Bij de termen «aannemelijk» en «redelijke termijn» gaat het om normen die door het veld nader dienen te worden ingevuld. Tijdens de behandeling van het betreffende wetsvoorstel in de Tweede Kamer werden twee moties aangenomen waarin werd verzocht binnen een jaar na inwerkingtreding inzicht te geven in respectievelijk de invulling van de nieuwe normen voor dwangbehandeling en in het verlengde daarvan inzicht in de (risico)afwegingen die in de praktijk worden gemaakt rond de duur van dwangmedicatie versus noodmedicatie in relatie tot bijwerkingen. Hierop werd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in de eerste helft van 2009 een quick scan uitgevoerd teneinde in een kort tijdsbestek inzicht te krijgen in de praktijk en de consensusvorming van de verruimde dwangbehandeling¹. Ten aanzien van de motie Bouwmeester werd geconcludeerd dat over de invulling van de uitgangspunten die gelden wanneer tot dwangbehandeling wordt overgegaan overwegend overeenstemming te zien is. Dit gaat onder andere over het benoemde gevaar, de criteria doelmatig, proportioneel en subsidiair en de invulling van diagnostiek. Waar het gaat om interpretatie van de open norm «redelijke termijn» en de maximale termijn van de verruimde dwangbehandeling bleek bij sommige respondenten behoefte te bestaan aan een verduidelijking. Verder bleek er nog geen sprake te zijn van expliciete, op schrift gestelde richtlijnontwikkeling vanuit het veld. Wel vond afstemming plaats over de invulling van de richtlijn tussen verschillende geneesheer-directeuren. De inhoud van de motie over dwangmedicatie versus noodmedicatie in relatie tot bijwerkingen bleek verwarring te wekken bij de geneesheer-directeuren en psychiaters aangezien beide vormen van medicatie een andere oorsprong hebben. Het terugdringen of zo veel mogelijk vermijden van dwangmedicatie blijkt volgens de respondenten in zijn algemeenheid een tweede natuur van behandelaars om bijwerkingen zo veel als mogelijk is te verkleinen of te vermijden. Volgens de respondenten geeft dat de beste kans op het uiteindelijk vrijwillig accepteren van medicatie door patiënten. Verder wordt zoveel mogelijk gekozen voor kortdurende medicatie om bijwerkingen te toetsen en wordt vaak begonnen met een lage dosering om zicht te krijgen op eventuele bijwerkingen. Volgens de respondenten gaat het bij noodmedicatie om een acute noodsituatie en dan zijn afwegingen over risico's op bijwerkingen secundair. Ten aanzien van de toepassing van de nieuwe criteria door de klachtencommissie gaven enkele respondenten aan, dit in antwoord op een vraag van de leden van de fractie van de ChristenUnie, dat de klachtencommissie terughoudend is met toepassing van het nieuwe criterium, mogelijk ook omdat zij soms nog niet voldoende op de hoogte is van de criteria voor verruimde dwangbehandeling. Soms eist de klachtencommissie dat eerst een aanzienlijke tijd alternatieven voor dwangbehandeling geprobeerd zijn. De ervaringen van de respondenten in het onderzoek met de verruimde dwangbehandeling zijn overwegend positief, dit in antwoord op vragen van de leden van de fracties van de SP en de ChristenUnie. Genoemd werd dat het niet vaak voor komt, maar indien het wordt toegepast er wel sprake van een echte verbetering is. Ook werd veel genoemd dat verruimde dwangbehandeling leidt tot een

¹ De praktijk van de dwangbehandeling in de Wet bopz. Zorgconsult Nederland, juni 2009. Zie ook Tweede Kamer, vergaderjaar 2009–2010, 30 492, nr. 36.

verkorting van de opnameduur. Verder werd als doel van de verruimde dwangbehandeling vrijwillige inname van medicatie veelvuldig genoemd. Alle respondenten noemden medicatie als de vorm van dwangbehandeling die zij toepasten. Het meest voorkomende was een depot anti-psychoticum. Daarnaast kwamen separatie en ECT voor als vorm van dwangbehandeling. Eenmaal werd sondevoeding genoemd, voorafgaand aan dwangmedicatie. Gezien de overwegend positieve ervaringen met de verruimde mogelijkheden voor dwangbehandeling is het wenselijk deze ook onder de werking van de nieuwe Wvvggz mogelijk te maken. Het wetsontwerp Wvvggz biedt hier de mogelijkheid toe. Het ligt in de rede om wanneer de Wvvggz in werking treedt de criteria voor onvrijwillige geneeskundige behandeling in de justitiële inrichtingen tegelijkertijd hieraan aan te passen. Deze criteria zullen zoals hiervoor ook al aangegeven, dit in antwoord op een vraag van de leden van de SP-fractie, zoveel mogelijk hetzelfde zijn.

