

Zorg-geïnduceerde dwangtoepassing in een Penitentiair Psychiatrisch Centrum: de externe en interne rechtspositie van de gedetineerde patiënt

Module: Scriptie Nederlands Recht; Open Universiteit (OU)

Scriptiebegeleider: Drs. D.H. van Ekelenburg

Examinator : Mr. dr. W.H.B. Dreissen

Dr. E.D.M. Masthoff, LLB

Studentnummer: 850098711

Datum: 15-05-2014

Inhoudsopgave

Gebruikte afkortingen	3
Voorwoord	5
Inleiding	7
Hoofdstuk 1 Dwangtoepassing binnen een PPC	10
1.1 De PPC context	10
1.1.1 Achtergrond van de PPC's	10
1.1.2 Wettelijke basis voor forensische zorgverlening aan gedetineerden	12
1.2 De externe rechtspositie van de gedetineerde inzake plaatsing in een PPC	13
1.2.1 De procedure van plaatsing in een PPC	14
1.2.2 Bezwaar- en beroepsmogelijkheden tegen plaatsing in een PPC	17
1.3 De interne rechtspositie van de in een PPC verblijvende gedetineerde	20
1.3.1 Het recht van een gedetineerde op goede (medische) zorg	20
1.3.2 Het individuele regime	22
1.3.3 Dwangtoepassing in een PPC	22
1.3.3.1 Beperking van bewegingsvrijheid	22
1.3.3.2 Mechanische middelen	25
1.3.3.3 Gedwongen geneeskundige (be)handeling	25
1.3.4 Klachtrecht van PPC patiënten inzake (gedwongen) zorg	33
1.3.4.1 Klachtrecht inzake directiebeslissingen	33
1.3.4.2 Klachtrecht inzake medisch handelen	34
1.4 Toekomstige wetgeving: de Wet Forensische Zorg	35

Hoofdstuk 2 Dwangtoepassing binnen een GGZ instelling	38
2.1 Gedwongen opname	38
2.1.1 Voorlopige machtiging	39
2.1.2 Machtiging tot voortgezet verblijf	40
2.1.3 Inbewaringstelling	40
2.2 Dwangbehandeling binnen een GGZ instelling	42
2.3 Dwangmiddelen en –maatregelen	44
2.4 Klachtrecht van onvrijwillig opgenomen patiënten	46
2.4.1 Klachtrecht Wet BOPZ	46
2.4.2 Klachtrecht WKCZ	48
2.5 Toekomstige wetgeving: de Wet verplichte GGZ	50
Hoofdstuk 3 Kritische beschouwing, aanbevelingen en conclusie	55
3.1 Gedwongen opname in een PPC versus GGZ-instelling	55
3.1.1 Voorwaarden voor een gedwongen opname	56
3.1.2 Invloed van belangenbehartigers van de patiënt	59
3.1.3 Duur van de gedwongen opname	60
3.1.4 Verschillen in bezwaar- en beroepsmogelijkheden	64
3.2 Zorg-geïnduceerde dwangtoepassing in een PPC	64
3.2.1 Beperking van de bewegingsvrijheid: afzondering	65
3.2.2 Beperking van de bewegingsvrijheid: mechanische middelen	67
3.2.3 Gedwongen geneeskundige (be)handeling	68
3.2.4 Klachtrecht inzake zorg-geïnduceerde dwangtoepassing	71
3.3 Toekomstige wetgeving en zorg-geïnduceerde dwang	75
3.4 Conclusie	78
Literatuurlijst	80

Gebruikte afkortingen

AWB	Algemene Wet Bestuursrecht
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
(B)IBA	(Beveiligde) Individuele Begeleidings Afdeling
Bjj	Beginselenwet justitiële jeugdinstellingen
(Wet) BOPZ	(Wet) Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen
BSD	Bureau Selectie en Detentiebegeleiding
Bvt	Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden
BZA	Bijzondere Zorg Afdelingen
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CPZ	Commissie Psychiatrische Zorg
CvT	Commissie van Toezicht
DBBC	Diagnose behandel- en beveiligingscombinatie
DForZo	Directie Forensische Zorg
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EZV	Extra Zorg Voorziening
FOBA	Forensische Observatie- en Begeleidings Afdeling
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg (gedoeld wordt op de zorg als zodanig of op instellingen die deze zorg leveren)
GW	Gevangeniswezen
HR	Hoge Raad
HvB	Huis van Bewaring
IBS	Inbewaringstelling
IFZ	Indicatiestelling Forensische Zorg (onderdeel van het NIFP)
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISD	Inrichting voor Stelselmatige Daders
Iso	Isolatiecel
JMC	Justitieel Medisch Centrum
KWZ	Kwaliteitswet zorginstellingen
LH	Leger des Heils
MA	Medisch Adviseur bij het Ministerie van Veiligheid en Justitie
M&M	Middelen & Maatregelen
MGW	Modernisering Gevangeniswezen
MvT	Memorie van Toelichting
NIFP	Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en psychologie
NvT	Nota van Toelichting
OM	Openbaar Ministerie
OvJ	Officier van Justitie
PBW	Penitentiaire Beginselenwet
PI	Penitentiaire Inrichting
PMO	Psycho Medisch Overleg
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
PVP	Patiëntenvertrouwenspersoon
RN	Reclassering Nederland
RSJ	Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming
Rspog	Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden
Rv	Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering

Sa	Sancties
Sr	Wetboek van Strafrecht
Stb.	Staatsblad
Stert.	Staatscourant
Sv	Wetboek van Strafvordering
SVG	Stichting Verslavingsreclassering GGZ Nederland
VenJ	Veiligheid en Justitie
WFZ	Wet Forensische Zorg
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
WKCZ	Wet klachtregeling cliënten zorgsector
WVGGZ	Wet Verplichte GGZ
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakketten
3RO	De drie reclasseringsorganisaties

Voorwoord

Eind 2005 begon ik, destijds nog maar net werkzaam bij het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie, aan de studie Nederlands Recht bij de Open Universiteit. Ofschoon het gedurende de vier jaren daarna bestuderen van allerlei rechtsgebieden zeer boeiend bleek, was en ben ik hoofdzakelijk geïnteresseerd in het snijvlak tussen psychiatrie en gezondheids-, straf- en detentierecht. Dat zal geen verbazing wekken gelet op mijn beroep van forensisch psychiater en inmiddels Directeur Zorg en Behandeling bij de PI Vught.

In 2010 begon ik aan het slotakkoord van mijn studie: de scriptie. Het kiezen van een onderwerp was geen enorme opgave. Immers, met de kwestie dwang en drang hield ik mij al jaren binnen diverse reguliere en forensische psychiatrische zorgcontexten bezig en ook in de prille Penitentiair Psychiatrisch Centra was en is dit een belangrijk topic. Het genoemde ‘slotakkoord’ – de term suggereert min of meer een beperkte tijdsspanne – werd een hele symfonie. Enerzijds kregen telkens allerlei zaken bij mij noodgedwongen voorrang. Anderzijds waren er doorlopende ontwikkelingen inzake de wetgeving en uitvoeringspraktijk gelieerd aan het scriptieonderwerp waardoor dat laatste akkoord telkens in het midden van het muziekstuk terecht leek te komen, hetgeen niet goed klonk.

Mijn eerste scriptiebegeleider kreeg behoudens het onderzoeksvoorstel nooit een stuk van mij onder ogen. Zij informeerde af en toe heel vriendelijk en begrijpend of ik nog bestond en verliet na enige tijd de OU (een causaal verband is niet aangetoond). Het (nog nieuw ogende) stukje werd overgenomen door Dick van Ekelburg. Op de een of andere manier wist hij – kenner van het detentierecht en enthousiast over de ‘zorggeïnduceerde dwang’ – mijn schrijfproces aan te jagen zodat de eindstreep dan toch eindelijk gepasseerd werd (erg bedankt Dick!).

Tevens was er door de jaren heen hulp van een drietal werk-buurvrouw juristen, die mij inhoudelijke input gaven en mij ‘motipuleerden’ door telkens weer met een strenge glimlach te vragen of die scriptie nu onderhand een keer af was... Zo was er tijdens de ‘ouverture’ Ruth Molmans die mij onder andere betrok bij een van de Querido werkgroepen van waaruit de wetsvoorstellen Wet Forensische Zorg en Wet Verplichte GGZ becommentarieerd werden en die op mijn verzoek binnen de PI Vught een Middelen en Maatregelen commissie leven inblies. Tijdens de lange ‘midden-

passage' waren er de vele inspirerende gesprekken met Adrijana Simic die intussen op landelijke PPC niveau een (Argus look-a-like) registratiesysteem voor dwang en drang opzette en die zich samen met de VU bezighoudt met het uitdenken en implementeren van 'best practices' teneinde de inzet van dwang en drang terug te dringen. Tot slot was er in de 'finale' Denise Kremers die mij op de hoogte hield van de CvT en RSJ uitspraken ter zake dwangbehandeling.

Ook helpend waren de discussies die in de Commissie Wet en Regelgeving (CWER) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie gevoerd werden over eerder genoemde wetsvoorstellen en de workshops / symposia die wij vanuit deze CWER hierover gaven teneinde onze beroepsgenoot-psychiaters te informeren over de komende ontwikkelingen.

Enfin, *alea iacta est*. Daarmee niet bedoelende dat met de scriptie alles klaar is. Immers, genoemde frase duidt op het onherroepelijk in gang zetten van iets. Het (hopelijk uiteindelijk DJI breed) registreren van (zorg-geïnduceerde) dwang en het (daar waar mogelijk) terugdringen van de toepassing ervan blijft de komende jaren een speerpunt. Sterker nog, de laatste hand aan deze scriptie legde ik in Bosnië waar ik met anderen bij een vrijwilligersproject betrokken ben teneinde de kwaliteit van zorg te verbeteren in een instelling voor verstandelijk gehandicapten (veelal kinderen) en psychiatrische patiënten. Tja, zolang daar vanuit onmacht nog veel patiënten aan de muur vastgebonden worden, valt er nog veel te doen.

En als laatste: ook mijn student-zijn bij de OU houdt (gelukkig) niet op. Ik moet mijn master Managementwetenschappen nog afronden en dat is nog een hele kluit. Toen de bijbehorende faculteitsmedewerkers medio 2013 de PI Vught tijdens hun teamdag bezochten kreeg ik van een van mijn docenten een boek met de inhoud waarvan beoogd werd de studievoortgang te bevorderen (dank je wel Max). Sindsdien vernam hij niets meer van mij. Ach ja, NR is af en ik heb weer goede intenties, dus wie weet.

Erik Masthoff, mei 2014

Inleiding

In onderhavige scriptie wordt ingezoomd op het onderwerp ‘zorg-geïnduceerde dwangtoepassing binnen een Penitentiaal Psychiatrisch Centrum (PPC)’, daarbij in acht nemende de kaders van zowel bestaande als veranderende wetgeving en de huidige, innovatieve uitvoeringspraktijk. Met de term ‘zorg-geïnduceerde dwangtoepassing’ (binnen het kader van forensische zorg) doel ik hier zowel op het tegen hun wil plaatsen van gedetineerden in een PPC als op het jegens hen inzetten van dwangmiddelen en – maatregelen,¹ zoals gedwongen toediening van medicatie en plaatsing in afzondering of isolatie.² Voorts (nadere beperking) richt ik mij met betrekking tot het onderdeel ‘juridische aspecten’ op de externe en interne rechtspositie van de gedetineerde patiënt. Met de term ‘extern’ doel ik hierbij op (gedwongen) opname (plaatsing) en met ‘intern’ op eerdergenoemde inzet van dwangmiddelen en -maatregelen.

Het onderzoeksdoel is om met betrekking tot genoemde dwangtoepassing de externe en interne rechtspositie van de gedetineerde patiënt integraal te evalueren. Hierbij wordt beoogd in beschouwende zin in te gaan op overeenkomsten en verschillen tussen de PPC setting en de reguliere Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en voorts op het evolueren van de juridische kaders die hierbij van belang zijn. Ofschoon bij het benoemen en analyseren van genoemde overeenkomsten en verschillen de (veranderende) juridische kaders centraal staan, krijgt de daarmee verbonden uitvoeringspraktijk – daar waar nodig – aandacht, teneinde de context te schetsen waarbinnen een en ander zich afspeelt als ook om bij de evaluatie afdoende rekening te kunnen houden met praktische implicaties en dilemma’s. De doelstelling wordt gecompleteerd door het – mits van toepassing – doen van aanbevelingen ter verbetering van de huidige en/of toekomstige wetgevingspraktijk.

¹ Ofschoon de term ‘dwangmiddelen en -maatregelen’ typisch hoort bij de wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), wordt deze hier (en navolgend) ook gebruikt met betrekking tot de PPC setting omdat genoemde term ook aldaar in zwang is. Zo beschikt een PPC bijvoorbeeld ook over een ‘middelen en maatregelen commissie’ waarin gepraktiseerde middelen en maatregelen zoals plaatsing in afzondering (ordemaatregel) en toediening van dwangmedicatie evaluatief getoetst worden aan de formele criteria daarvoor.

² Andere beperkingen, zoals de media-, bezoek-, post- en telefoonbeperking laat ik – behoudens een korte opmerking daaromtrent in paragraaf 1.3.3.1 – buiten beschouwing omdat het opleggen van dergelijke beperkingen in de detentiestelling veelal niet vanuit zorgoverwegingen plaatsvindt maar vanwege redenen met betrekking tot de veiligheid en/of het strafproces waarin de gedetineerde geïnvolveerd is. Voorts laat ik de interventie van het gedwongen toedienen van vocht en voeding buiten beschouwing omdat deze interventie binnen het gevangeniswezen solitair wordt uitgevoerd in het Justitieel Medisch Centrum (JMC) gesitueerd in PI Haaglanden te Scheveningen en niet in de PPC’s.

Bij de eerder genoemde vergelijking tussen de PPC en de GGZ context en praktijk, is het equivalentiebeginsel van belang, waarmee er kort gezegd op bedoeld wordt dat gedetineerden recht hebben op zorg gelijkwaardig aan die welke voorhanden is in de vrije maatschappij, daarbij weliswaar rekening houdend met de beperkingen die de detentiesituatie nu eenmaal meebrengt. Dit recht vloeit voort uit een breed scala van internationale en regionale (mensenrechten)verdragen, resoluties van de Verenigde Naties (VN) en modelnormen en -richtlijnen voor de behandeling van gevangenen zoals aangenomen door de Algemene Vergadering van de VN.³ Hoewel het principe van equivalentie⁴ een brede consensus geniet, is het niet vanzelfsprekend dat dit bereikt wordt in de dagelijkse praktijk.⁵

Ten behoeve van dit onderzoek heb ik een centrale onderzoeksvraag geformuleerd en die luidt als volgt:

‘Is gelet op het equivalentiebeginsel en de veranderende juridische kaders de mogelijkheid om zorg-geïnduceerde dwangbehandeling toe te passen binnen een Penitentiair Psychiatrisch Centrum gelijk aan die in een (regulier) psychiatrisch ziekenhuis?’

Om een antwoord te kunnen geven op deze vraag, zal ik in hoofdstuk 1 het juridisch kader uiteen zetten met betrekking tot zorg-geïnduceerde dwangtoepassing binnen een PPC, waarbij ik de volgende deelvragen wil beantwoorden:

- Hoe verloopt (dwang)opname van een gedetineerde in een PPC (juridisch) procedureel?
- Welke vormen van zorg-geïnduceerde dwang (M&M) kunnen worden toegepast binnen een PPC?
- Hoe is de rechtspositie van de gedetineerde patiënt met betrekking tot zorg-geïnduceerde dwangtoepassing binnen een PPC wettelijk geregeld?
- Welke wijzigingen in de rechtspositie van de gedetineerde patiënt met betrekking tot zorg-geïnduceerde dwangtoepassing zal toekomstige wetgeving (Wet Forensische Zorg) meebrengen?

³ Lines 2008.

⁴ Vlach & Daniel, 2007; Birmingham, Wilson & Adshead, 2006; Wilson, 2004.

⁵ Lines 2006.

In hoofdstuk 2 zal ik de rechtspositie van de psychiatrische patiënt met betrekking tot zorg-geïnduceerde dwangtoepassing binnen een reguliere GGZ instelling toelichten, waarbij ik een antwoord zal geven op de volgende vragen:

- Hoe verloopt dwangopname van een psychiatrische patiënt in een reguliere GGZ instelling (juridisch) procedureel?
- Welke vormen van zorg-geïnduceerde dwang (M&M) kunnen worden toegepast binnen een GGZ instelling?
- Hoe is de rechtspositie van de psychiatrische patiënt met betrekking tot zorg-geïnduceerde dwangtoepassing binnen een GGZ instelling wettelijk geregeld?
- Welke wijzigingen in de rechtspositie van de psychiatrische patiënt met betrekking tot zorg-geïnduceerde dwangtoepassing in een GGZ setting zal toekomstige wetgeving (Wet Verplichte GGZ) meebrengen?

In hoofdstuk 3 zal ik de (huidige en toekomstige) externe en interne rechtspositie van de in een PPC verblijvende gedetineerde patiënt inzake zorg-geïnduceerde dwangtoepassing kritisch beschouwen en deze vergelijken met die binnen de GGZ context en ik zal daarbij aanbevelingen formuleren. Tot slot zal ik de centrale onderzoeksvraag in concluderende zin beantwoorden.

Hoofdstuk 1 Dwangtoepassing binnen een PPC

In het onderhavige hoofdstuk worden de externe (paragraaf 2) en interne (paragraaf 3) rechtspositie behandeld van gedetineerden die geplaatst worden dan wel verblijven in een PPC en jegens wie zorg-geïnduceerde dwang wordt toegepast. Daaraan voorafgaand wordt – ter verduidelijking – de context van de PPC setting beknopt uiteengezet (paragraaf 1). Besloten wordt met een blik op toekomstige wetgeving (WFZ) welke met betrekking tot het voorgaande van belang is (paragraaf 4).

1.1 De PPC context

Hieronder zal ik kort schetsen hoe de PPC's – een nieuw (zorg)regime binnen het gevangeniswezen (GW) sedert 2009 – tot stand gekomen zijn (paragraaf 1.1.1) en wat de wettelijke grondslag is voor het bieden van zorg aan gedetineerden in alle regimes en dus ook in de PPC's (paragraaf 1.1.2).

1.1.1 Achtergrond van de PPC's

In 2004 constateerde het Eerste Kamerlid Van de Beeten in een motie dat er onvoldoende samenhang was tussen de curatieve en penitentiaire voorzieningen en verzocht hij de regering hiertoe maatregelen te nemen.⁶ In 2005 stelde de werkgroep Houtman vast dat het verschil in werkwijze, sturing en financiering tussen het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) belangrijke overgangsproblemen gaf.⁷ Als oplossing werd voorgesteld om de financiering van alle forensische zorg via het ministerie van VenJ te laten lopen, met gebruikmaking van begrippen en bekostigingssystematiek uit de GGZ.⁸ In 2006 bevestigde de commissie Parlementair onderzoek tbs (commissie Visser) deze bevindingen,⁹ waarna het kabinet de voorstellen overnam en een plan van aanpak opstelde. Vervolgens is het programma Vernieuwing Forensische Zorg ingericht, waarbinnen procedures zijn ontwikkeld voor de wijze van indicering, plaatsing, inkoop en bekostiging van zorg.¹⁰ Het AWBZ¹¹-budget met betrekking tot justitiabelen werd in

⁶ Kamerstukken I, 2003-2004, 28 979 E

⁷ Kamerstukken II, 2006-2007, 29 452 en 30 250, nr. 48.

⁸ RSJ, 'Forensische zorg tijdens detentie', 27 september 2012, p. 21, www.rsj.nl.

⁹ Kamerstukken II, 2006-2007, 30 250, nrs. 4-5.

¹⁰ Deze procedures zijn inmiddels uitgewerkt in het Handboek Forensische Zorg, Ministerie van Veiligheid en Justitie 2012. Zie ook www.forensischezorg.nl.

2008 overgeheveld van het ministerie van VWS naar het ministerie van VenJ, waarop de Directie Forensische Zorg (DForZo) van de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) een begin maakte met de inkoop van forensische zorg voor justitiabelen. Mede vanuit deze ontwikkelingen is in juni 2010 bij de Tweede Kamer het wetsvoorstel Wet forensische zorg (WFZ)¹² ingediend, inhoudende een brede stelselherziening ten aanzien van de forensische zorg. Zolang deze wet niet in werking is getreden, vormt het Interimbesluit forensische zorg¹³ (Algemene Maatregel van Bestuur) de wettelijke basis voor het verlenen van dit type zorg (zie verder bij paragraaf 1.1.2). De commissie Visser verzocht tevens om “(...) te onderzoeken of een penitentiair psychiatrisch ziekenhuis een bijdrage kan leveren aan de huidige capaciteitsproblemen (...)”.¹⁴

Samenhangend met deze ontwikkelingen op het terrein van de forensische zorg heeft het ministerie van VenJ sinds 2007 grootschalige verandertrajecten in gang gezet in en rond het GW zoals het programma ‘Modernisering Gevangeniswezen’ (MGW),¹⁵ het programma ‘nazorg’ en de inrichting van de ‘veiligheidshuizen’.¹⁶ Ter bestrijding van capaciteitsproblemen ten aanzien van zorgbehoevende gedetineerden werd een concentratie en uitbreiding van zorgplaatsen aangekondigd, waarbij voormalige zorgafdelingen binnen het GW – te weten de Bijzondere Zorg Afdelingen (BZA), de (Beveiligde) Individuele Begeleidingsafdelingen ([B]IBA), de Forensische Observatie- en Begeleidings Afdeling (FOBA) voor crisisinterventie en de forensische schakelunits (FSU) – omgevormd en vervangen werden door nieuwe zorgafdelingen, namelijk de Extra Zorg Voorzieningen (EZV; aanwezig in iedere penitentiaire inrichting [PI]) en een vijftal PPC’s. Tevens startte DForZo met het jaarlijks inkopen van klinische capaciteit (‘forensische bedden’) bij externe zorgaanbieders (onder andere GGZ, verslavingszorg, beschermde woonvormen) met de bedoeling om zorgbehoevende gedetineerden zo veel mogelijk nog tijdens (het laatste deel van) hun detentie onder te brengen bij (zorg)ketenpartners, daarmee beogend de continuïteit van zorg (‘doorzorg’) te verbeteren en impliciet bij te dragen aan (delict)recidivevermindering.

¹¹ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

¹² Kamerstukken I, 2012-2013, 32 398, D.

¹³ *Stb.* 2010, 875, gewijzigd op 27 maart 2012, *Stb.* 2012, 134.

¹⁴ Kamerstukken II, 2005-2006, 30 250, nrs. 4-5.

¹⁵ Kamerstukken II, 2006-2007, 24 587, nr. 225.

¹⁶ www.veiligheidshuizen.nl.

De genoemde EZV's lijken het meest op de voormalige BZA's en zijn bedoeld als tussenvoorziening tussen de reguliere regimes waar basiszorg wordt geboden en de PPC's waar wordt voorzien in tweedelijnsgezondheidszorg. Indien een gedetineerde genoemde tweedelijns (klinische) psychiatrische zorg behoeft en plaatsing op een ingekocht forensisch 'bed' bij een externe zorgaanbieder niet mogelijk of (vanuit maatschappelijk oogpunt) niet gewenst is, wordt de gedetineerde in een PPC geplaatst.¹⁷ De vijf PPC's, waarvan er vier in 2009 operationeel werden, zijn gevestigd in de PI's te Amsterdam, Den Haag, Maastricht, Vught en Zwolle, en hebben een cumulatieve capaciteit van 676 plaatsen.¹⁸ Binnen de PPC's wordt gestreefd naar het bieden van verantwoorde en zo mogelijk (rekening houdende met de beperkingen van de detentiesetting) equivalente geestelijke gezondheidszorg aan gedetineerde patiënten,¹⁹ waarbij naast het detentierecht tevens het gezondheidsrecht van toepassing is. Dit uitgangspunt komt tevens terug in de Gezondheidszorgvisie van DJI: "DJI draagt in haar inrichtingen zorg voor een doeltreffende, doelmatige en op de patiënt gerichte gezondheidszorg, waarvan de kwaliteit gelijkwaardig is aan de gezondheidszorg in de vrije maatschappij, rekening houdend met de bijzondere situatie van de vrijheidsbeneming."²⁰

1.1.2 Wettelijke basis voor forensische zorgverlening aan gedetineerden

De wettelijke basis voor het verlenen van de forensische zorg aan de gedetineerde is te vinden in het Interimbesluit forensische zorg (hierna Interimbesluit), dit zolang de WFZ niet in werking is getreden.²¹ Binnen de vigerende praktijk is de bevoegdheid of

¹⁷ Forensische zorg tijdens detentie 2012, p. 11-12.

¹⁸ Inmiddels is per 01 januari 2014 de capaciteit van de PPC's tot 620 plaatsen teruggebracht, hetgeen samenhangt met verminderde capaciteitsbehoefte en met de huidige bezuinigingen, zoals opgetekend in 'Masterplan DJI 2013-2018'. Dit heeft tevens tot gevolg gehad dat PPC locatie Maastricht per 1 juni 2013 is gesloten.

¹⁹ Binnen de PPC's wordt zorg verleend met als doelen het verantwoord (en zo mogelijk equivalent aan de mogelijkheden buiten de detentiesetting) behandelen en begeleiden van gedetineerden met (ernstige) psychische problemen en psychiatrische stoornissen (waaronder tevens verslavingsproblematiek en verstandelijke beperkingen), het realiseren van een adequaat nazorgtraject indien geïndiceerd (continuïteit van zorg) en het leveren van een bijdrage aan de vermindering van recidive (delictgedrag).

²⁰ Gezondheidszorgvisie DJI 2006, p. 4.

²¹ Ten tijde van het opmaken van onderhavige scriptie ligt het wetsvoorstel ter behandeling voor aan de Eerste Kamer. Tijdens genoemde behandeling op 01 april 2014 werd de eerste termijn van de zijde van de regering geschorst op verzoek van de Staatsecretaris van VenJ om hem de gelegenheid te geven om een brief naar de Eerste Kamer te sturen over de WFZ en een aantal punten die door de leden zijn opgeworpen. Voorts werd de behandeling op verzoek van de Staatssecretaris aangehouden tot de

verantwoordelijkheid tot plaatsing of zorgtoeleiding van gedetineerden naar intramurale zorg belegd bij verschillende autoriteiten, onder de verantwoordelijkheid van de Minister van VenJ, die de forensische zorg ook bekostigt. Indien de Minister van VenJ vermoedt dat een gedetineerde (art. 1 sub e Penitentiaire Beginselenwet [PBW]) forensische zorg behoeft, kan hij ten behoeve van de besluitvorming daaromtrent een indicatiestellingsadvies gelasten (art. 5 lid 3 Interimbesluit). De zorgtoeleiding van forensische patiënten naar een zorgaanbieder van forensische zorg geschiedt op grond van een daartoe strekkende beslissing die bij of krachtens de PBW is genomen (art. 6 lid 1 Interimbesluit).

Art. 5 van het Interimbesluit regelt de aanspraak op forensische zorg. In het eerste lid is bepaald dat aan de forensische patiënt de forensische zorg wordt verleend, waarop hij blijkens de strafrechtelijke titel is aangewezen en die in de indicatie is opgenomen. De strafrechtelijke titel die in de regel zeer globaal in de aanduiding van de forensische zorg is opgenomen, vestigt de aanspraak op zorg.

Art. 2 en 3 van het Interimbesluit bevatten de normering van de forensische zorg. Daarbij is aangesloten bij de zorg die krachtens de AWBZ en de Zorgverzekeringswet (Zvw) wordt verleend. De forensische zorg wordt verleend op grond van 21 strafrechtelijke titels, waaronder zijn begrepen plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders (ISD; art. 38m Sr jo. art. 44 b t/m 44 q PM),²² een voorwaardelijke ISD-maatregel (art.38p Sr) en interne overplaatsing naar een PPC in het gevangeniswezen (art. 15 PBW).

1.2 De externe rechtspositie van de gedetineerde inzake plaatsing in een PPC

Jaarlijks stromen in de PPC's circa 1800 gedetineerde patiënten in en uit. Iets meer dan de helft van hen is preventief gehecht, de rest – afgestraft – zit een opgelegde gevangenisstraf uit, dan wel wacht op plaatsing in een Forensisch Psychiatrisch Centrum (TBS kliniek) of wordt voorbereid op de extramurale fase van een ISD traject.²³ Een deel van de gedetineerde patiënten is in- en/of extrinsiek gemotiveerd voor het verblijf in het PPC. Een ander (substantieel) deel is dat echter niet (het betreft hier

'veegwet' 'Verzamelwet Veiligheid en Justitie' (welke nog behandeld dient te worden in de Tweede Kamer) er is.

²² De PPC's zijn tevens aangewezen als een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD).

²³ Penitentiair Psychiatrische Centra, Facts & Figures 2012.

vooral de gedetineerden [meer dan 40% van de populatie] die lijden aan een psychotische stoornis). Dit laatste kan samenhangen met een gebrek aan ziektebesef en/of –inzicht, zorgmijding op andere gronden en/of weerstand tegen de (subjectief ervaren) praktische beperkingen welke het PPC regime met zich meebrengt. Zodoende verblijven nogal wat gedetineerden gedwongen in een PPC. Navolgend zal in paragraaf 1.2.1 uiteengezet worden hoe de plaatsing van een gedetineerde in een PPC procedureel verloopt. Vervolgens worden in paragraaf 1.2.2 de bezwaar- en beroepsmogelijkheden van de gedetineerde tegen een dergelijke plaatsing behandeld.

1.2.1 De procedure van plaatsing in een PPC

Conform het bepaalde in artikel 15 PBW wordt de beslissing tot plaatsing of overplaatsing naar een PPC door het Bureau Selectie Functionarissen (BSF, hierna selectiefunctionaris) bij DJI genomen. De selectiefunctionaris is bij zijn beslissingen tot plaatsing of overplaatsing gebonden aan de Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden (Rspog).²⁴ In deze Regeling staan de verschillende typen regimes opgesomd die passen bij bepaalde typen inrichtingen en afdelingen voor bijzondere opvang met de daarbij behorende criteria waaraan de gedetineerde moet voldoen om voor een betreffende PI geselecteerd te kunnen worden. De regimes worden onderscheiden naar hun mate van beveiliging en gemeenschap en naar hun bestemming van bijzondere opvang.²⁵

PPC's zijn inrichtingen met een individueel regime²⁶ en een normaal beveiligingsniveau.²⁷ In een individueel regime kunnen gedetineerden worden geplaatst die op grond van hun persoonlijkheid, gedrag of andere persoonlijke omstandigheden, een ernstig beheersrisico vormen voor zichzelf of anderen en ten gevolge daarvan niet in staat zijn in een regime van algehele of beperkte gemeenschap te functioneren of te verblijven. Door de aanwijzing van de PPC's als huis van bewaring (HvB) en gevangenis (art. 9 PBW), bestemd voor de onderbrenging van gedetineerden die forensische zorg behoeven (art. 14 PBW), is voorzien in de juridische basis van de

²⁴ *Stcrt.* 2000, 176, laatstelijk gewijzigd bij Regeling van 13 december 2012, *Stcrt.* 2012, 26110.

²⁵ Kelk 2008, p. 85. Zie ook art. 11 lid 3 en art. 14 PBW.

²⁶ In art. 19 PBW is bepaald dat de al dan niet onherroepelijk tot gevangenisstraf veroordeelde gedetineerde dient te worden geplaatst in een inrichting met een regime van algehele dan wel beperkte gemeenschap, tenzij plaatsing in een individueel regime noodzakelijk is.

²⁷ Art. 13, lid 1, sub c PBW.

PPC's. Op grond van art. 20c Rspog kunnen in een PPC gedetineerden worden geplaatst ten aanzien van wie in verband met een psychiatrische stoornis, een persoonlijkheidsstoornis, psychosociale problematiek, verslavingsproblematiek of een verstandelijke beperking, forensische zorg is geïndiceerd (sub a), maar ook gedetineerden ten aanzien van wie, in verband met de vraag of forensische zorg is geïndiceerd, nadere observatie is vereist (sub b).

Uitgangspunt bij alle plaatsingen in een PPC is het principe 'GGZ, tenzij'. Dit principe houdt in dat gedetineerden met psychische of psychiatrische problematiek in de GGZ worden geplaatst, *tenzij* de GGZ de gevraagde zorg niet kan leveren of als plaatsing vanuit veiligheid niet wenselijk is of indien de betreffende gedetineerde niet wil meewerken en een rechterlijke machtiging een te zwaar middel is.²⁸ In dat geval dient die zorg en behandeling binnen het GW geboden te worden en wordt de gedetineerde in een PPC geplaatst.