Voor het daadwerkelijk mogelijk maken van de verruiming van de gedwongen behandeling in de justitiële inrichtingen is uiteraard de beschikbaarheid van voldoende gedragsdeskundigen een eerste voorwaarde. Dit is een onderwerp, dit in antwoord op een vraag van de leden van de CDA-fractie, waar veel aandacht aan wordt besteed. Om de kwaliteit van de psychiatrische zorg in de jji's te verbeteren is onder meer geïnvesteerd in de uitbreiding van het aantal psychiaters, gezondheidszorg-psychologen (verder: gz-psychologen) en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (verder: spv-ers). De gezamenlijke inspecties constateren in hun eindrapportage van oktober 2010 dat het landelijk tekort aan kinder- en jeugdpsychiaters een spanningsveld blijft, waardoor risico's op onderdiagnostiek van psychiatrische problemen ontstaan. De inrichtingen spannen zich in deze risico's te verkleinen door te zorgen voor voldoende en deskundige gedragswetenschappers. Er zijn structureel extra middelen verstrekt voor het aantrekken van deze functionarissen. Daarnaast hebben alle jji's samenwerkingsverbanden met lokale ggz aanbieders die specialistische zorg en beschikbaarheidsdiensten voor psychiaters aanbieden. Met extra middelen zijn er nu sectorbreed 7,75 fte. kinder- en jeugdpsychiaters, 5,6 fte. sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en 48,6 fte. gz-psychologen (en 25 gz-psychologen in opleiding) beschikbaar. Voorts hebben veel jji's nu ook testassistenten aangenomen om de screening op psychische problematiek efficiënter vorm te kunnen geven (8 fte. in totaal). Overigens verwacht ik dat de toepassing van gedwongen behandeling in verband met het bijzondere karakter van de maatregel beperkt zal zijn tot de very intensive care-afdeling (verder: vic-afdeling) en de foba van jji De Hartelborgt, waar voldoende psychiaters aanwezig zijn. Ook de aanwezigheid van voldoende deskundig personeel laat echter onverlet dat de onvrijwillige geneeskundige behandeling een ultimum remedium is dat pas kan worden toegepast als andere middelen hebben gefaald. Uitgangspunt is dat bij de inzet van onvrijwillige geneeskundige behandeling altijd de subsidiariteit, proportionaliteit, doelmatigheid en veiligheid van de voorgestelde interventie beoordeeld dienen te worden. Voor de jji's geldt bovendien dat in het wetsvoorstel een aantal zorgvuldigheidseisen geformuleerd zijn op basis waarvan de inzet van een geneeskundige handeling opgenomen moet zijn in het perspectiefplan. Voorts is voor het uitvoeren van de onvrijwillige medische behandeling overleg vereist tussen de directeur van de jji, de behandelend psychiater en een onafhankelijke psychiater die niet bij de behandeling betrokken is, dit in het kader van een second opinion. Vergelijkbare eisen worden overigens gesteld aan de onvrijwillige geneeskundige behandeling in de penitentiaire inrichtingen en de fpc's, met dien verstande dat daar sprake is van een behandelplan, in plaats van een perspectiefplan. Ik acht het daarom, dit in antwoord op een vraag van de leden van de fractie van de SP, niet aannemelijk dat dit middel lichtvaardig en met een oneigenlijk doel wordt ingezet.