Toegeleiding naar een PPC kan geschieden vanuit een politiebureau, waarbij het gaat om de eerste plaatsing in een HvB van een voorlopig gehechte gedetineerde die verdacht wordt van het plegen van een delict²⁹ en in afwachting is van berechting in eerste aanleg.³⁰ Het betreft personen, die bijvoorbeeld in verwarde toestand worden aangehouden en bij wie in verband met de vraag of forensische zorg is geïndiceerd, nadere observatie is vereist en daartoe tot plaatsing in het PPC wordt overgegaan. Voorts kan toegeleiding naar een PPC geschieden vanuit de GGZ. Er zijn met het Openbaar Ministerie (OM), de politie en de GGZ afspraken gemaakt over het opnemen van patiënten die binnen de GGZ een delict plegen.³¹ Tot slot kunnen gedetineerden vanuit een gevangenis of HvB, een ISD of een PPC in een andere regio in een PPC geplaatst worden. Deze overplaatsing wordt geïnduceerd door het Psycho Medisch Overleg (PMO). Het PMO is een multidisciplinair, wekelijks bij elkaar komend, team ten behoeve van specialistische hulpverlening aan individuele gedetineerden die aan een psychiatrische stoornis lijden. Aan dit overleg nemen deel de inrichtingsarts, de inrichtingspsycholoog, de justitieel verpleegkundige en de psychiater van het NIFP.³² In

²⁸ Penitentiair Psychiatrische Centra, Facts & Figures 2012.

²⁹ Waarvoor op grond van art. 67 en 67a SV voorlopige hechtenis is toegelaten.

³⁰ Art. 24 van de Rspog.

³¹ Jaarbericht PPC 2011-2012, DJI, augustus 2012, p. 19.

³² Het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) is het kennisinstituut voor forensische psychiatrie en psychologie. Het is een landelijke dienst van het Ministerie van VenJ,

het PMO vormt het proces van individuele diagnostiek, indicatiestelling, advisering, behandeling en nazorg de rode draad. Zowel de overplaatsing naar interne als naar externe zorgvoorzieningen komt deels via het PMO tot stand.³³

Indien voor een gedetineerde klinische zorg nodig is, dan vraagt het PMO een indicatiestelling aan bij het indicatiestellingsorgaan (Indicatiestelling Forensische Zorg; IFZ) van het NIFP³⁴ voor plaatsing van de gedetineerde bij een externe zorgaanbieder. Wanneer er echter sprake is van een van de contra-indicaties voor plaatsing in een GGZ instelling (het ‘tenzij’ van het ‘GGZ tenzij’ principe), dan geeft het PMO zelf een indicatie af voor plaatsing van de betreffende gedetineerde in een PPC binnen het GW,³⁵ op grond waarvan de selectiefunctionaris (conform het bepaalde in artikel 15 PBW) tot de plaatsing besluit en deze realiseert. In het laatste geval geldt er geen extra toets.³⁶ De afdeling van de PI die zich administratief bezig houdt met de selectievoorstellen en -adviezen is het Bureau Selectie- en Detentiebegeleiding (BSD). De directeur van de PI is overigens verantwoordelijk voor een tijdig voorstel tot overplaatsing van een gedetineerde, indien zulks is geïndiceerd.³⁷

Overplaatsingen kunnen geschieden op voorstel van de PI, maar ook op verzoek van de gedetineerde zelf, waartoe laatstgenoemde een recht heeft ingevolge art. 18 PBW. Hiertoe dient de gedetineerde een met redenen omkleed verzoekschrift bij de selectiefunctionaris in te dienen. De selectiefunctionaris stelt de verzoeker in de gelegenheid om schriftelijk of mondeling zijn verzoekschrift toe te lichten. De gedetineerde wordt binnen zes weken op de hoogte gebracht van de met redenen omklede beslissing van de selectiefunctionaris (art. 18 lid 2 PBW). Indien het

ondergebracht bij de DJI. Het NIFP biedt onafhankelijke psychiatrische en psychologische expertise (diagnostiek, zorg en advies) aan justitiële en maatschappelijke ketenpartners.

³³ Kelk 2008, p. 300. Overplaatsingen kunnen geschieden op voorstel van de inrichting, maar ook van de gedetineerde. Zie art. 18 PBW.

³⁴ Handboek Forensische Zorg, 2012, p. 20; Het IFZ indiceert voor de forensische, klinische zorg (op de titel TBS met dwangverpleging na) en de doorstroming van klinische zorg naar forensische beschermd wonen. Tevens voert zij de hieruit voortvloeiende plaatsingen uit, onder eindverantwoordelijkheid van DForZo (www.nifpnet.nl).

³⁵ Ook kan binnen het gevangeniswezen ambulante zorg worden verleend, dit op indicatie van het PMO. Er kan sprake zijn van GGZ-zorg, verstandelijk gehandicaptenzorg of verslavingszorg, welke zorg wordt verleend door externe zorginstellingen (intramurale ambulante zorg).

³⁶ Thans wordt overwogen om de indicatiestelling voor plaatsingen in een PPC ook te beleggen bij het NIFP. Hiertoe loopt momenteel een pilot.

³⁷ Zie art. 15 PBW.

verzoekschrift wordt afgewezen, kan zes maanden na deze afwijzing opnieuw een dergelijk verzoekschrift worden ingediend (art. 18 lid 3 PBW).³⁸

Indien de selectiefunctionaris het voorstel tot overplaatsing van de inrichting³⁹ heeft ontvangen, maakt hij zijn besluit (beschikking) aan de gedetineerde bekend. Deze beslissing dient voldoende gemotiveerd te zijn en gebaseerd te zijn op voldoende feitelijk onderbouwde adviezen.⁴⁰

1.2.2 Bezwaar- en beroepsmogelijkheden tegen plaatsing in een PPC

Inzake alle beslissingen van de selectiefunctionaris betreffende plaatsing en overplaatsing (waaronder die naar een PPC) heeft de betrokken gedetineerde het recht om een met redenen omkleed bezwaarschrift in te dienen.⁴¹ Dit bezwaarschrift dient binnen zeven dagen, nadat de gedetineerde kennis heeft gekregen van de beslissing van de selectiefunctionaris, te worden ingediend. Een na afloop van deze termijn ingediend bezwaarschrift is niettemin ontvankelijk, indien redelijkerwijs niet kan worden geoordeeld dat de gedetineerde in verzuim is geweest (art. 17 lid 2 jo. art. 61 lid 5 PBW). De selectiefunctionaris stelt de gedetineerde in de gelegenheid zijn bezwaarschrift schriftelijk of mondeling toe te lichten, tenzij hij het aanstonds kennelijk niet-ontvankelijk, kennelijk ongegrond of kennelijk gegrond acht (art. 17 lid 3 PBW). De selectiefunctionaris stelt de indiener van het bezwaarschrift binnen zes weken van zijn met redenen omklede beslissing schriftelijk en zoveel mogelijk in een voor deze begrijpelijke taal op de hoogte. Tevens wijst hij hem op de mogelijkheid van het instellen van beroep, alsmede de termijnen waarbinnen en de wijze waarop dit gedaan moet worden.⁴²

De gedetineerde heeft het recht tegen de beslissing van de selectiefunctionaris op het bezwaar- of verzoekschrift inzake plaatsing en overplaatsing, voor zover dit betreft een gehele of gedeeltelijke ongegrondverklaring, dan wel afwijzing zoals bedoeld in art.

³⁸ Kelk 2008, p. 87.

³⁹ Het (her)selectievoorstel van de directeur van de PI is geen beslissing zoals bedoeld in art. 60 PBW en derhalve ook niet vatbaar voor beklag, aldus BC 7 februari 2000, A99/841/GA, Sa 2000, nr. 19.

⁴⁰ BC 20 april 2000, 00/120/GB, Sa 2000, nr. 43. Zie ook Kelk 2008, p. 87.

⁴¹ De enige uitzondering hierop betreft de beslissing op grond van art. 15 lid 5 PBW, betreffende overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis, welke buiten het domein van dit onderzoek valt en verder buiten beschouwing zal worden gelaten.

⁴² Deze procedure is in overeenstemming met de eisen die de Algemene Wet Bestuursrecht (AWB) stelt, maar deze wet is niet van toepassing op het terrein van het penitentiaire recht, zie art. 1.6 AWB. Zie ook Kelk 2008, p. 87.

17 en 18 PBW, een met redenen omkleed beroepschrift in te dienen bij de Raad voor Strafrechttoepassing en Jeugdbescherming (RSJ). Het beroep wordt behandeld door een uit de sectie GW van de RSJ samengestelde beroepscommissie, genaamd *Beroepscommissie plaatsing en overplaatsing*. Ingevolge art. 72 lid 1 PBW kan het beroepschrift van de gedetineerde zich richten tegen de ongegrondverklaring door de selectiefunctionaris van zijn beroepschrift, of tegen diens afwijzing van het verzoekschrift tot overplaatsing.⁴³ Het beroepsschrift dient met redenen te zijn omkleed en dient uiterlijk op de zevende dag, na die waarop de betrokkene kennis heeft gekregen van de beslissing waartegen hij beroep instelt, ingediend te worden. Een na afloop van deze termijn ingediend beroepschrift zal niet-ontvankelijk worden verklaard door de beroepscommissie, tenzij redelijkerwijs niet kan worden geoordeeld dat de gedetineerde in verzuim is geweest (art. 73 lid 2 PBW).⁴⁴ De beroepscommissie kan bepalen dat de betrokkene uitsluitend in de gelegenheid wordt gesteld het beroepschrift schriftelijk toe te lichten, dan wel dat mondelinge opmerkingen ten overstaan van een lid van de beroepscommissie kunnen worden gemaakt. In geval bij een ander persoon mondeling inlichtingen worden ingewonnen, wordt de betrokkene uitsluitend in de gelegenheid gesteld schriftelijk de vragen op te geven die zij aan die persoon gesteld wenst te zien (art. 73 lid 4 PBW).⁴⁵

Hangende de uitspraak, kan de voorzitter van de beroepscommissie, op verzoek van degene die het beroep heeft ingesteld, de tenuitvoerlegging van de gewraakte beslissing geheel of gedeeltelijk schorsen (art. 73 lid 4 jo. 66 PBW). Behalve een integrale toetsing aan wettelijke regels en aan de in de Rspog vastgelegde normen,⁴⁶ is er voor het overige sprake van een marginale toetsing. Vanwege de specifieke context, namelijk een gedwongen intramuraal verblijf, schroomt de beroepscommissie niet om, anders dan in de bestuursrechtspraak dogmatisch-gebruikelijk is, ook nieuwe feiten bij de beslissing te betrekken. De beroepscommissie verwacht van de gedetineerde enig inzicht in de verdeling van de formele bevoegdheden, ook als het gaat om selectiebeslissingen. Gebrek aan zulk inzicht wordt namelijk doorgaans niet in het

⁴³ Kelk 2008, p. 88.

⁴⁴ Kelk 2008, p. 88.

⁴⁵ Kelk 2008, p. 88.

⁴⁶ De integrale toetsing van de geldende regels en normen betreffende differentiatie en selectie betreft ook de toetsing van de juistheid van de bestemmingen van de PI's.

voordeel van de gedetineerde in de beoordeling van de klacht meegenomen.⁴⁷ Voorts kent de beroepscommissie bij zijn beslissingen een relatief grote betekenis toe aan de persoonlijke omstandigheden van de gedetineerde en aan zijn persoonlijkheid in relatie tot het meest daarbij passende regime. Bovendien hecht de beroepscommissie veel waarde aan de zorgvuldigheid waarmee de benodigde informatie en advisering inzake de plaatsingsbeslissing tot stand zijn gekomen, maar ook de zorgvuldigheid bij de belangenafweging door de selectiefunctionaris,⁴⁸ wiens beslissingen voldoende en deugdelijk gemotiveerd dienen te zijn.⁴⁹

De beroepscommissie doet zo spoedig mogelijk, doch in ieder geval binnen een termijn van vier weken, te rekenen vanaf de datum waarop het beroepschrift is ontvangen, uitspraak. In bijzondere omstandigheden kan de beroepscommissie deze termijn met ten hoogste vier weken verlengen (art. 73 lid 4 jo. art. 67 PBW).⁵⁰ Naast de eerder genoemde optie tot niet-ontvankelijk verklaring van het ingestelde beroep, kan de beroepscommissie het beroep ongegrond of gegrond verklaren. Bij gegrondverklaring wordt de bestreden beslissing van de selectiefunctionaris vernietigd en wordt aan laatstgenoemde door de beroepscommissie opgedragen een nieuwe beslissing te nemen met inachtneming van de uitspraak.⁵¹ Indien de beroepscommissie beslist dat een gedetineerde ten onrechte in een bepaalde PI is geplaatst of juist niet geplaatst, dan kan aan de desbetreffende gedetineerde een beperkt compensatiebedrag per maand worden toegekend gedurende de periode waarin sprake is van het onterechte verblijf.⁵² De RSJ heeft een richtlijn opgesteld met betrekking tot tegemoetkoming bij een aantal hoofdonderwerpen, welke bedoeld is als compensatie voor het geleden ongemak.⁵³ Een dergelijke financiële compensatie heeft niet de aard of hoogte van een schadevergoeding, hetgeen inhoudt dat men voor een volledige schadevergoeding is aangewezen is op de burgerlijke rechter.⁵⁴

⁴⁷ Kelk 2008, p. 89.

⁴⁸ Zo werd een beroep gegrond verklaard, aangezien aan het tot de plaatsing strekkende advies van het Penitentiair Selectie Centrum geen doorslaggevende betekenis kon worden toegekend, aangezien de desbetreffende rapporteur de betrokkene noch gezien, noch gehoord had, aldus BC 3 juni 1991, B 23/91.

⁴⁹ Kelk 2008, p. 90.

⁵⁰ Kelk 2008, p. 88.

⁵¹ RSJ 12/3270/GB, 7 december 2012.

⁵² www.rsj.nl/rechtspraak/Standaardbedragen_tegemoetkomingen.

⁵³ www.rsj.nl/rechtspraak/Standaardbedragen_tegemoetkomingen.

⁵⁴ De Jonge & Cremers 2008, p. 277; Kelk 2008, p. 191.

1.3 De interne rechtspositie van de in een PPC verblijvende gedetineerde

De (al dan niet tegen zijn zin) in een PPC verblijvende gedetineerde heeft (net als andere gedetineerden) recht op goede zorg en hij heeft patiëntenrechten, hetgeen wordt uitgewerkt in paragraaf 1.3.1. In paragraaf 1.3.2 wordt het (in paragraaf 1.2.1 reeds aangestipte) individuele PPC regime toegelicht omdat dit een inperking van rechten van de PPC gedetineerde met zich mee kan brengen. Voorts kunnen binnen een PPC setting bij gedetineerde patiënten diverse dwangmiddelen en –maatregelen (waaronder dwangbehandeling) worden ingezet. Deze interventiemogelijkheden worden beschreven in paragraaf 1.3.3, waarna in paragraaf 1.3.4 de in het kader van het voorgaande relevant zijnde klachtregelingen voor gedetineerden worden behandeld.

1.3.1 Het recht van een gedetineerde op goede (medische) zorg

In art. 42 van de PBW zijn de belangrijkste normen geformuleerd betreffende de medische verzorging van de gedetineerden. Wat het recht op verzorging van de gedetineerde minimaal moet inhouden, wordt uitgedrukt door het internationaal erkende equivalentiebeginsel.⁵⁵ Dit houdt in dat de medische zorg voor gedetineerden zoveel mogelijk gelijkwaardig is aan de zorg in de vrije samenleving, waarbij rekening wordt gehouden met de bijzondere omstandigheden van de detentie.⁵⁶ Aan deze maatstaf van equivalentie moet minstens zijn voldaan om te kunnen spreken van een goede medische verzorging van gedetineerden.⁵⁷ Op grond van art. 42 PBW is het de directeur die als verantwoordelijke voor het beheer van de inrichting ervoor zorg dient te dragen dat deze medische verzorging daadwerkelijk wordt geboden. In lid 3 en 4 wordt een opsomming gegeven van de zorgplichten van de directeur ter zake de medische verzorging.⁵⁸ Daarvoor is hij qualitate qua aansprakelijk.⁵⁹ Het recht op de psychiatrische of psychologische zorg valt eveneens onder het recht op een goede medische verzorging.⁶⁰

⁵⁵ Internationaal is het recht op medische verzorging van gedetineerden onder andere verankerd in art. 22-26 Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners en art. 26-32 European Prison Rules.

⁵⁶ Indien noodzakelijke medische behandeling niet wordt gegeven, kan dat onmenselijke of vernederende behandeling in de zin van art. 3 EVRM opleveren. Zie Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 203,

⁵⁷ Kelk 2008, p. 269-270. Zie ook Gezondheidszorgvisie DJI 2006 en Equivalente zorg in detentie (interne notitie), 2009.