Overigens is er momenteel geen sprake van druk op het personeel van de jji's, dit in antwoord op vragen van de leden van de SP. Een van de verbetermaatregelen die de afgelopen periode gerealiseerd is, is de verkleining van de groepen, zodat relatief meer personeel per jeugdige beschikbaar is gekomen. De druk op de jji's en het aldaar werkende personeel wordt momenteel vooral veroorzaakt door de zeer lage bezettingsgraad. Ook ten aanzien van de penitentiaire inrichtingen, dit in antwoord op vragen van dezelfde leden, is er geen sprake van dat het wetsvoorstel ten dienste staat van beheersproblemen die veroorzaakt zouden worden door personeelsgebrek. Het wetsvoorstel maakt het mogelijk onvrijwillige zorg te verlenen als andere pogingen passende psychiatrische zorg te verlenen, hebben gefaald. Dit kan alleen op daartoe speciaal ingerichte afdelingen, de ppc's. Zoals in de voorgaande paragraaf beschreven past dit binnen het streven de psychiatrische zorg binnen het gevangeniswezen zoveel mogelijk gelijkwaardig te maken aan die in de ggz, waar al sinds juni 2008 dwangbehandeling kan worden verricht.. Overigens blijven er echter gedetineerden, dit in antwoord op een vraag van de leden van de fractie van het CDA, voor wie ondanks het voorliggende wetsvoorstel een inbewaringstelling aangevraagd zal dienen te worden. Zo zal electroconvulsie therapie veelal toegepast worden binnen het verband van de reguliere ggz. Ook de instelling op sommige antipsychotica, waarbij bijvoorbeeld veelvuldig bloedonderzoek gedaan dient te worden, kan een reden voor overplaatsing naar de ggz vormen. Therapeutische interventies zoals het toedienen van vocht en voeding, vallen wel onder de werking van het wetsvoorstel, dit in antwoord op een vraag van dezelfde leden. Voorwaarde hierbij is uiteraard dat er sprake is van een psychiatrische stoornis die deze interventie noodzakelijk maakt. Gedacht kan bijvoorbeeld worden aan een vergiftigingswaan waardoor de gedetineerde niet meer wil eten of drinken. Het onderhavige wetsvoorstel beoogt niet het overige bestaande beleid en de regelgeving met betrekking tot personen in hongerstaking te wijzigen. De leden van de fractie van de SP vragen voorts naar het aantal longstay-plaatsingen dat met dit voorstel zou kunnen worden voorkomen. Op deze vraag is thans geen antwoord te geven. Onvrijwillige geneeskundige behandeling kan voor tbs-gestelden resultaten opleveren die verdere stappen in het resocialisatieproces mogelijk maken. Zoals uw Kamer bekend is, is voortgang in het resocialisatieproces een contra-indicatie voor een longstay-plaatsing. Het is echter niet op voorhand te zeggen of dat ook daadwerkelijk het geval zal zijn bij alle dwangbehandelingen. Naar verwachting zal onvrijwillige behandeling in een aantal gevallen bijdragen aan de resocialiseerbaarheid van tbs-gestelden. Bij de evaluatie van dit wetsvoorstel, twee jaar na inwerkingtreding, zal dit aspect worden meegenomen.

4. Zorgvuldigheids- en kwaliteitseisen

In de justitiële inrichtingen wordt veel aandacht besteed aan goede psychische zorg voor de gedetineerden. Het verblijf in de tbs-kliniek staat geheel in het teken van de behandeling van de stoornis van de geestvermogens in verband waarmee de tbs-maatregel werd opgelegd, teneinde zoveel mogelijk het recidivegevaar terug te dringen. Hier is derhalve voldoende gedragskundige expertise aanwezig. Maar ook in de overige justitiële inrichtingen, de penitentiaire inrichtingen (verder: p.i.'s) en de jji's, wordt ruime aandacht aan goede psychische zorg besteed, dit in antwoord op vragen van de leden van de PvdA over dit onderwerp. Zo wordt snel na plaatsing in de jji met behulp van screeningsinstrumenten een diagnose gesteld die duidelijk moet maken welke (psychische) problemen aan het delictgedrag van de jeugdigen ten grondslag liggen. Ook vindt systematisch overleg met gedragsdeskundigen plaats. Daardoor is er een goede samenhang in het behandelaanbod van

psychiatrische stoornissen. Daarnaast is een gemeenschappelijke visie op psychiatrische zorg voor de jji's ontwikkeld. Die visie vormt het uitgangspunt voor de behandeling van jeugdigen met dergelijke stoornissen. Voorts is, dit in antwoord op vragen van de leden van de PvdA-fractie, in de afgelopen jaren sterk ingezet op de verdere professionalisering van het personeel in de jji's. Op dit moment is 32% van de medewerkers op de groep in het bezit van een hbo-diploma en volgen ruim 350 medewerkers op dit moment nog een hbo-opleiding (25% van het totaal). Een groot deel daarvan behalen in 2011 het diploma. Ook door verdergaande samenwerking met hogescholen zijn deze opleidingen specifiek toegesneden op het werken in een jji. Daarnaast is er nauwe samenwerking en multidisciplinair overleg met gedragsdeskundigen en medische dienst als het gaat om geneeskundige behandeling van jeugdigen. Overigens zal naar verwachting de onvrijwillige geneeskundige behandeling in de praktijk beperkt zijn tot de vic en de foba in jji De Hartelborgt, waar voldoende expertise aanwezig is.