⁵⁸ In de toekomst kan de grondslag voor zorg- en hulpverlening veranderen door de komst van de Wet forensische zorg, TK 32.398, nr. 6

⁵⁹ Kelk 2008, p. 270. Met betrekking tot de verhouding tussen de verantwoordelijkheden van de inrichtingsarts, tandarts, psychiater en de medische staf en de inrichtingsdirecteur zie Kelk 2008, p. 145-147.

⁶⁰ Kelk 2008, p. 271.

De hulp van een, ook klinische, psycholoog is geen medische hulp in de zin van art. 42 PBW, maar valt onder de werking van art. 43 PBW: het recht op sociale verzorging en hulpverlening.⁶¹ De aan de inrichting verbonden zorgprofessionals treden, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van de directeur adviserend, dan wel behandelend op.⁶²

Het spreekt voor zich dat de gedetineerde in de hoedanigheid van een patiënt tevens de patiëntenrechten kan uitoefenen.⁶³ De net als in reguliere zorginstellingen ook in de PI's geldende Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO),⁶⁴ is krachtens art. 7:464 BW van overeenkomstige toepassing als geneeskundige handelingen worden verricht zonder dat een (expliciete) behandelingsovereenkomst is gesloten.⁶⁵ De directeur van een PI is primair verantwoordelijk voor de afstemming van patiëntenrechten.⁶⁶ Hieruit kan worden afgeleid dat er vanuit het oogpunt van zorg- en hulpverlening impliciet een overeenkomst gesloten wordt tussen de gedetineerde patiënt en de penitentiaire inrichting, ook als dat niet expliciet het geval zou zijn.⁶⁷

Omdat het al dan niet toepassen van dwang gelieerd is aan de kwaliteit van zorg is het tot slot vermeldenswaard dat de Kwaliteitswet zorginstellingen (KWZ) van toepassing is op alle instellingen die zorg verlenen zoals in de Zvw en de AWBZ is geregeld, ongeacht of die instellingen op grond van die wetten worden gefinancierd. Genoemde KWZ is dus ook van toepassing in de PI's, inbegrepen de PPC's.⁶⁸ Deze wet verplicht zorginstellingen om hun eigen kwaliteit te bewaken, te beheersen en te verbeteren.

⁶¹ Kelk 2008, p. 300.

⁶² Zo zal een psychiater betrokken worden bij elke bevestiging van een mechanisch middel of plaatsing op het veiligheidsbed.

⁶³ Zie de Nota van toelichting op de Penitentiaire maatregel, Hoofdstuk 5.

⁶⁴ Wet van 17 november 1994 tot wijziging van het Burgerlijk Wetboek en enige andere wetten in verband met de opnemings bepalingen omtrent de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunst.

⁶⁵ Kelk 2008, p. 271 en 303; Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 202; Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 28.

⁶⁶ Van Veen & Oltshoorn-Heim 2008, p. 12. Hoewel hierin de organisatie van een ziekenhuis als uitgangspunt is genomen, kan dit mijns inziens, mede gelet op het equivalentiebeginsel, tevens op de PI's van toepassing worden verklaard. Het is immers de directeur van een PI die op grond van de PBW primair verantwoordelijk is voor de te verlenen zorg aan gedetineerden.

⁶⁷ De directeur is ingevolge art. 3 lid 3 PBW belast met het beheer van een inrichting en afdeling, terwijl het opperbeheer van de inrichtingen bij de Minister van Veiligheid en Justitie berust, zoals voortvloeit uit art. 3 lid 2 PBW.

⁶⁸ Gezondheidszorgvisie DJI 2006.

1.3.2 Het individuele regime

In paragraaf 1.2.1 is vermeld dat in de PPC's een individueel regime geldt. Het is van belang om hier bij dit gegeven nader stil te staan aangezien dit regime ten opzichte van het gemeenschappelijke regime verdergaande beperkingen kent. Het individuele regime, geregeld in art. 22 PBW, is te beschouwen als een vorm van detentie gelegen tussen een verblijf in afzondering en dat in beperkte gemeenschap in. Plaatsing in een individueel regime berust dan ook op overwegingen van noodzaak (art. 19 lid 1 PBW).

Het kenmerk van het individuele regime is dat eventueel per dag kan worden bepaald of en in welke mate een gedetineerde aan gemeenschappelijke activiteiten kan deelnemen. Voor zover een (PPC) gedetineerde voor gemeenschappelijke activiteiten ongeschikt wordt geacht, heeft hij wel recht op een individuele deelname hieraan. Een zorgvuldige en regelmatige beoordeling van de noodzaak tot voortzetting van het verblijf in individueel regime is nodig, aangezien het gaat om een vergaande afwijking van de hoofdregel van plaatsing van gedetineerden in een gemeenschapsregime.⁶⁹

1.3.3 Dwangtoepassing in een PPC

De directeur van een PPC is bevoegd tot vergaande ingrepen in de autonomie van de aldaar verblijvende gedetineerden. Zo is bepaald in art. 5 lid 1 PBW dat de directeur aan gedetineerden bevelen kan geven die noodzakelijk zijn voor de handhaving van de orde of veiligheid in de inrichting of de ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeneming.⁷⁰ De directeur kan diverse (ingrijpende) (orde)maatregelen inzetten jegens gedetineerden, waaronder de beperking van de bewegingsvrijheid, het gebruik van mechanische middelen en dwang(be)handeling. De genoemde interventies worden in de volgende paragrafen behandeld voor zover zij zorg-geïnduceerd zijn.

1.3.3.1 Beperking van bewegingsvrijheid

Een uitdrukkelijke wettelijke regeling is getroffen ten aanzien van twee soorten ordemaatregelen die regelmatig voorkomen: de uitsluiting van activiteiten ingevolge art. 23 PBW en de plaatsing in afzondering op grond van art. 24 PBW. De gronden waarop

⁶⁹ Kamerstukken II 1994-95, 24 263, nr. 3, p. 42.

⁷⁰ Kamerstukken II 1994-95, 24 263, nr. 3, p. 43.

de twee maatregelen kunnen worden getroffen zijn uniform, waarbij het kan gaan om de volgende belangen, zoals vastgelegd in art. 23 lid 1:⁷¹

- a. de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting dan wel de ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeneming;
- b. de bescherming van de betrokken gedetineerde;
- c. in geval van ziekmelding of ziekte;
- d. op verzoek van de betrokkene.

Met betrekking tot zorg-geïnduceerde dwang is naast sub a vooral sub b van belang. In de memorie van toelichting (MvT) bij de PBW wordt uitgelegd dat de maatregelen een beschermend karakter kunnen hebben, indien de gedetineerde tegen zichzelf, vanwege dreiging van automutilatie, dan wel het verkeren in een toestand van psychische decompensatie, dan wel tegen anderen moet worden beschermd.⁷²

De beslissing tot het nemen van een maatregel op de gronden onder a en b van artikel 23 lid 1 PBW is in beginsel voorbehouden aan de directeur (zie art. 5 lid 4 PBW).⁷³ Aan deze beslissingen zijn specifieke procedurele eisen verbonden. De gedetineerde dient tevoren te worden gehoord, dit ingevolge art. 57, lid 1, sub b en c PBW en op grond van art. 58 lid 1 PBW dient aan hem de beslissing schriftelijk te worden meegedeeld.⁷⁴

De afzondering onder a en b kan ten hoogste twee weken duren.⁷⁵ De directeur kan deze termijn telkens met ten hoogste twee weken verlengen, mits de noodzaak tot afzondering op dezelfde gronden nog onverkort bestaat (art. 24 lid 3 PBW), wat door de directeur dient te worden onderzocht. Het dient steeds een nieuwe en zorgvuldige afweging van de belangen en de omstandigheden van de gedetineerde te betreffen, wat

⁷¹ In art. 24 PBW wordt voor de gronden voor het in afzondering plaatsen van een gedetineerde verwezen naar de gronden zoals genoemd in art. 23 lid 1 PBW.

⁷² Kamerstukken II 1994-95, 24 263, nr. 3. p. 44.

⁷³ Het treffen van maatregelen op de andere gronden kan door de directeur zijn overgelaten aan medewerkers.

⁷⁴ Kamerstukken II 1994-95, 24 263, nr. 3. p. 44.

⁷⁵ Afzondering is te onderscheiden van oplegging van een disciplinaire straf betreffende opsluiting in een strafcel. Genoemde afzondering is een ordemaatregel die duurt voor zolang zij noodzakelijk is en dient te worden beëindigd zodra dit mogelijk en verantwoord is, terwijl een disciplinaire straf qua duur tevoren is bepaald en vastligt. Ook de gronden voor oplegging verschillen. Voor plaatsing in afzondering is niet vereist dat een gedetineerde zich schuldig heeft gemaakt aan feiten die onverenigbaar zijn met de orde of de veiligheid in de inrichting dan wel met de ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeneming, terwijl voor oplegging van een disciplinaire straf het vereist is dat de gedetineerde een strafbaar feit in penitentiair-rechtelijke zin heeft begaan, aldus MvT, p. 46.

ook uit de verlengingsbeslissing moet blijken.⁷⁶ Het is mogelijk dat de directeur tijdens de afzondering de deelname van de gedetineerde aan bepaalde activiteiten mogelijk maakt of uitbreidt (art. 24 lid 3 PBW).⁷⁷

De maatregel van uitsluiting van deelname aan een of meer activiteiten houdt weliswaar geen algehele afzondering in, maar heeft wel een afzonderend karakter, zoals apart luchten of geen deelname aan bepaalde activiteiten, waardoor de gedetineerde voor de duur van die activiteiten in zijn cel verblijft.⁷⁸

De afzondering kan ten uitvoer worden gelegd in een afzonderingscel⁷⁹ dan wel in de eigen cel of verblijfsruimte. Voor het verblijf in een afzonderingscel en voor dat in een strafcel is dezelfde regeling van toepassing, namelijk de Regeling straf- en afzonderingscel penitentiaire inrichtingen.⁸⁰ In verband met zijn lichamelijke of geestelijke toestand kan de gedetineerde dag en nacht middels een camera worden geobserveerd (art. 34a PBW).⁸¹

Aangezien de afzondering in een afzonderingscel de meest ingrijpende vorm is, is in het zesde lid van artikel 24 PBW voorgeschreven dat, indien deze vorm van afzondering langer dan vierentwintig duurt, de Commissie van Toezicht (CvT) en de aan de inrichting verbonden arts hiervan op de hoogte worden gesteld. In de praktijk zal dit veelal betekenen dat de secretaris van de CvT wordt geïnformeerd, die op zijn beurt de maandcommissaris⁸² kan informeren. Het ligt voor de hand dat de maandcommissaris aandacht besteedt aan langdurig in een afzonderingscel geplaatste gedetineerden. Gedurende het verblijf in een afzonderingscel kan de gedetineerde

⁷⁶ Kelk 2008, p. 204.

⁷⁷ Deze mogelijkheden van afzondering zijn dezelfde als die waarbij de directeur de gedetineerde kan uitsluiten van de deelname aan een of meer activiteiten.

⁷⁸ Naarmate de uitsluiting meer activiteiten betreft, is de overgang naar de in zwaarte volgende modaliteit van ordemaatregel, te weten afzondering, vloeiend. Indien de beslissing tot uitsluiting materieel neerkomt op plaatsing in afzondering, dient dan ook tot plaatsing in afzondering te worden overgegaan.

⁷⁹ In de praktijk wordt een afzonderingscel ook wel isoleercel (ook iso) of observatiecel genoemd. Overigens is dit veelal dezelfde ruimte als de strafcel.

⁸⁰ 15 juni 1999, nr. 762711/98/DJI, Sa 1999, nr. 11.

⁸¹ Kelk 2008, p. 209.

⁸² Bij toerbeurt worden de leden van de CvT als maandcommissaris aangewezen. Deze bezoekt te minste eenmaal per maand de inrichting en kan daarbij met gedetineerden in gesprek gaan die daarom gevraagd hebben middels een verzoekbriefje. Voorts kunnen klachten die zich daarvoor lenen aan de maandcommissaris ter hand worden gesteld met het verzoek om te trachten tot een onderhandse oplossing van het geschil te komen; bron: www.dji.nl.

worden beperkt dan wel uitgesloten van het onderhouden van contacten met de buitenwereld.⁸³

1.3.3.2 Mechanische middelen

De in de vorige paragraaf beschreven afzondering kan eventueel gepaard gaan met een of meer andere ingrijpende maatregelen. Zo geeft art. 33 lid 1 PBW de directeur de bevoegdheid te bepalen dat een gedetineerde tijdens de afzondering door bevestiging van mechanische middelen aan zijn lichaam voor een periode van ten hoogste vierentwintig uren in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt, indien die beperking noodzakelijk is ter afwending van een van de gedetineerde uitgaand ernstig gevaar voor diens gezondheid of de veiligheid van anderen dan de gedetineerde. In art. 2 van de Regeling mechanische middelen in PI's⁸⁴ is bepaald middels welke mechanische middelen fixatie bewerkstelligd mag worden, te weten: valhelm of schuimhelm, gecapitonneerde handschoenen, mondafscherming, polsbanden aan riem om middel, dwangjack, enkelbanden met tussenstuk, handboeien en veiligheidsbed. Zo is ook bepaald dat in elk geval een psychiater betrokken moet worden bij elke bevestiging van een mechanisch middel of plaatsing op het veiligheidsbed.⁸⁵

De directeur stelt de arts of diens vervanger en de CvT van de inzet van mechanische middelen onverwijld in kennis. Als een onverwijld tenuitvoerlegging geboden is, kan een medewerker hiertoe beslissen en overgaan voor een periode van ten hoogste vier uren. De directeur, de arts en de CvT worden door de betreffende medewerker onverwijld in kennis gesteld (art. 33 lid 2). De directeur kan de beslissing tot bevestiging van mechanische middelen aan het lichaam van de gedetineerde telkens met ten hoogste vierentwintig uren verlengen, na overleg met de arts (art. 33 lid 3 PBW).

1.3.3.3 Gedwongen geneeskundige (be)handeling

Evenals in zorginstellingen in de vrije maatschappij is binnen het GW (en daarmee ook de PPC's) de WGBO van toepassing uit welke wet voortvloeit dat behandeling dient te

⁸³ Kamerstukken II 1994-95, 24 263, nr. 3. p. 46.

⁸⁴ 26 juni 2000, nr. 5034475/00/DJI, *Stcrt.* 101.

⁸⁵ Kelk 2008, p. 273.

geschieden met toestemming van de patiënt.⁸⁶ Echter, in bijzondere gevallen kan onder strikte voorwaarden ook dwangbehandeling worden toegepast. Daar waar binnen de reguliere GGZ setting de wettelijke basis daarvoor gevonden wordt in de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet BOPZ),⁸⁷ vormde art. 32 PBW tot 1 juli 2013 het enige wettelijke kader waarbinnen een gedwongen geneeskundige (be)handeling binnen de detentiesetting mogelijk was. Laatstgenoemde mogelijkheid was evenwel minder ruim dan die in een reguliere GGZ instelling. Enerzijds bood de PBW in vergelijking met de Wet BOPZ minder waarborgen met betrekking tot de uitvoering van dwangbehandeling. Anderzijds was het gevaarscriterium in de PBW beperkter geformuleerd: "...gevaar voor de gezondheid of veiligheid van de gedetineerde of van anderen...".⁸⁸ Hiermee wordt bedoeld op (acute) noodsituaties (onmiddellijk gevaar) waarbij er sprake is van levensgevaar, gevaar voor ernstige zelfverminking of blijvende invaliditeit bij de gedetineerde dan wel (zulk) gevaar voor de gezondheid of veiligheid van anderen,⁸⁹ waarbij het gevaar zich binnen de inrichting voordoet. Daarmee worden gevaarscriteria waarin de Wet BOPZ wel voorziet, zoals zelfverwaarlozing (althans indien dit niet leidt tot acuut levensgevaar), maatschappelijke teloorgang en het dusdanig voortbestaan van het gevaar dat het verblijf van de betrokkene binnen een instelling of speciale afdeling niet beëindigd kan worden, uitgesloten.⁹⁰ Wel wordt in de hiervoor reeds aangehaalde MvT bij de PBW overigens benoemd dat het denkbaar is dat aan een gedetineerde gedwongen medicatie wordt toegediend als minder ingrijpend alternatief voor een – bij gebrek aan medicatiegebruik – noodgedwongen langdurige afzondering vanwege het gevaar voor anderen, waarbij de toestand van de betreffende gedetineerde verslechtert.

⁸⁶ In art. 7:450, lid 1, BW (WGBO) is bepaald: "Voor verrichtingen ter uitvoering van de behandelingsovereenkomst is de toestemming van de patiënt vereist."

⁸⁷ *Stb.* 1995, 290, laatstelijk gewijzigd op 17 november 2005, *Stb.* 2005, 617.