Om jeugdigen een behandeling op maat te kunnen bieden is voorzien in verschillende differentiaties binnen de inrichtingen. Voor een jeugdige bij wie de psychiatrische problematiek op de voorgrond staat, is een reguliere behandelafdeling (zonder landelijke bestemming psychiatrie/vic-afdeling) doorgaans niet geïndiceerd en onvoldoende specialistisch. Plaatsing op de vic-afdeling betekent echter niet automatisch dat dwangbehandeling wordt toegepast, dit zal slechts bij een kleine categorie jeugdigen het geval zijn. Er is dan ook geen sprake van het streven te voorkomen dat jongeren op een vic-afdeling terecht komen. Plaatsing op een afdeling voor intensieve behandeling in de zin van artikel 22b Bjj vloeit voort uit de psychiatrische stoornis en de criteria in voornoemd artikel.

In antwoord op een vraag van dezelfde leden kan opgemerkt worden dat in de penitentiaire inrichtingen elke gedetineerde na binnenkomst wordt gescreend door een verpleegkundige. Voor de psychiatrische basiszorg in de justitiële inrichtingen wordt gewerkt met het model van het psychomedisch overleg. Dit is een multidisciplinair overleg, georganiseerd per afdeling. Aan dit overleg nemen deel een psycholoog, een verpleegkundige en een psychiater. Wanneer er een signaal komt, op basis van de eerder genoemde screening, of anderszins, dat een gedetineerde zorg behoeft, wordt deze gezien door de psycholoog of de verpleegkundige en vervolgens in het multidisciplinair overleg besproken. Zonodig volgt een consult door de psychiater. Op deze wijze wordt duidelijk of een gedetineerde mogelijk meer zorg nodig heeft dan de basiszorg die standaard in detentie wordt geboden. Met de op deze wijze georganiseerde basiszorg, dit in antwoord op vragen van de leden van de fractie van de PvdA, kan een groot deel van de gedetineerden met een psychische stoornis voldoende hulp worden geboden.

Soms is echter de psychische stoornis van dien aard dat deze basiszorg niet toereikend kan zijn. Bij een indicatie voor klinische zorg is uitgangspunt dat wordt gezien of een gedetineerde overgeplaatst kan worden naar de ggz. Indien de gedetineerde niet naar de ggz kan op basis van contra-indicaties, zoals een te hoog vlucht- en maatschappelijk risico, dient overplaatsing naar een gespecialiseerde afdeling voor psychiatrische zorg plaats te vinden. Daartoe zijn binnen het gevangeniswezen een vijftal gespecialiseerde afdelingen voor psychiatrische zorg opgezet, de zogeheten penitentiair psychiatrische centra (ppc's). Hier vindt behandeling plaats op basis van een behandelplan. Dat een drugsafhankelijke gedetineerde met gedwongen behandeling te maken kan krijgen, dit in antwoord op een vraag van de leden van de fractie van de SP, is onwaarschijnlijk. Over het algemeen bestaat de behandeling bij drugsafhankelijke gedetineerden uit het aanbieden van een vervangend middel, zoals bijvoorbeeld methadon, en uit het afbouwen van middelengebruik. Er worden in dit verband geen middelen toegediend onder dwang. Het

onderhavige wetsvoorstel beoogt op geen enkele manier het bestaande beleid inzake drugsverslaving in detentie te wijzigen.

Ook aan de rechtspositie met betrekking tot onvrijwillige geneeskundige behandeling is ruime aandacht besteed, dit in antwoord op vragen van de leden van de fractie van de VVD over dit onderwerp. De jeugdige ten aanzien van wie onvrijwillige geneeskundige behandeling wordt toegepast ontvangt hiervan een schriftelijke beslissing van de directeur van de jji. De huidige beklagregeling van artikel 65 Bjj wordt uitgebreid met het voorgestelde onderdeel j, het verrichten van geneeskundige behandeling als bedoeld in het voorgestelde artikel 51d, onder a of b. Deze beklagregeling geeft de jeugdige het recht beklag te doen bij de beklagcommissie over een hem betreffende door of namens de directeur van de inrichting genomen beslissing. Tegen de beslissing van de beklagcommissie staat vervolgens beroep open bij de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (verder: RSJ), een rechterlijk college. Zowel het beklag als het beroep kunnen op verzoek van de jeugdige klager schorsende werking krijgen, zoals volgt uit artikel 71 respectievelijk artikel 75 lid 2 Bjj.