⁸⁸ Overigens werd het gevaarscriterium zoals geformuleerd in art. 32 PBW in april 2005 aangepast (*Stb.* 2005, 194; met name werd de oorspronkelijke formulering "ernstig gevaar" gewijzigd in "gevaar"), zulks naar aanleiding van een amendement van het kamerlid Van der Hoek en een soortgelijke wijziging van de Wet BOPZ.

⁸⁹ Zie Kamerstukken II 1993-94, 263, nr. 3, p. 53.

⁹⁰ Zie ook 07/1335/TA en 07/1346/TA: weliswaar betreft het hier beroepszaken bij de RSJ betreffende TBS gestelden, doch gelet op de analogie van de Bvt met de PBW inzake het fenomeen dwangbehandeling zijn de betreffende uitspraken ook relevant voor de detentiesituatie.

Met de inwerkingtreding van de Wet onvrijwillige geneeskundige behandeling op 1 juli 2013⁹¹ zijn in de PBW⁹² de bepalingen over de geneeskundige behandeling in verband met de geestelijke gezondheidstoestand in overeenstemming gebracht met de voorschriften bij of krachtens de Wet BOPZ. Aan eerder genoemde gedwongen geneeskundige handeling ex art. 32 PBW zijn namelijk toegevoegd de zogenaamde a-dwangbehandeling (art. 46d, sub a PBW; art. 21 sub a PM) en b-dwangbehandeling (art. 46d, sub b PBW; art. 21 sub b PM), waartoe – als ultimum remedium – overgegaan kan worden indien de betrokken gedetineerde niet wil instemmen met het behandelingsplan⁹³ en indien de gedetineerde zich tegen de behandeling verzet (art. 46d PBW jo art. 46c PBW), waarbij tevens aan diverse andere voorwaarden voldaan dient te zijn (zie hieronder).

Met de term ‘gevaar’ wordt in art. 46a PBW bedoeld op: gevaar dat de gedetineerde zichzelf of een ander van het leven zal beroven of ernstig lichamelijk letsel zal toebrengen, gevaar voor maatschappelijke teloorgang, gevaar voor zelfverwaarlozing of verwaarlozing van een ander die aan de zorg van de gedetineerde is toevertrouwd (dit is overigens een praktische onmogelijkheid binnen de detentiesetting), gevaar voor het oproepen van agressie tegen de eigen persoon, gevaar voor de psychische gezondheid van een ander en gevaar voor de algemene veiligheid van personen of goederen. Hiermee zijn de gevaarscriteria voor de a- en b-dwangbehandeling ruimer dan die voor de gedwongen geneeskundige handeling ex art. 32 PBW (zie eerder) en analoog aan die zoals geformuleerd in de Wet BOPZ. Immers, buiten de vormen van onmiddellijk gevaar zijn nu ook modaliteiten van minder acuut (en minder ernstig) gevaar toegevoegd. Daar waar zulk gevaar zich bij de b-dwangbehandeling (net zoals bij de gedwongen geneeskundige handeling) dient voor te doen binnen de inrichting (intern gevaarscriterium; art. 46d, sub b PBW), voorziet de a-

⁹¹ *Stb.* 2012, 410.

⁹² Ook de overige beginselenwetten (Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden [Bvt]; Beginselenwet justitiële jeuginrichtingen [Bjj]) zijn conform aangepast.

⁹³ Art. 21 PM sub e: geneeskundig behandelingsplan: het geneeskundig behandelingsplan, bedoeld in art. 46b van de wet; Art. 46b lid 1 PBW: De directeur draagt zorg dat in overeenstemming met de gedetineerde die in verband met zijn geestelijke toestand verblijft in een daartoe op grond van artikel 14 aangewezen afdeling of inrichting een geneeskundig behandelingsplan wordt vastgesteld; Art. 46 lid 2 PBW: Het geneeskundig behandelingsplan is gericht op het zodanig wegnemen van het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de gedetineerde doet veroorzaken dat de gedetineerde niet langer in verband met zijn geestelijke gezondheidstoestand in een daartoe krachtens artikel 14 aangewezen afdeling of inrichting behoeft te verblijven. Zo mogelijk geschiedt dit door het behandelen van de stoornis. Indien dit niet mogelijk is, geschiedt dit door het anderszins wegnemen van het gevaar.

dwangbehandeling daarenboven in de optie tot dwangbehandeling indien “zonder die geneeskundige behandeling het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de gedetineerde doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen” (art. 46d, sub a PBW). De a-dwangbehandeling kan daarmee ingezet worden ter voorkoming van het niet kunnen beëindigen van het verblijf van een (behandeling weigerende) gedetineerde patiënt in een PPC omdat het vigerende gevaar buiten de PPC context niet te managen is (extern gevaarscriterium).

Daar waar bij de a- en b-dwangbehandeling een causaal verband tussen de (psychiatrische) stoornis van de gedetineerde en het te bestrijden gevaar een *conditio sine qua non* is, is dat bij de gedwongen geneeskundige handeling niet het geval. Wel dient bij elk van de drie modaliteiten voor dwangbehandeling voldaan te zijn aan de beginselen van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid.⁹⁴

Bij alle vormen van dwangbehandeling binnen de detentiesetting neemt de directeur het besluit daartoe. Daarbij is een advies van een psychiater (art. 22a lid 2 PM) of arts anderszins (in geval van de gedwongen geneeskundige handeling; art. 22a lid 2 PM) vereist inzake de volstreekte noodzakelijkheid van de dwangbehandeling waarbij genoemde zorgprofessional tevens de directeur voorlicht over de stoornis, het gevaar (en de [eventuele] causaliteit tussen beide) en de eerder genoemde vereisten van subsidiariteit, proportionaliteit en doelmatigheid. Bij de a-dwangbehandeling is de zorgvuldigheid dienaangaande (en daarmee de kwaliteit van zorg) het beste gewaarborgd omdat het bij deze modaliteit een vereiste is dat een niet bij de behandeling betrokken psychiater een *second opinion* formuleert met betrekking tot de door de behandelend psychiater reeds geadviseerde dwangbehandeling (art. 46e lid 2 PBW).

Bij de gedwongen geneeskundige handeling is het niet vereist dat de behandelingsmiddelen (naast de toediening van [sederende] medicatie, valt hierbij te denken aan het maken van een röntgenfoto om te constateren of de gedetineerde voorwerpen die een gevaar opleveren voor zijn gezondheid heeft ingeslikt of op andere

⁹⁴ Doelmatigheid: van het in te zetten middel is bekend dat dit effectief is of kan zijn in de zin van het reduceren van het gevaar, al dan niet via het verminderen van de stoornis; subsidiariteit: minder ingrijpende interventies zijn overwogen / geprobeerd en bleken niet of onvoldoende effectief; proportionaliteit: de noodzaak van het bestrijden van het gevaar weegt op tegen de toepassing van dwangbehandeling en daarmee de schending van de persoonlijke integriteit van de betrokken gedetineerde (schending grondrecht).

wijze heeft ingebracht)⁹⁵ voorafgaande aan het uitvoeren van de gedwongen geneeskundige handeling opgenomen zijn in een behandelingsplan; genoemde handeling wordt immers ingezet in acute en doorgaans onvoorziene situaties.⁹⁶ Wel dient zo spoedig mogelijk na de aanvang van de gedwongen geneeskundige handeling door of onder verantwoordelijkheid van een arts (inrichtingsarts of psychiater) een plan te worden 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 (art. 22b PM), waarin achteraf alsnog de ingezette behandelingsmiddelen vermeld dienen te worden. Bij de a- en b-dwangbehandeling is het wel een vereiste om de behandelingsmiddelen (doorgaans een per injectie toe te dienen antipsychoticum in depotvorm al dan niet in combinatie met een sedativum) a priori op te nemen in het behandelingsplan waaraan ook nog andere inhoudelijke en procedurele eisen worden gesteld (art. 22 PM).⁹⁷

De gedwongen geneeskundige handeling hoeft niet te worden verricht op een speciale zorgafdeling, maar deze dient wel uitgevoerd te worden door gekwalificeerd personeel, in een daartoe geschikte ruimte (art. 21a PM).⁹⁸ Daarentegen mogen de a- en b-dwangbehandeling alleen maar worden uitgevoerd op een speciale zorgafdeling,⁹⁹ welke kwalificatie binnen het GW solitair op de PPC's van toepassing is.¹⁰⁰ Bij elke van de drie varianten van dwang(be)handeling dient deze (net als bij de vrijwillige behandeling) minstens tweewekelijks multidisciplinair geëvalueerd te worden (art. 21a

⁹⁵ Overigens kan bij wilsonbekwame gedetineerden in zulke gevallen ook gebruik gemaakt worden van de mogelijkheden van de WGBO.

⁹⁶ In een niet-PPC regime, waar het uitvoeren van de gedwongen geneeskundige handeling een optie is, beschikken gedetineerden doorgaans überhaupt niet over een behandelingsplan.

⁹⁷ Ingeval van een a- of b-dwangbehandeling wordt in het geneeskundig behandelingsplan eveneens opgenomen 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 (subsidiariteitsvereiste) en de wijze waarop rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de gedetineerde ten aanzien van de behandeling. 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. In geval van a-dwangbehandeling dienen bij dit overleg de verklaringen van de psychiaters, bedoeld in artikel 46e, tweede lid PBW, te worden betrokken.

⁹⁸ *Stb.* 2013, 99. *NvT*, p. 21.

⁹⁹ 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 (art. 21a, lid 2 PM).

¹⁰⁰ *Stb.* 2013, 99. *NvT*, p. 21-22.

PM). Tevens dient de gedetineerde bij wie dwangbehandeling wordt toegepast zo vaak als nodig bezocht te worden door een arts of in diens opdracht een verpleegkundige (art. 22d PM). Over genoemde evaluaties dient dossiervoering plaats te vinden.

Zowel de termijn gedurende welke de gedwongen geneeskundige handeling en de b-dwangbehandeling kunnen worden toegepast als de te volgen procedure bij een eventuele verlenging van de dwang(be)handeling zijn gelijk. Beide modaliteiten duren maximaal twee weken (art. 23 lid 1 jo 22a lid 2 PM). Indien deze termijn te boven wordt gegaan, wordt door de directeur een commissie samengesteld bestaande uit ten minste een afdelingshoofd, een psychiater, een arts en een psycholoog (art. 23, lid 1 PM). Telkens binnen twee dagen na het verstrijken van de duur van genoemde twee weken brengt deze commissie advies aan de directeur uit inzake de noodzaak tot voortzetting van de dwang(be)handeling (art. 23 lid 2 PM). Voor de a-dwangbehandeling gelden een andere termijn en procedure. Deze interventie wordt zo kort mogelijk, maar niet langer dan drie maanden toegepast (art. 46e lid 4 PBW). Indien na afloop van deze termijn voortzetting van de geneeskundige behandeling (onder dwang) nodig is, geschiedt dit slechts op basis van een schriftelijke beslissing van de directeur. Dit geldt eveneens indien binnen zes maanden na afloop van die termijn opnieuw a-dwangbehandeling nodig is. De directeur geeft in zijn beslissing aan waarom van een behandeling alsnog het beoogde effect wordt verwacht (art. 46e lid 5 PBW). Voorts dient de directeur voor het nemen van de beslissing tot verlenging van a-dwangbehandeling in ieder geval overleg te plegen met de voor de behandeling verantwoordelijke psychiater en met het hoofd van de afdeling waar de gedetineerde verblijft (art. 22c lid 1 PM).

Bij aanvang van de gedwongen geneeskundige handeling en de b-dwangbehandeling meldt de directeur deze (uiteraard behoudens aan de gedetineerde) aan de Minister van VenJ, de CvT, en de inspecteur van de IGZ (in geval van de gedwongen geneeskundige handeling alleen bij causaliteit tussen stoornis en gevaar; art. 22e lid 3 PM). De meldingsprocedure bij de a-dwangbehandeling is wezenlijk anders. In dit geval stelt de directeur de voorzitter van de CvT (deze verwittigt op zijn beurt de maandcommissaris welke de gedetineerde onverwijld bezoekt [art. 22^e lid 2 PM]), de raadsman, de curator en de mentor van de gedetineerde in kennis van een voorgenomen beslissing tot a-dwangbehandeling, uiterlijk drie (werk)dagen voor het daadwerkelijk

nemen van die beslissing. De genoemden worden in de gelegenheid gesteld bezwaren tegen de (voorgenomen) beslissing kenbaar te maken (art. 22e lid 1 PM). Bij aanvang van de a-dwangbehandeling wordt hiervan een melding gedaan bij de eerder genoemde partijen (art. 22e lid 4 PM) en nu tevens ook bij de Minister van VenJ en bij de IGZ (art. 22e lid 3 PM). Indien de gedetineerde zich verzet tegen de voorgenomen handeling, wordt vermeld of deze in staat kan worden geacht gebruik te kunnen maken van zijn beklag en/of beroepsrecht (art. 22e lid 5 sub d PM). In het afschrift dat de directeur met zijn beslissing meezendt, dient tevens te worden opgenomen welke bezwaren zijn aangevoerd door de raadsman en anderen (art. 22e lid 3 e.v. PM).

Voor de helderheid wordt de inhoud van onderhavige paragraaf nog eens staccato in tabel 1 weergegeven.

	Gedwongen geneeskundige handeling	B-dwangbehandeling	A-dwangbehandeling
Juridische grondslag	Art. 32 PBW	Art. 46d, sub b PBW	Art. 46d, sub a PBW
Gedetineerde weigert behandeling	+	+	+
Gevaar	Acuut en onvoorzien; Intern	Niet acuut of voorzien; Intern	Niet acuut en voorzien; Extern
Causaliteit tussen stoornis en gevaar	Optioneel	+	+
Subsidiariteit	+	+	+
Proportionaliteit	+	+	+
Doelmatigheid	+	+	+
A priori advisering aan directeur	Inrichtingsarts en/of psychiater	Behandelend psychiater	Behandelend en niet behandelend (second opinion) psychiater
Opname interventie in behandelingsplan	Achteraf	Vooraf	Vooraf
Uitvoering op speciale zorgafdeling	Niet verplicht	+	+
Uitvoering door gekwalificeerd personeel in geschikte ruimte	+	+	+
Multidisciplinaire evaluatie en dossiervoering	+	+	+
Duur	Tot 2 weken	Tot 2 weken	Tot 3 maanden
Verlenging	Tweewekelijks op advies van commissie	Tweewekelijks op advies van commissie	Na 3 maanden op advies van m.n. behandelend psychiater
Melding bij voorgenomen beslissing	N.v.t.	N.v.t.	Bij CvT, raadsman, curator, mentor ≥ 3 werkdagen voor beslissing
Melding bij aanvang dwang(be)handeling	Bij Minister VenJ, CvT en IGZ bij causaliteit	Bij Minister VenJ, CvT en IGZ	Bij Minister VenJ, CvT, IGZ, raadsman, curator en mentor

Tabel 1: Overzicht van de drie varianten van dwang(be)handeling binnen het gevangeniswezen

1.3.4 Klachtrecht van PPC patiënten inzake (gedwongen) zorg

Zoals hierboven weergegeven, worden het inperken van en het – in geval van dwangbehandeling – inbreuk maken op rechten van (in een PPC verblijvende) gedetineerden door de directeur (van het PPC) besloten. De beklag- en beroepsmogelijkheden van gedetineerden tegen dergelijke beslissingen worden toegelicht in paragraaf 1.3.4.1. Het klagen tegen medisch handelen (dat onderdeel kan uitmaken van een dwangtoepassing), dat buiten deze scope valt, verloopt via een andere routing, welke behandeld wordt in paragraaf 1.3.4.2

1.3.4.1 Klachtrecht inzake directiebeslissingen

Krachtens art. 60 lid 1 PBW kan een gedetineerde bij de beklagcommissie van de CvT beklag doen over een hem betreffende door of namens de directeur genomen beslissing. Met een beslissing wordt gelijkgesteld een verzuim of weigering om te beslissen (art. 60 lid 2 PBW). De beklagcommissie beoordeelt of de beslissing waarover geklaagd wordt in strijd is met wettelijke voorschriften dan wel met de verbindende bepalingen van (in Nederland geldende) internationale verdragen en of de beslissing (bij afweging van alle in aanmerking komende belangen) onredelijk of onbillijk moet worden geacht (art. 68 lid 2 PBW). De uitspraak van de beklagcommissie strekt tot gehele of gedeeltelijke niet-ontvankelijkverklaring van het beklag, dan wel ongegrondverklaring van het beklag, dan wel gegrondverklaring van het beklag (art. 68 lid 1 PBW).¹⁰¹ Indien de beklagcommissie de klacht (gedeeltelijk) gegrond verklaart, kan zij de directeur opdragen een nieuwe beslissing te nemen met inachtneming van haar uitspraak, of bepalen dat haar uitspraak in de plaats treedt van de vernietigde beslissing of volstaan met de gehele of gedeeltelijke vernietiging (art. 68 lid 3 PBW). De uitspraak wordt schriftelijk en met redenen omkleed gedaan (art. 67 lid 2 PBW), maar kan ook mondeling aan de klager en de directeur worden meegedeeld. Indien tegen de uitspraak beroep wordt aangetekend, vindt schriftelijke uitwerking van de beslissing van de beklagcommissie plaats (art. 67 lid 5 en 7 PBW).