Ditzelfde systeem van beklag bij de beklagcommissie en beroep bij de RSJ, dit in antwoord op vragen van dezelfde leden, geldt ook bij beslissingen over onvrijwillige geneeskundige behandeling genomen ten aanzien van hen die verblijven in de penitentiaire inrichtingen of de forensisch psychiatrische centra (verder: fpc's).

Het feit dat in het wetsvoorstel wordt gekozen voor aansluiting bij de systematiek van het penitentiaire recht, dit in antwoord op vragen van de leden van de fractie van de Christen-Unie hierover, heeft twee redenen. Ten eerste is er, zoals hiervoor in paragraaf twee uiteengezet, voor gekozen het wetsvoorstel te modelleren naar de dwangbehandeling zoals thans geregeld in artikel 38a en navolgende van de Wet bopz, opdat spoedige inwerkingtreding kan plaatsvinden. Artikel 38c van de Wet bopz kent geen afzonderlijke rechterlijke toets voorafgaande aan dwangbehandeling, maar wel is er de mogelijkheid van beklag achteraf bij een aan de bopz-inrichting verbonden klachtencommissie. De tweede reden dat is gekozen voor rechterlijke toetsing achteraf, is dat deze toetsing aansluit bij de systematiek van het penitentiaire recht.

Zoals door de leden van de Christen-Unie opgemerkt, behelst de zorgmachtiging in het wetsvoorstel Wvggz een voorafgaande rechterlijke toetsing waarbij de omvang van de verplichte zorg wordt vastgesteld. Deze verplichte opname kan ook opname in een ggz-instelling inhouden. De beslissing tot het moeten gedogen van verplichte zorg en de eventuele beslissing tot opname worden derhalve gelijktijdig door de bestuursrechter gegeven.

Bij verblijf in een justitiële inrichting is daar altijd een beslissing door de strafrechter aan voorafgegaan. Deze strafrechter heeft beslist dat vrijheidsbeneming, te weten verblijf in een justitiële inrichting, geoorloofd was. Aansluiting bij de systematiek van het wetsvoorstel Wvggz zou betekenen dat na deze beslissing door de strafrechter vervolgens een andere (civiele) rechter zich in dit verblijf in de justitiële inrichting gaat mengen en zich over een onderdeel daarvan, de te verlenen zorg aan de gedetineerde, gaat uitspreken. Dit komt mij onwenselijk voor. Ik zal mijn zienswijze nader uiteenzetten:

Het recht op de lichamelijke integriteit is een zeer belangrijk grondrecht. Echter noch de Grondwet, noch het Europees verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (verder: EVRM) stelt de eis dat alleen na een voorafgaande rechterlijke toetsing een inbreuk op dit grondrecht gemaakt kan worden. Artikel 11 van de Grondwet vereist wel een wettelijke basis voor een beperking van de onaantastbaarheid van het lichaam. Ook artikel 8 van het EVRM vereist dat een inmenging in het privé-leven bij de wet moet zijn voorzien. Van belang is voorts dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens

(hierna: EHRM) in relatie tot artikel 3 (verbod onmenselijke of vernederende behandeling) van het EVRM in jurisprudentie heeft aangegeven dat dwangbehandeling mogelijk is, als deze naar gangbare medische principes als een therapeutische noodzaak wordt gezien (EHRM, 24 september 1992, Herczegfalvy tegen Oostenrijk). Het niet-toepassen van een medicamenteuze interventie of andere zorginhoudelijke maatregel heeft dan immers tot gevolg dat een patiënt passende medische zorg wordt onthouden.

Dit wetsvoorstel beoogt de hiervoor bedoelde wettelijke basis te bieden. In de memorie van toelichting bij het onderhavige wetsvoorstel is reeds uiteengezet dat voorzien is in een groot aantal waarborgen die het onmogelijk maken dat lichtvaardig tot dwangbehandeling wordt besloten. Voorts kent het penitentiaire recht nadat een eventuele beslissing tot onvrijwillige geneeskundige behandeling is genomen, nog de mogelijkheid van schorsende werking, zowel in eerste aanleg als in beroep bij de RSJ. De beslissing wordt dan door de beklagcommissie of door de RSJ beoordeeld voordat deze ten uitvoer wordt gelegd. De beklagcommissie en de RSJ zijn goed op de hoogte van de gang van zaken binnen de justitiële inrichtingen. Zij kunnen het belang van het individu in relatie tot het belangrijke grondrecht van de integriteit van het lichaam wegens in de context van het geheel van het verblijf in de justitiële inrichtingen. Wanneer in plaats van het systeem van het penitentiaire recht met beklag en beroep achteraf, met de mogelijkheid van schorsende werking, voorafgaande rechterlijke toetsing ingevoerd zou worden, dit in antwoord op een vraag van de leden van de fractie van de VVD, zou dit het volgende kosten:

Wanneer ca. 100 personen per jaar naar de rechter zouden gaan in verband met een beslissing tot onvrijwillige geneeskundige behandeling en ca. 20% zou hierbij nog in cassatie gaan, zouden de kosten hiervan neerkomen op ca. € 200 000 per jaar. Hier zou nog ca. € 100 000 per jaar aan rechtsbijstandkosten bij opgeteld dienen te worden.

Het is moeilijk om op voorhand precies aan te geven, dit in antwoord op een vraag van de leden van de fractie van de PvdA, hoe vaak naar verwachting een gedwongen geneeskundige behandeling op basis van het wetsvoorstel zal worden opgelegd. Zoals reeds uiteen is gezet in de memorie van toelichting, zijn er geen exacte cijfers bekend. Een ruwe schatting bij de voormalige Foba (nu ppc Amsterdam) leert dat ongeveer een derde van de populatie zich verzet tegen medicijngebruik en dientengevolge zo gevaarlijk wordt voor zichzelf of anderen (volgens het gevaarscriterium in art. 26 Bvt, 32 Pbw of 37 Bjj), dat dwangmedicatie moet worden toegediend. Een groep van ongeveer gelijke grootte weigert ook medicijngebruik, maar is niet zo acuut gevaarlijk dat tot het toedienen van dwangmedicatie op grond van artikel 32 Pbw mag worden overgegaan. Bij deze groep zou onvrijwillige behandeling overwogen kunnen worden. De exacte hoeveelheid gedwongen behandelingen zal in de praktijk moeten blijken.

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

Naar aanleiding van vragen van de leden van de fracties van de SP en de PvdA over de rechterlijke toets voorafgaande aan de onvrijwillige geneeskundige behandeling wordt het volgende opgemerkt. In het wetsvoorstel wordt voorgesteld dat de directeur van een justitiële inrichting, na advies van twee psychiaters, waarvan er een niet eerder bij de behandeling van de gedetineerde betrokken was, besluit of deze een onvrijwillige geneeskundige behandeling moet ondergaan. Zoals in de voorgaande paragraaf naar voren gebracht kan deze beslissing door de beklagcommissie en, in beroep, door de RSJ getoetst worden, in beide

instanties met de mogelijkheid van schorsende werking. De RSJ is een rechterlijk college. Van een gebrek aan rechterlijke controle, waarvoor de leden van de fractie van de PvdA vrezen, is dan ook geen sprake. Overigens is het juist, dit in antwoord op vragen van de leden van de fractie van de PvdA op dit punt, dat een geneeskundige behandeling niet op voorhand deel uitmaakt van een detentie en dat iemand met een psychiatrische stoornis die op grond van de wet Bopz wordt opgenomen, wel wordt opgenomen om een geneeskundige behandeling te ondergaan. Bij opname op grond van de wet Bopz is het meestal echter nog lang niet zeker dat dwangbehandeling noodzakelijk is. Waar de rechter bij deze opname over beslist is dat iemand opgenomen mag worden met het oog op geneeskundige behandeling. De rechter stelt overigens niet zelf de psychische stoornis vast, dit in antwoord op een vraag van de leden van de fractie van de SP, deze wordt vastgesteld door een psychiater. De rechter beslist of de stoornis van de geestvermogens de betrokkene gevaar doet veroorzaken en dit gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Over een eventueel noodzakelijke dwangbehandeling tijdens die opname in een Bopz-instelling beslist niet de rechter, maar de behandelend arts. In een penitentiaire inrichting beslist thans de directeur op grond van artikel 32 Penitentiaire Beginselenwet (Pbw) ook over onvrijwillige geneeskundige behandeling, namelijk als er sprake is van een acute noodsituatie. Op basis van het onderhavige wetsvoorstel kan de directeur ook buiten acute noodsituaties besluiten tot onvrijwillige geneeskundige behandeling, na advies van twee psychiaters. Zoals hiervoor in paragraaf 4 reeds uiteen gezet, dit in antwoord op een vraag van de leden van de fractie van de SP, voldoet het wetsvoorstel naar mijn overtuiging aan de vereisten van het EVRM. De vrees, bestaande bij de leden van de fractie van de PvdA, dat de directeur van een justitiële inrichting zich bij zijn beslissing over onvrijwillige geneeskundige behandeling zou laten leiden door bedrijfsmatige belangen als de aanwezigheid van te weinig personeel of te volle cellen op de behandelafdeling, is geheel ongegrond. Zoals opgemerkt is de procedure met betrekking tot het inzetten van de onvrijwillige geneeskundige behandeling zorgvuldig geregeld en wordt niet gevreesd voor een lichtvaardige inzet van dit ingrijpende middel. Voorts vindt er bovendien voortdurende afstemming plaats tussen de justitiële inrichtingen en de betreffende sectordirecties, waardoor personele en/of financiële problemen in een vroeg stadium gesignaleerd en aangepakt worden. De justitiële inrichtingen leggen verantwoording af over hun cijfers en registraties, ook die ten aanzien van onvrijwillige geneeskundige behandeling. Helaas wordt echter niet bijgehouden, dit in antwoord op vragen van de fractie van de PVV, in hoeveel gevallen het huidige gevaarscriterium niet toereikend was en onherstelbare schade is opgelopen omdat dwangmedicatie niet geoorloofd was.