Zowel de gedetineerde als de directeur kan tegen de beslissing van de beklagcommissie beroep aantekenen bij de RSJ. De beroepscommissie van de RSJ kan

¹⁰¹ Kelk 2008, p. 108.

het ingestelde beroep niet-ontvankelijk verklaren of de beslissing van de beklagcommissie geheel of gedeeltelijk bevestigen, hetzij met overneming, hetzij met verbetering van de gronden, dan wel vernietigen (art. 71 lid 2 PBW). Als de uitspraak van de beklagcommissie wordt vernietigd, doet de beroepscommissie hetgeen de beklagcommissie had behoren te doen (art. 71 lid 3, 68 lid 1 en lid 3 PBW).¹⁰²

De hierboven beschreven beklag- en beroepsmogelijkheden zijn van toepassing op alle directiebeslissingen inzake het opleggen en verlengen¹⁰³ van maatregelen waaronder het beperken van de bewegingsvrijheid, de toepassing van mechanische middelen, de gedwongen geneeskundige handeling en de b-dwangbehandeling. Slechts bij de a-dwangbehandeling is er een afwijkende routing betreffende het klachtrecht. Tegen de beslissing tot a-dwangbehandeling kan namelijk rechtstreeks beroep worden ingesteld bij de RSJ (art. 72 lid 3 jo. 46e lid 1 PBW). Overigens is het nog niet duidelijk of tegen een verlengingsbeslissing inzake a-dwangbehandeling direct beroep openstaat dan wel dat in zulk geval eerst beklag moet worden ingesteld.¹⁰⁴ Tegelijk met de indiening van het beklag- of beroepschrift kan een verzoek tot schorsing van de tenuitvoerlegging van de beslissing tot dwangbehandeling worden gedaan.¹⁰⁵ Hangende de uitspraak kan de voorzitter van de beroepscommissie op verzoek van de klager, na de directeur te hebben gehoord, de tenuitvoerlegging van de beslissing geheel of gedeeltelijk schorsen (art. 73 lid 4 jo. art. 66 PBW).

1.3.4.2 Klachtrecht inzake medisch handelen

Het algemene beklag- en beroepsrecht voor gedetineerden betreft uitsluitend directiebeslissingen. Het zuiver medisch handelen valt daar buiten. De directie draagt wel de eindverantwoordelijkheid voor de organisatie van de medische dienst en voor het functioneren daarvan. Op grond van art. 28 lid 1 PM kan een gedetineerde een beroepsschrift indienen bij de beroepscommissie medische klachten van de RSJ (hierna: beroepscommissie) tegen het medisch handelen¹⁰⁶ van de inrichtingsarts of andere hulpverleners die bij de zorg aan gedetineerden zijn betrokken.

¹⁰² Kelk 2008, p. 108-109.

¹⁰³ Kelk 2008, p. 211 en MvT 53-54.

¹⁰⁴ RSJ 14/0463/SGA, 19 februari 2014.

¹⁰⁵ Kamerstukken I 2011-2012, 32 337 C, p. 15.

¹⁰⁶ Art. 28 lid 2 PM.

Voordat de gedetineerde een beroepschrift bij de beroepscommissie indient, doet hij een schriftelijk verzoek aan de Medisch Adviseur (MA) bij het Ministerie van VenJ om te bemiddelen. Dit verzoek dient binnen veertien dagen te worden ingediend (art. 29 lid 1 PM). De klacht kan betrekking hebben op een onjuiste diagnose, onjuiste medicatie en dergelijke. De MA stelt de klager in de gelegenheid de klacht schriftelijk of mondeling toe te lichten (art. 29 lid 2 PM), waarbij hij ernaar streeft binnen vier weken een voor beide partijen aanvaardbare oplossing te bereiken. De MA doet een mededeling van zijn bevindingen aan de gedetineerde en de arts. De gedetineerde kan vervolgens binnen zeven dagen een beroepsschrift indienen bij de beroepscommissie (art. 30 lid 1 en 2 PM).

De beroepscommissie zendt de arts een afschrift van het beroepschrift toe en vraagt het verslag van de bemiddeling op bij de MA (art. 31 lid 3 PM). De beroepscommissie stelt de klager en de arts in de gelegenheid omtrent het beroepschrift mondeling of schriftelijk opmerkingen te maken (art. 31 lid 4 PM).¹⁰⁷ De beroepscommissie doet zo spoedig mogelijk uitspraak, waarvan aan de klager en de arts een afschrift wordt toegezonden of uitgereikt (art. 32 lid 1 PBW).¹⁰⁸ Indien de klacht door de beroepscommissie geheel of gedeeltelijk gegrond wordt verklaard, bepaalt de beroepscommissie of enige tegemoetkoming aan de klager kan worden toegekend. Zij stelt de tegemoetkoming, die geldelijk van aard kan zijn, vast (art. 33 lid 2 PM).¹⁰⁹

1.4 Toekomstige wetgeving: de Wet Forensische Zorg

Zowel het forensische als het reguliere zorgstelsel worden in belangrijke mate gereguleerd door wetgeving en beleidsregels. Voor de forensische zorg is de WFZ (thans nog wetsvoorstel)¹¹⁰ een belangrijk juridisch kader. De kern van deze wet behelst het verbeteren van de kwaliteit, samenhang en continuïteit van zorg voor justitiabelen met psychische of psychiatrische problematiek en daarmee het terugdringen van recidive.¹¹¹

Art. 1.1 lid 2 van de WFZ definieert forensische zorg: het is zorg in een strafrechtelijk kader en omvat alle geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en

¹⁰⁷ Kelk 2008, p. 95.

¹⁰⁸ De nabestaanden van een overleden gedetineerde zijn gerechtigd een klacht in te dienen bij het regionaal tuchtcollege, bij de strafrechter en bij de nationale ombudsman.

¹⁰⁹ Kelk 2008, p. 96.

¹¹⁰ Zie eerder bij voetnoot 21.

¹¹¹ Mogelijke gevolgen WFZ en WVGGZ voor de reguliere GGZ 2012, p. 6.

verstandelijke gehandicaptenzorg die wordt gegeven aan volwassenen in het kader van een strafrechtelijke titel of maatregel. De WFZ legt de juridische basis voor regels voor de inkoop en financiering, de aanspraak op forensische zorg, indicatiestelling, de plaatsingen, en enkele andere onderwerpen die met de besturing van het forensisch zorgstelsel en de zorgcontinuïteit samenhangen. In afwachting van de WFZ wordt binnen het stelsel van forensische zorg gewerkt op basis van een het in paragraaf 1.1.2 benoemde Interimbesluit dat onder de AWBZ is opgehangen.¹¹² De definitie van forensische zorg is ten opzichte van de situatie vóór de invoering van het nieuwe stelsel voor forensische zorg gewijzigd. Destijds was de zorg niet strikt verbonden aan een strafrechtelijke titel of maatregel, maar stond het voor een bepaalde zorgexpertise, namelijk de zorgverlening aan een groep van personen, die geregeld in aanraking kwam met het ministerie van VenJ.¹¹³

De belangrijkste elementen van de WFZ worden hier kort weergegeven. De WFZ valt onder het strafrecht en benoemt als doelen dat patiënten, die in penitentiaire inrichtingen zitten, op de juiste plek terechtkomen en de juiste zorg krijgen, dat er voldoende forensische zorgcapaciteit is, dat er kwalitatief goede zorg is gericht op de veiligheid van de samenleving, dat aansluiting tussen het strafstelsel en de zorg wordt verbeterd en dat de (delict)recidive van forensische patiënten met 10% vermindert.¹¹⁴ Plaatsing in de GGZ is daarbij het uitgangspunt, *tenzij* de GGZ de gevraagde zorg niet kan leveren of als plaatsing vanuit veiligheid niet wenselijk is, of indien de gedetineerde niet wil meewerken en een rechterlijke machtiging een te zwaar middel is.¹¹⁵

Art. 2:3 WFZ is het zogenaamde ‘verbindingsartikel’ met de Wet Verplichte GGZ (WVGGZ), waarmee het mogelijk wordt om in elke fase van het strafrechtelijk traject te kiezen voor de aanvraag bij de strafrechter van een zorgmachtiging conform de WVGGZ. Dit is nieuw aangezien in de huidige situatie een civiele maatregel op basis van de wet BOPZ uitsluitend door een civiele rechter kan worden afgegeven. Met de WFZ kan in de voorfase van de strafrechtelijke procedure door de OvJ een afweging gemaakt worden of een strafrechtelijke vervolging dan wel het aanvragen van een zorgmachtiging opportuun is. De strafrechter kan kiezen voor ofwel het opleggen van

¹¹² Het forensische Zorgstelsel 2012, p. 10.

¹¹³ Het forensische Zorgstelsel 2012, p. 10.

¹¹⁴ Tweederde van de gedetineerden recidiveert binnen vier jaar, aldus WODC Trendwatch 2011.

¹¹⁵ Mogelijke gevolgen WFZ en WVGGZ voor de reguliere GGZ 2012, p. 6-7.

forensische zorg¹¹⁶ of voor het afgeven van een civiele zorgmachtiging. Voorts kan de strafrechter een zorgmachtiging afgeven inzake een forensische patiënt met een psychische stoornis van wie de strafrechtelijke titel afloopt.¹¹⁷ Art. 2:3 WFZ vervangt en verbreedt art. 37 Sr waarmee in de huidige situatie ten tijde van het delict volledig ontoerekeningsvatbare delinquenten ontslagen worden van strafvervolging en voor een termijn van een jaar in een psychiatrisch ziekenhuis worden opgenomen (ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis wordt verleend door de geneesheer-directeur). Immers, op grond van art. 2:3 WFZ kan de strafrechter de maatregel als bedoeld in art. 37 Sr opleggen indien de verdachte wegens een strafbaar feit wordt veroordeeld, indien overeenkomstig art. 9a Sr geen straf wordt opgelegd, indien de verdachte wordt vrijgesproken of ontslagen van alle rechtsvervolging, bij een afzonderlijke rechterlijke beschikking op vordering van het OM, indien de rechter de TBS niet verlengt, indien de rechter de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege niet verlengt, of indien de rechter de plaatsing in een inrichting voor jeugdigen niet verlengt. Daarmee heeft art. 2:3 WFZ naast op ontoerekeningsvatbare delinquenten (aan wie art. 37 Sr. thans nog is voorbehouden) ook betrekking op personen die (deels) toerekeningsvatbaar zijn. Overigens dient over de beëindiging van de zorgmachtiging in de nieuwe situatie met de minister van VenJ te worden overlegd.¹¹⁸

De WFZ omvat geen regels over de interne rechtspositie van patiënten of over de inhoud en kwaliteit van forensische zorg. Wel is het equivalentiebeginsel een algemeen uitgangspunt, inhoudende dat een vergelijkbare psychische problematiek noodzaakt tot een buiten het kader van forensische zorg vergelijkbare behandeling van een gelijk kwalitatief niveau. Of een persoon verdacht wordt van een strafbaar feit, of

¹¹⁶ De forensische zorg kan onder 22 verschillende strafrechtelijke titels worden toegepast: strafrechtelijke machtiging, tbs met dwangverpleging, tijdelijke plaatsing in een andere zorginstelling of psychiatrisch ziekenhuis, overplaatsing vanuit de zorginstelling naar een psychiatrisch ziekenhuis, tbs met proefverlof, plaatsing vanwege pro-justitia rapportage, voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege, tbs met voorwaarden, voorwaardelijke veroordeling, sepot met voorwaarden, schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden, overbrenging vanuit het gevangeniswezen naar psychiatrisch ziekenhuis, overbrenging vanuit het gevangeniswezen voor hulpverlening, plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders met voorwaarden, plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders, penitentiair programma met zorg, interne overplaatsing naar penitentiaire zorglocatie in het gevangeniswezen, preklinische interventie bij tbs-gestelden in het gevangeniswezen, poliklinische verrichtingen door ggz in het gevangeniswezen, voorwaardelijke invrijheidsstelling met bijzondere voorwaarden, voorwaardelijke gratieverlening en strafbeschikking met aanwijzingen.

¹¹⁷ Mogelijke gevolgen WFZ en WVGZ voor de reguliere GGZ 2012, p. 7.

¹¹⁸ Mogelijke gevolgen WFZ en WVGZ voor de reguliere GGZ 2012, p. 7.

dat de rechter zich tevens heeft uitgesproken over een strafbaar feit, mag hierbij geen verschil maken.¹¹⁹

Hoofdstuk 2 Dwangtoepassing binnen een GGZ instelling

Nadat in voorgaand hoofdstuk dwangtoepassing binnen een PPC setting behandeld is, wordt in onderhavig hoofdstuk – ter benchmarking – de situatie dienaangaande in een GGZ instelling beschreven. Ook voor deze setting wordt achtereenvolgens ingegaan op de (verschillende vormen van) gedwongen opname (paragraaf 2.1), dwangtoepassing binnen de instelling (paragrafen 2.2. en 2.3), de klachtregelingen ter zake en tot slot op de in dit kader van belang zijnde toekomstige wetgeving (de WVGZ; paragraaf 2.5).

2.1 Gedwongen opname

De Wet BOPZ¹²⁰ biedt de mogelijkheid om patiënten met een stoornis van de geestvermogens onder bepaalde omstandigheden gedwongen op te nemen op een afdeling en/of locatie van een instelling die door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is aangemerkt als psychiatrisch ziekenhuis, verpleeginrichting of zwakzinnigeninrichting.¹²¹ Tevens bevat deze wet een regeling om bij genoemde patiënten dwangbehandeling toe te passen, mits voldaan wordt aan stringente – immers, dwangbehandeling impliceert het maken van een inbreuk op fundamentele rechten van de psychiatrische patiënt¹²² – voorwaarden (zie paragraaf 2.2 en verder). De Wet BOPZ regelt verschillende vormen van opname.¹²³ Aangezien in dit onderzoek de nadruk ligt op gedwongen opname (en behandeling), zullen hieronder achtereenvolgens kort worden behandeld: de voorlopige machtiging, de machtiging tot voortgezet verblijf en de inbewaringstelling.¹²⁴

¹¹⁹ Mogelijke gevolgen WFZ en WVGZ voor de reguliere GGZ 2012, p. 7.

¹²⁰ *Stb.* 1992, 669.

¹²¹ *Stcrt.* 2012, 9954. De Wet BOPZ is (naast op de psychiatrie) ook van toepassing op de psychogeriatric en op de zorg voor verstandelijk gehandicapten.

¹²² Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 59.

¹²³ Onvrijwillige opneming in een psychiatrisch ziekenhuis is ook mogelijk op grond van een uitspraak van de strafrechter (art. 51 e.v. Wet BOPZ). Zie ook art. 37 en verder Sr. In deze situatie wordt een aantal bepalingen inzake de interne rechtspositie van de Wet BOPZ van overeenkomstige toepassing verklaard.

¹²⁴ De voorwaardelijke machtiging (art. 14a-g Wet BOPZ) zal buiten beschouwing blijven, aangezien deze machtiging in beginsel niet tot gedwongen opname leidt, maar juist bedoeld is om gedwongen opname te voorkomen. De observatiemachtiging (art. 14h-i Wet BOPZ) komt ook niet aan bod, nu deze per 1 januari 2009 is vervallen. Tot slot zullen ook de rechterlijke machtiging op eigen verzoek (art. 32-34 Wet BOPZ) en de zelfbindingsverklaring (art. 34a-34p Wet BOPZ) buiten beschouwing blijven, omdat bij deze twee vormen van (gedwongen) opname het initiatief van de patiënt uitgaat.