Over de nazorg na het verblijf op een psychiatrische behandelafdeling hebben de leden van de fractie van de PvdA enkele vragen gesteld. De regering is het volledig met de leden van de fractie van de PvdA eens dat een goede nazorg van wezenlijk belang is om terugval in criminaliteit, recidive, te voorkomen. Ten aanzien van jeugdigen is er in de afgelopen periode in het kader van het programma Aanpak jeugdcriminaliteit veel werk verzet voor het tot stand brengen van goede nazorg voor alle jeugdigen die de jji in- en uitstromen.

In het wetsvoorstel tot aanpassing van de Bjj¹ dat recentelijk is aanvaard door de Eerste Kamer wordt voorzien in een formeel wettelijk kader voor verplichte nazorg na de tenuitvoerlegging van een jeugddetentie of de PIJ-maatregel. Bij het grootste deel (95%) van de jeugdigen met een PIJ-maatregel neemt de volwassenenreclassering de begeleiding op zich. De jji's en de reclassering gaan samenwerken naar analogie van de wijze waarop het forensisch psychiatrisch toezicht bij de tbs-maatregel wordt

¹ TK 2008–2009, 31 915.

vormgegeven. Belangrijk hierbij is de continuïteit van de begeleiding en methodiek gedurende het hele traject. Deze werkwijze is ingevlochten in de structuur van netwerk- en trajectberaden.

Ook voor volwassen gedetineerden is een goede nazorg belangrijk om herhaling (recidive) te voorkomen. Dit geldt voor alle gedetineerden, dus ook voor gedetineerden met een psychiatrische stoornis. De gemeente waar de ex-gedeteneerde gaat wonen is verantwoordelijk voor zijn opvang en begeleiding. Het gevangeniswezen draagt zorg voor een goede overdracht van de gedetineerde naar de gemeente. Belangrijk is dat op het moment van ontslag uit de inrichting aan de vijf basisvoorwaarden voor een goede reïntegratie is voldaan: identiteitspapieren, inkomen, schuldhulpverlening (indien van toepassing), huisvesting en (indien geïndiceerd) beschikbaarheid van zorg.

De leden van de fractie van het CDA hebben in verband met de verlening van psychiatrische zorg aan jeugdigen gevraagd waarom plaatsing op een vic of foba niet aangemerkt wordt als forensische zorg in het kader van het wetsvoorstel Wet forensische zorg.

Het antwoord hierop is dat het wetsvoorstel Wfz (TK 2009–2010, 32 398) niet van toepassing is op zorg die in het kader van het jeugdstrafrecht wordt verleend. Thans wordt in het kader van de herziening van het jeugdzorgstelsel gezien of, en zo ja in welke vorm, inkoop van forensische jeugdzorg onder het bereik van het wetsvoorstel Wfz kan worden gebracht. Wel is in artikel 2.3, onderdeel 7, van het wetsvoorstel forensische zorg opgenomen dat de rechter kan bepalen dat een jeugdige in een psychiatrisch ziekenhuis wordt opgenomen indien de plaatsing in een inrichting voor jeugdigen (PIJ) niet wordt verlengd.