2.1.1 Voorlopige machtiging

De voorlopige machtiging (art. 2-14 Wet BOPZ) wordt door de rechter verleend op vordering van de officier van justitie (OvJ; art. 2 lid 1 Wet BOPZ) en heeft een geldigheidsduur van ten hoogste zes maanden na dagtekening (art. 10 lid 4 Wet BOPZ). Een verzoek tot verkrijging van een voorlopige machtiging kan tevens ingediend worden door de echtgenoot, een ouder, bepaalde familieleden en de voogd, curator of mentor van de patiënt (art. 4 Wet BOPZ).¹²⁵ De machtiging wordt afgegeven indien de stoornis van de geestvermogens de patiënt gevaar¹²⁶ doet veroorzaken en het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend (art. 2 lid 2 Wet BOPZ). Voorwaarde is dat de betrokken patiënt geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot een vrijwillige opname¹²⁷ en twaalf jaar of ouder is (art. 2 lid 3 sub a Wet BOPZ).¹²⁸

Bij de indiening van het verzoek dient een geneeskundige verklaring te worden overgelegd, afgegeven door een onafhankelijke psychiater die de betrokken patiënt inzake dat verzoek kort te voren heeft onderzocht, maar die niet bij zijn behandeling betrokken is. De psychiater pleegt zo mogelijk overleg met de behandelaars van de patiënt.¹²⁹ De rechter hoort de patiënt, tenzij de patiënt hiertoe niet bereid is (art. 8 lid 1 Wet BOPZ). Aan de patiënt wordt een raadsman toegevoegd.¹³⁰ Als de patiënt buiten het psychiatrisch ziekenhuis verblijft, dient de rechter zo spoedig mogelijk te beslissen. Indien de patiënt al wel in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, dient de rechter binnen drie weken na indiening van het verzoekschrift een beslissing te nemen. Wanneer opname niet binnen twee weken na het afgeven van de machtiging geschiedt, kan de machtiging niet ten uitvoer worden gelegd (art. 10 lid 1 Wet BOPZ). De OvJ kan een psychiatrisch ziekenhuis bevelen een psychiatrische patiënt met een machtiging op te nemen.¹³¹

¹²⁵ Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 296.

¹²⁶ Art. 1 lid 1 sub f Wet BOPZ.

¹²⁷ Patiënten met een verstandelijke beperking en psychogeriatrische patiënten die geen blijk geven van bereidheid en zich ook niet verzetten, vallen onder de regeling van hoofdstuk VIII van de Wet BOPZ. Als deze patiënten zich tegen opname verzetten, dient een voorlopige machtiging te worden aangevraagd.

¹²⁸ Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 296.

¹²⁹ Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 62-63.

¹³⁰ Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 296.

¹³¹ Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 63.

De betrokken patiënt kan tegen de beslissing van de rechter geen hoger beroep instellen (art. 9 lid 5 Wet BOPZ). Wel is cassatieberoep ex art. 426 Rv bij de Hoge Raad (HR) mogelijk. De HR is in zijn onderzoek gebonden aan de feiten zoals die in de bestreden beslissing zijn vastgesteld en kan de beslissing vernietigen indien er sprake is van vormverzuimen.¹³²

2.1.2 Machtiging tot voortgezet verblijf

Na afloop van de voorlopige machtiging kan een machtiging tot voortgezet verblijf volgen indien de stoornis van de geestvermogens nog steeds aanwezig is, deze stoornis gevaar veroorzaakt en dit gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten het ziekenhuis kan worden afgewend (art. 15 lid 2 Wet BOPZ). Bij de vordering dient de OvJ een verklaring van de geneesheer-directeur en het behandelingsplan te overleggen (art. 16 lid 4 Wet BOPZ). De machtiging heeft een geldigheidsduur van ten hoogste een jaar (art. 17 lid 3 Wet BOPZ). Er kan telkens opnieuw een machtiging tot voortgezet verblijf worden verleend. Indien de patiënt zonder onderbreking vijf jaar gedwongen opgenomen is geweest, dan kan de machtiging een geldigheidsduur van twee jaar krijgen (art. 19 Wet BOPZ).¹³³

2.1.3 Inbewaringstelling

Er kunnen zich situaties voordoen waarin een procedure voor een voorlopige machtiging niet kan worden afgewacht en er sprake is van een noodsituatie, die direct ingrijpen rechtvaardigt. Voor die situaties is de inbewaringstelling (IBS) in het leven geroepen (art. 20 Wet BOPZ). Eenieder die van mening is dat een dergelijke situatie zich voordoet, kan dit kenbaar maken aan de politie of bij de burgemeester.¹³⁴

Een IBS, op grond van een lastgeving van de burgemeester, kan plaatsvinden gedurende de periode benodigd voor artikel 27 Wet BOPZ,¹³⁵ bij een persoon die zich in zijn gemeente bevindt, indien deze persoon twaalf jaar of ouder is en geen blijk geeft van de nodige bereidheid zich in een psychiatrisch ziekenhuis te doen opnemen (art. 20

¹³² Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 63.

¹³³ Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 296.

¹³⁴ Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 63.

¹³⁵ Hier wordt bedoeld de periode benodigd vanaf het moment van aanvang van de IBS tot de beslissing door de rechter op het verzoek van de OvJ tot het verlenen van een machtiging tot voortzetting van de IBS (zie verderop in onderhavige paragraaf).

lid 1 Wet BOPZ). De burgemeester kan slechts lastgeven tot IBS indien naar zijn oordeel de betrokkene gevaar veroorzaakt, het ernstige vermoeden bestaat dat een stoornis van de geestvermogens de betrokkene het gevaar doet veroorzaken, het gevaar zo onmiddellijk dreigend is dat de procedure voor een voorlopige machtiging niet kan worden afgewacht en het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend (art. 20 lid 2 Wet BOPZ).¹³⁶

Om een last tot IBS te kunnen geven, heeft de burgemeester een geneeskundige verklaring nodig, bij voorkeur afkomstig van een niet-behandelend psychiater of, als dat niet mogelijk is, van een andere, bij voorkeur niet-behandelend arts (art. 21 lid 1 Wet BOPZ). Indien de arts die de verklaring afgeeft, geen psychiater is, pleegt hij zo mogelijk tevoren overleg met een psychiater en wel bij voorkeur met de behandelend psychiater. De arts (psychiater of arts anderszins) die de verklaring afgeeft, pleegt zo mogelijk tevoren overleg met de huisarts en de behandelend psychiater van de in bewaring te stellen patiënt (art. 21 lid 2 Wet BOPZ).¹³⁷

De burgemeester draagt er, tenzij de betrokken patiënt daartegen bedenkingen heeft, zorg voor dat laatstgenoemde binnen 24 uur na het tijdstip waarop de beschikking tot IBS wordt gegeven, wordt bijgestaan door een raadsman (art. 22 lid 1 Wet BOPZ). Indien binnen 24 uur nadat de genoemde beschikking is gegeven, door de daarvoor in aanmerking komende psychiatrische ziekenhuizen nog niet tot opname van de betrokken patiënt is overgegaan, dan kan de burgemeester, na overleg met de inspecteur (van de IGZ), een van deze ziekenhuizen bevelen om de opname alsnog te effectueren, hetgeen tot een verplichting daartoe leidt (art. 24 Wet BOPZ).¹³⁸

De IGZ en de OvJ dienen onverwijld van de IBS op de hoogte te worden gesteld.¹³⁹ Tevens dienen zij zo spoedig mogelijk een afschrift van de beschikking en de geneeskundige verklaring te ontvangen (art. 25 Wet BOPZ). Indien ook volgens de OvJ betrokkene een onmiddellijk dreigend gevaar vormt, kan hij (uiterlijk tot en met de eerste werkdag na de ontvangst van genoemde bescheiden) de rechter verzoeken tot het verlenen van een machtiging tot voortzetting van de IBS (art. 27 Wet BOPZ). De

¹³⁶ Belangrijke verschillen met de voorwaarden voor een voorlopige machtiging zijn de aanscherping van het gevaar (onmiddellijke dreiging) en het ernstige vermoeden van een geestelijke stoornis in plaats van de vaststelling daarvan. Zie Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 64.

¹³⁷ Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 294.

¹³⁸ Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 64.

¹³⁹ Zie ook art. 26 Wet BOPZ.

rechter hoort de betrokken patiënt, tenzij de rechter vaststelt dat deze niet gehoord wenst te worden (art. 29 lid 1 Wet BOPZ). De rechter beslist binnen drie dagen te rekenen vanaf de dag na die van het indienen van het verzoekschrift door de OvJ (art. 29 lid 3 Wet BOPZ). Tegen deze beschikking is hoger beroep niet mogelijk (art. 29 lid 5 Wet BOPZ), maar wel beroep in cassatie ex art. 426 Rv. De machtiging tot voortzetting van de IBS heeft een geldigheidsduur van drie weken na haar dagtekening (art. 30 Wet BOPZ). Als voorzien wordt dat een langere opname nodig zal zijn, dient binnen die termijn een verzoek tot voorlopige machtiging (art. 2 en verder Wet BOPZ) te worden ingediend.¹⁴⁰

2.2 Dwangbehandeling binnen een GGZ instelling

Bij onvrijwillige opneming ontstaat er een recht op behandeling. Zonder dat recht op behandeling, zou bij dwangopnamen enkel vrijheidsberoving overblijven. Bovendien zou er geen relatie zijn tussen de medische indicatie (stoornis) en de maatregel. In de Wet BOPZ geldt dan ook als uitgangspunt dat behandeling aan de gedwongen opgenomen patiënt wordt aangeboden (art. 36 jo. art. 38 Wet BOPZ). Recht op behandeling betekent vanzelfsprekend niet een plicht tot het ondergaan van behandeling.¹⁴¹ Immers, als uitgangspunt voor de behandeling geldt dat de patiënt (of zijn vertegenwoordiger) daarvoor toestemming moet hebben gegeven, hetgeen vastgelegd is in art. 38, eerste lid, Wet BOPZ. De toestemming wordt gegeven op basis van een behandelingsplan (art. 38b Wet BOPZ),¹⁴² dat erop gericht is het gevaar weg te nemen.¹⁴³

Van dwangbehandeling (art. 38c Wet BOPZ) is sprake wanneer een behandeling wordt toegepast zonder toestemming van de patiënt. Onder bepaalde voorwaarden is dwangbehandeling toegestaan. De behandeling dient te zijn opgenomen in het behandelingsplan en dient te zijn gericht op het wegnemen van het gevaar voortvloeiende uit de stoornis. De Wet BOPZ heeft geen (limitatieve) opsomming gegeven van de therapeutische middelen die als dwangbehandeling toegepast mogen worden. Welke middelen passend en toelaatbaar zijn wordt overgelaten aan de

¹⁴⁰ Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 64-65.

¹⁴¹ Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 300.

¹⁴² Het behandelingsplan is gekoppeld aan de stoornis, inhoudende dat ten aanzien van andere, somatische klachten de WGBO van toepassing is.

¹⁴³ Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 301.

beroepsbeoefenaren en de binnen hun groep geldende professionele standaard. Vaak gaat het om dezelfde middelen die ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties mogen worden toegepast: separatie, afzondering, fixatie, toediening van medicatie, vocht en/of voeding (zie verder bij par. 2.3). Maar ook andere vormen van dwangbehandeling kunnen voorkomen, zoals bijvoorbeeld electroconvulsieve therapie.¹⁴⁴

Sinds 1 juni 2008 is de mogelijkheid om dwangbehandeling toe te passen bij psychiatrische patiënten verruimd.¹⁴⁵ Gedwongen opgenomen patiënten kunnen in twee situaties gedwongen worden behandeld (art. 38c lid 1 Wet BOPZ):

- a) 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, of
- b) voor zover dit volstrekt noodzakelijk is om het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens betrokkene binnen de inrichting doet veroorzaken, af te wenden. Deze behandeling is erop gericht de patiënt binnen een redelijke termijn uit het psychiatrisch ziekenhuis te kunnen ontslaan.

Ten aanzien van beide situaties is het niet noodzakelijk dat de patiënt wilsonbekwaam is.¹⁴⁶ Een dwangbehandeling dient een uitzondering te zijn en kan gerechtvaardigd worden door de ernstige schade die de patiënt kan oplopen of veroorzaken. Daarbij dient het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt zoveel mogelijk gerespecteerd te worden. De dwangmaatregel dient te voldoen aan de algemene eisen van subsidiariteit en proportionaliteit.¹⁴⁷

De beslissing tot dwangbehandeling betreft een schriftelijke beslissing van de behandelaar,¹⁴⁸ waarvan de termijn zo kort mogelijk is, maar niet langer dan drie maanden. Tussen de aanzegging tot dwangbehandeling en de daadwerkelijke toepassing daarvan dient een termijn in acht genomen te worden gedurende welke de dwangbehandeling zorgvuldig voorbereid kan worden en de patiënt de mogelijkheid

¹⁴⁴ Melden in het kader van de Wet BOPZ aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg 2002, p. 10.

¹⁴⁵ *Stb.* 2008, 80 en *Stb.* 2008, 187. Zie ook art. 37b lid 2 Wet BOPZ. Met betrekking tot patiënten met een verstandelijke beperking en psychogeriatrische patiënten zie art. 37b lid 1 Wet BOPZ.

¹⁴⁶ Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 72-73.

¹⁴⁷ Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 301.

¹⁴⁸ Ofschoon art. 38 Wet BOPZ zulks niet vereist, schrijft de AWB voor dat een beklagwaardige beslissing schriftelijk en tijdig wordt medegedeeld.

heeft om verzet te organiseren en zich te laten bijstaan.¹⁴⁹ De behandelaar doet een afschrift van de beslissing aan de geneesheer-directeur toekomen (art. 38c lid 2 Wet BOPZ). Indien binnen zes maanden na afloop van de gestelde termijn, voortzetting of het opnieuw toepassen van dwangbehandeling nodig wordt geacht, geschiedt dit slechts krachtens een schriftelijke beslissing van de geneesheer-directeur. De geneesheer-directeur geeft in zijn beslissing aan waarom van een behandeling alsnog het beoogde effect wordt verwacht (art. 38c lid 3 Wet BOPZ).¹⁵⁰

Voor beide situaties van toepassing van dwangbehandeling geldt dat de geneesheer-directeur, uiterlijk bij het begin van een behandeling daarvan, kennis geeft aan de inspecteur van de IGZ.¹⁵¹ Hij vermeldt daarbij in ieder geval door welke persoon de beslissing tot dwangbehandeling is genomen en zendt een afschrift van die beslissing mee. Indien de behandeling plaatsvindt ten aanzien van een patiënt die zich verzet, vermeldt de geneesheer-directeur tevens of deze in staat kan worden geacht gebruik te maken van het klachtrecht, zoals vastgelegd in art. 41 en 41a Wet BOPZ (zie paragraaf 2.4). Ook van de beëindiging van dwangbehandeling geeft hij kennis aan de inspecteur (art. 38c lid 5 Wet BOPZ). Voorts dient de wettelijk vertegenwoordiger (of degenen die onder omstandigheden als vertegenwoordiger kunnen worden aangemerkt) door de geneesheer-directeur te worden geïnformeerd (art 38c lid 6 Wet BOPZ).

De inspecteur van de IGZ stelt na beëindiging van elke dwangbehandeling een onderzoek in of de beslissing daartoe zorgvuldig is genomen en of de uitvoering van de behandeling zorgvuldig is geschied (art. 38c lid 7 Wet BOPZ).¹⁵²

2.3 Dwangmiddelen en -maatregelen

Naast dwangbehandeling zijn er tevens dwangmiddelen en -maatregelen (hierna M&M) ex art. 39 Wet BOPZ, die ingezet kunnen worden ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie die de patiënt in het psychiatrisch ziekenhuis als gevolg van de stoornis van

¹⁴⁹ JVGZ 2012/34: de rechtbank stelde in deze zaak vast dat het behandelteam bij toepassing van dwangbehandeling (in casu de BOPZ-equivalent van de 'b-behandeling') geen termijn in acht had genomen tussen de aanzegging tot dwangbehandeling en de daadwerkelijke start van de behandeling, nu op dezelfde dag direct was gestart met de dwangbehandeling. Daarmee werd volgens de rechtbank niet voldaan aan de in de wet, in jurisprudentie en in de richtlijn van de beroepsgroep (Richtlijn besluitvorming dwang, 2008) neergelegde norm dat aan dwangbehandeling een zorgvuldige voorbereiding vooraf moet gaan, inclusief de mogelijkheid van de betrokkene om verzet te organiseren en zich te laten bijstaan.

¹⁵⁰ Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 73.

¹⁵¹ Art. 1 lid 1 sub c Wet BOPZ.

¹⁵² Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 73.

de geestvermogens veroorzaakt. Blijkens de toelichting op het Besluit middelen en maatregelen BOPZ (hierna Besluit M&M)¹⁵³ kan van een noodsituatie sprake zijn als de patiënt onverwacht zodanig psychotisch functioneert dat hierdoor de veiligheid van de patiënt of de inwoners van het ziekenhuis in het geding komt. Het ligt voor de hand dat M&M alleen toegepast kunnen worden indien dwangbehandeling zoals opgenomen in het behandelingsplan de acute noodsituatie niet kan oplossen. Voorts kan sprake zijn van een situatie dat het behandelingsplan vlak na de opname nog niet is opgesteld, dan wel dat bepaalde M&M nog niet in het behandelplan opgenomen zijn en er niet voldoende tijd is om het behandelingsplan alsnog aan te passen. De interventie heeft dan geen therapeutisch, maar een beveiligend doel.