De leden van de fractie van het CDA hebben gevraagd naar de rol en positie van de ouders bij een gedwongen behandeling in een jji. Op grond van artikel 51c en artikel 51d van het onderhavige wetsvoorstel dient zoveel mogelijk met de ouders over de behandeling van de jeugdige overlegd te worden. Als de jeugdige beneden de leeftijd van zestien jaar is, dienen zij in te stemmen met het geneeskundige behandelingsplan op een afdeling voor intensieve zorg of behandeling, of zich daar niet tegen te verzetten. Mocht onvrijwillige geneeskundige behandeling op grond van dit wetsvoorstel noodzakelijk zijn, dan dienen de ouders hier op grond van artikel 51e van het wetsvoorstel onverwijld schriftelijk over te worden geïnformeerd.

Voor wat betreft de jji's sluit de nieuwe procedure uit het onderhavige wetsvoorstel goeddeels aan op huidig beleid op de foba en vic van jji de Hartelborgt. Invoering kan derhalve zonder beperkingen plaatsvinden. Ook bouwkundig zijn geen nadere aanpassingen vereist.

6. Advisering over het wetsvoorstel

De leden van de fractie van de SP vragen om een reactie op de opmerking van de Nederlandse Orde van Advocaten dat in de penitentiaire inrichtingen ieder behandelkader ontbreekt. Zoals in de vorige paragraaf uiteengezet, is in alle penitentiaire inrichtingen psychische basiszorg aanwezig. Hierbij wordt gewerkt volgens het model van het psychomedisch overleg, een multidisciplinair samenwerkingsverband. Indien de basiszorg niet voldoende is, kan overplaatsing naar een ggz-instelling plaatsvinden, of naar een ppc. Onder andere naar aanleiding van de bevindingen van de parlementaire onderzoekscommissie naar de tbs (commissie Visser) is de afgelopen jaren sterk ingezet op verbeteren van de psychiatrische basiszorg. Verder is vorm gegeven aan de intensieve psychiatrische zorg door middel van de ppc's. De psychiatrische zorg blijft een voortdurend onderwerp van aandacht.

7. Financiële gevolgen

In antwoord op de vraag van de leden van de fractie van het CDA naar de uitvoeringstoets in verband met de financiële gevolgen van het wetsvoorstel voor het gevangeniswezen dient opgemerkt te worden dat deze uitvoeringstoets nog verricht dient te worden. Naar verwachting zal deze uitvoeringstoets in het voorjaar 2011 plaatsvinden.

8. Overige

Naar aanleiding van de vraag van de leden van de PvdA-fractie naar hoe er in de ons omringende landen als Duitsland, Engeland en de Scandinavische landen gebruik wordt gemaakt van gedwongen geneeskundige behandeling bij gedetineerden met een psychiatrische stoornis dient opgemerkt te worden dat een volledige beantwoording van deze vraag uitgebreid nader onderzoek zou vergen. Het is echter mijn algemene bevinding dat in relatie tot landen als Italië, Duitsland, Zweden, Groot-Brittannië blijkt dat in Nederland vaker en langduriger wordt gesepareerd. In Nederland is separatie relatief vaak eerste keus, terwijl in veel andere landen – zoals Zweden en Groot-Brittannië – vaker voor dwangmedicatie wordt gekozen. Ik heb geen reden om aan te nemen dat dit in de penitentiaire inrichtingen in deze landen anders is.

In antwoord op het voorstel van de leden van de fractie van de PVV om bij gedwongen geneeskundige behandeling een commissie in te stellen, vergelijkbaar met de commissie uit het wetsvoorstel Wvvgz, merk ik op dat bij de eventuele aanpassingen naar aanleiding van het wetsvoorstel Wvvgz dit punt zal worden meegenomen. Thans is overigens reeds het instellen van een multidisciplinair overleg verplicht, dat na gedwongen behandeling in een acute situatie de directeur van de inrichting over voortzetting van de gedwongen behandeling adviseert (artikel 23, tweede lid, Penitentiaire Maatregel). Gedwongen behandeling in verband met een stoornis van de geestvermogens dient nu, dit in antwoord op de vraag van dezelfde leden, op grond van artikel 22, tweede lid, Penitentiaire Maatregel, onverwijld gemeld te worden aan Onze Minister, de commissie van toezicht en de bevoegde regionale inspecteur voor de gezondheidszorg.

9. Artikelen

Artikel IV

De leden van de fractie van het CDA hebben gevraagd naar de redenen voor de gefaseerde invoering van de uitgebreide voorzieningen in de ppc's. Zoals hiervoor in de tweede paragraaf reeds aangegeven, zijn er op dit moment nog niet voldoende verpleegkundigen en psychiaters beschikbaar in de ppc's Zwolle en Maastricht om op professionele wijze vorm te geven aan het 24-uurs toezicht.

De staatssecretaris van Veiligheid en Justitie,
F. Teeven