Uit de formulering van art. 39 lid 1 Wet BOPZ blijkt dat de inzet van M&M een uitzondering op de algemene regeling van art. 38 Wet BOPZ betreft, waarop ook de algemene vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit van toepassing zijn.¹⁵⁴ In art. 2 van het Besluit M&M worden de volgende M&M genoemd:

- a. afzondering, waaronder wordt verstaan het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een patiënt in een speciaal daarvoor bestemde eenpersoons kamer;
- b. separatie, waaronder wordt verstaan het voor verzorging, verpleging en behandeling insluiten van een patiënt, niet zijnde een patiënt verblijvend in een verpleeginrichting, in een speciaal daarvoor bestemde en door de minister van VWS als separeerverblijf goedgekeurde afzonderlijke ruimte;
- c. fixatie, waaronder wordt verstaan het op enigerlei wijze beperken van een patiënt in zijn bewegingsmogelijkheden;
- d. medicatie, waaronder wordt verstaan het aan een patiënt toedienen van geneesmiddelen;
- e. toediening aan een patiënt van vocht of voeding.

De maximumtermijn van toepassing van M&M is op zeven opeenvolgende dagen gesteld (art. 3 van het Besluit M&M). Dit betekent bijvoorbeeld dat wanneer dwangmedicatie wordt toegediend, deze slechts een beperkte werkingsduur mag hebben. Binnen de termijn van zeven dagen kunnen de maatregelen zo nodig alsnog in het behandelingsplan worden opgenomen.

¹⁵³ *Stb.* 1993, 755.

¹⁵⁴ Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 303-304 en Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 74.

De geneesheer-directeur geeft zo spoedig mogelijk na het begin van de toepassing van een middel of maatregel daarvan kennis aan de inspecteur, alsmede aan de echtgenoot, de wettelijke vertegenwoordiger of, in geval zij ontbreken, de naaste (familie)betrekkingen. Van de beëindiging van een middel of maatregel geeft hij zo spoedig mogelijk kennis aan de inspecteur van de IGZ (art. 39 lid 3 Wet BOPZ).¹⁵⁵

2.4 Klachtrecht van onvrijwillig opgenomen patiënten

Aan onvrijwillig opgenomen patiënten biedt de Wet BOPZ een rechtsgrond voor het indienen van klachten die in direct verband staan met de dwangopname. Voor algemene klachten die buiten deze scope vallen, kunnen deze patiënten – net als vrijwillige patiënten – een beroep doen op de Wet klachtregeling cliënten zorgsector (WKCZ).¹⁵⁶ De aan zorginstellingen voorgeschreven klachtenregelingen, zoals neergelegd in de Wet BOPZ en de WKCZ, zullen in de navolgende paragrafen 2.4.1 en 2.4.2 nader behandeld worden. Deze in zorginstellingen geoperationaliseerde klachtenregelingen zijn een versterking van de rechtspositie van de patiënt en kunnen een bijdrage leveren aan de kwaliteit van zorg.

Overigens ligt het beginpunt voor het oplossen van een klacht niet in het inschakelen van een instantie, maar in een gesprek tussen betrokkenen. Herstel van de hulpverleningsrelatie is een van de doelen van klachtenbehandeling. Een derde, zoals een patiëntenvertrouwenspersoon (PVP), kan daarbij de patiënt ondersteunen.¹⁵⁷ Naast genoemde PVP hebben veel zorgaanbieders een klachtenfunctionaris die belast is met klachtenbemiddeling. De klachtenfunctionaris geeft geen oordeel over de klacht, maar probeert samen met betrokkenen tot een oplossing te komen. Komt de patiënt er met behulp van bemiddeling niet uit, of wenst hij daarvan geen gebruik te maken, dan kan hij gebruik maken de in de vorige alinea genoemde regelingen voor het oplossen van zijn klacht.

2.4.1 Klachtrecht Wet BOPZ

Artikelen 41, 41a, 41b en 42 Wet BOPZ bieden een bijzondere regeling voor behandeling van klachten in de sfeer van de gedwongen opname. Op basis van art. 41

¹⁵⁵ Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 304 en Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 74

¹⁵⁶ *Stb.* 1995, 308, gewijzigd in 2005, *Stb.* 2005, 297 (nrs. 216 en 217).

¹⁵⁷ Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 273.

lid 1 Wet BOPZ kan geklaagd worden over het niet uitvoeren van het behandelingsplan, de beslissing dat de patiënt wilsonbekwaam is (art. 38 lid 2 Wet BOPZ), het toepassen van dwangbehandeling (art. 38 lid 5 Wet BOPZ), de toepassing van dwangmiddelen en -maatregelen (art. 39 Wet BOPZ) en de vrijheidsbeperkingen (art. 40 Wet BOPZ).¹⁵⁸ Gelijktijdig met het indienen van een klacht tegen een beslissing tot dwangbehandeling kan een verzoek gedaan worden tot schorsing van genoemde beslissing.¹⁵⁹ Een extra waarborg is opgenomen in art. 40a Wet BOPZ: de geneesheer-directeur draagt er zorg voor dat een patiënt ten aanzien van wie een beslissing wordt genomen waartegen op grond van art. 41 lid 1 Wet BOPZ een klacht kan worden ingediend, schriftelijk wordt geïnformeerd over de gronden waarop de beslissing berust, over de mogelijkheid de patiëntenvertrouwenspersoon in te schakelen en over zijn recht om een klacht in te dienen.¹⁶⁰

De klacht dient schriftelijk te worden ingediend bij het bestuur van het psychiatrisch ziekenhuis. Het bestuur dient voor de behandeling van dergelijke klachten een klachtencommissie (hierna: commissie) in te stellen (art. 41 lid 2 Wet BOPZ). De klachtbehandeling is uitgewerkt in art. 41a Wet BOPZ alsmede in het Besluit klachtenbehandeling BOPZ.¹⁶¹ In vergelijking met het WKCZ-klachtrecht (zie paragraaf 2.4.2) is de BOPZ-regeling met meer waarborgen omgeven. Zo is de kring van klachtgerechtigden veel ruimer (art. 41 lid 1 jo. art. 4 lid 1 Wet BOPZ).¹⁶² Verder gelden voor de commissie vaste beslistermijnen. In art. 41 lid 6 Wet BOPZ is geregeld dat, in het geval van een klacht over een beslissing die op het moment van de klacht nog actueel is, de commissie binnen twee weken dient te beslissen. Indien het een klacht betreft tegen een beslissing, die ten tijde van de indiening geen gevolg meer heeft, dient de commissie binnen vier weken na ontvangst van de klacht, te beslissen. De commissie kan zich onbevoegd verklaren, de klacht niet-ontvankelijk, gegrond, dan wel ongegrond verklaren (art 41 lid 7 Wet BOPZ). Voorts kan de commissie de beslissing waartegen geklaagd wordt, schorsen (art. 41 lid 4 Wet BOPZ). Indien de commissie de klacht

¹⁵⁸ Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 305.

¹⁵⁹ Ook kan een verzoek gedaan worden om de inzet van dwangmiddelen en -maatregelen te schorsen; Over de Wet bopz 2009, p. 22.

¹⁶⁰ Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 75.

¹⁶¹ *Stb.* 1993, 564 en *Stb.* 2001, 214 en 657.

¹⁶² De patiënt, elke andere in het ziekenhuis verblijvende patiënt, de echtgenoot, de ouders dan wel een van hen, voor zover zij niet van het gezag zijn ontheven of ontzet, elke meerderjarige bloedverwant in de rechte lijn, niet zijnde een ouder, en in de zijlijn tot en met de tweede graad, de voogd, de curator of de mentor van betrokkene kunnen genoemde klacht indienen.

(gedeeltelijk) gegrond verklaart, wordt de bestreden beslissing (gedeeltelijk) vernietigd, wat leidt tot verlies van rechtsgevolgen art. 41 lid 8 Wet BOPZ). In dat geval kan zij de voor de behandeling verantwoordelijke persoon opdragen, eventueel binnen een door haar gestelde termijn, een nieuwe beslissing te nemen of een andere handeling te verrichten met inachtneming van haar beslissing (art. 41 lid 9 en lid 10 Wet BOPZ).¹⁶³

Neemt de commissie niet tijdig een beslissing of verklaart zij de klacht ongegrond, dan kan de patiënt, al dan niet via de IGZ, de klacht voorleggen aan de rechter (art. 41a lid 1 Wet BOPZ).¹⁶⁴ De inspecteur van de IGZ behoeft geen gevolg te geven aan het verzoek, indien hij de klacht kennelijk niet ontvankelijk acht. Van een niet-ontvankelijkverklaring doet hij binnen twee weken mededeling aan de patiënt, de voor de behandeling verantwoordelijke persoon, de geneesheer-directeur en het bestuur en de commissie. In andere gevallen dient hij binnen twee weken een verzoekschrift bij de rechter in, waarin een beslissing over de klacht wordt gevraagd (art. 41a lid 2 Wet BOPZ).¹⁶⁵ Als onderdeel van de procedure bij de rechter kan de patiënt om een schadevergoeding verzoeken (art. 41b Wet BOPZ).

De rechter hoort in elk geval de klager, de patiënt, indien deze niet de klager is en de voor de behandeling verantwoordelijke persoon (41a lid 6 Wet BOPZ). De rechtbank kan zich onbevoegd verklaren, de klacht niet-ontvankelijk, ongegrond of gegrond verklaren (art. 41a lid 10 e.v. Wet BOPZ). Ook de rechter kan de beslissing waartegen geklaagd wordt schorsen (art. 41a lid 7 Wet BOPZ). Indien de rechter de klacht kennelijk ongegrond acht, kan hij zonder behandeling ter terechtzitting onmiddellijk op het verzoekschrift beslissen. De rechter beslist binnen vier weken. Tegen de beslissing van de rechter staat geen hoger beroep open, maar beroep in cassatie bij de Hoge Raad is wel mogelijk (art. 41a lid 9 Wet BOPZ). De rechter heeft de mogelijkheid tot het opleggen van een dwangsom als de behandelaar de beslissing niet naleeft (art. 41a lid 14 Wet BOPZ).¹⁶⁶

2.4.2 Klachtrecht WKCZ

¹⁶³ Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 306 en Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 75.

¹⁶⁴ De inspecteur kan ten aanzien van een zich verzettende patiënt, die niet zelf in staat is van de klachtregeling gebruik te maken, een verzoekschrift inzake de dwangbehandeling aan de rechter voorleggen.

¹⁶⁵ Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 306 en Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 75.

¹⁶⁶ Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 75.

Voor onderwerpen die art. 41 Wet BOPZ niet bestrijkt, is ook op de onvrijwillig opgenomen patiënt de klachtenregeling van WKCZ van toepassing (zie art. 1 lid 4 WKCZ). Uit art. 1 lid 1 WKCZ blijkt dat de reikwijdte van deze wet heel ruim is. Er kan geklaagd worden over een gedraging, waaronder begrepen wordt “enig handelen of nalaten alsmede het nemen van een besluit dat gevolgen heeft voor een cliënt” (art. 1 lid 1 sub e WKCZ). Het kan gaan om gedragingen in de relationele sfeer, gedragingen van medische aard, gedragingen betreffende de informatieverstrekking, gedragingen die de organisatie betreffen en gedragingen met een financieel karakter.¹⁶⁷

De zorgaanbieder treft een regeling voor de behandeling van klachten door een klachtencommissie (art. 2 WKCZ). Door of namens een cliënt kan bij de klachtencommissie een klacht tegen een zorgaanbieder worden ingediend over een gedraging van hem of van voor hem werkzame personen jegens de cliënt (art. 2 lid 4 WKCZ).¹⁶⁸ Na indiening van de klacht volgt een procedure van hoor en wederhoor (art. 2 lid 2 sub e WKCZ). In de klachtregeling dient geregeld te zijn binnen welke termijn de klachtcommissie tot een oordeel dient te komen.¹⁶⁹

Het oordeel van de klachtcommissie heeft geen bindende kracht en heeft in een eventueel volgende civiele, straf- of tuchtrechtprocedure¹⁷⁰ geen precedentenwerking. Wel is de zorgaanbieder verplicht op het oordeel te reageren (art. 2 lid 5 WKCZ). Tegen een uitspraak van de klachtencommissie kan geen beroep worden ingesteld.¹⁷¹ Indien een klacht zich richt op een ernstige situatie met een structureel karakter, dat wil zeggen een situatie waarbij sprake is van onverantwoorde zorg, stelt de klachtencommissie de zorgaanbieder daarvan in kennis. Indien de zorgaanbieder ter zake geen maatregelen heeft getroffen, meldt de klachtencommissie deze klacht aan de IGZ.¹⁷² De IGZ is per 01-04-2013 gestart met het toezichtproject ‘Opvolging Burgerklachten’. In het kader

¹⁶⁷ Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 186-187.

¹⁶⁸ De parlementaire geschiedenis noemt als vertegenwoordigers: de door de cliënt aangewezen vertegenwoordiger, wettelijk vertegenwoordiger en de zaakwaarnemer.

¹⁶⁹ Met betrekking tot waarborgen van deze procedure zie art. 2 lid 2 WKCZ.

¹⁷⁰ De tuchtrechtprocedure zal in dit onderzoek buiten beschouwing blijven, aangezien de strekking van het tuchtrecht gelegen is in het openbaar belang van een goede beroepsuitoefening. Daarbij staat kwaliteitsbewaking van de beroepsuitoefening voorop en niet het individuele belang van de klager.

¹⁷¹ Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 275 en Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 190.

¹⁷² Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 191.

van dit project houdt de inspectie scherper toezicht op de opvang en afhandeling van klachten van patiënten door zorgaanbieders conform de WKCZ.¹⁷³

De minister kan de zorgaanbieder een schriftelijke aanwijzing geven, indien de WKCZ niet of in onvoldoende mate of op onjuiste wijze wordt nageleefd (art. 3 lid 1 WKCZ).¹⁷⁴ De minister heeft in 2013 besloten tot de oprichting van een onafhankelijk ‘Zorgloket’. Dit Zorgloket richt onder meer een klachtvolgsysteem in om burgers met klachten goed te ondersteunen. Hierbij kunnen de ervaringen die de inspectie opdoet met eerder genoemde klachtvolgving gebruikt worden. De inspectie zal vanwege haar toezichthoudende taak op klachtbehandeling door zorginstellingen nauw gaan samenwerken met het Zorgloket.¹⁷⁵

2.5 Toekomstige wetgeving: de Wet Verplichte GGZ

Voor de reguliere GGZ is naast de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de AWBZ, de WVGGZ¹⁷⁶ (ten tijde van het opmaken van onderhavige scriptie nog niet van kracht),¹⁷⁷ een belangrijk juridisch sturingsinstrument.¹⁷⁸ Het wetsvoorstel WVGGZ bevat regels voor de bijzondere situaties waarin het noodzakelijk is om verplichte geestelijke gezondheidszorg te bieden, welke alleen kan worden verleend nadat de rechter een zorgmachtiging heeft afgegeven. Met de WVGGZ wordt een paradigmashift gemaakt van ‘het denken over de gedwongen opname van patiënten met een psychische stoornis als een inbreuk op hun autonomie (Wet BOPZ) naar de opvatting dat ernstig zieke

¹⁷³ Het komt vaak voor dat de inspectie burgers met individuele klachten over de gezondheidszorg (terug) verwijst naar de zorgaanbieder. Gezien de wettelijke taak onderneemt de inspectie namelijk geen actie als het bij een individuele klacht niet gaat om een calamiteit of structurele tekortkoming in de kwaliteit van zorg. De WKCZ regelt immers dat zorgaanbieders die klachten zelf moeten afhandelen. In het kader van dit toezichtproject gaat de inspectie bij zowel de zorgaanbieder als bij de cliënt na hoe de klacht is opgevangen en afgehandeld en of dat zorgvuldig is gebeurd. Zie www.igz.nl.

¹⁷⁴ Met betrekking tot handhaving en toezicht zie artikelen 3 t/m 3c WKCZ.

¹⁷⁵ www.igz.nl.

¹⁷⁶ De WVGGZ, ofwel: “Regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis.” Zie integrale (gewijzigde) versie (september 2013) van het wetsvoorstel WVGGZ (Kamerstukken II 2009-2010, 32399); www.vws.nl.

¹⁷⁷ Ten tijde van het opmaken van onderhavige scriptie is de stand van zaken met betrekking tot het wetsvoorstel WVGGZ dat de minister van VWS en de staatssecretaris van VenJ (op 30 september 2013) de nota naar aanleiding van het verslag en de nota van wijziging behorende bij genoemd wetsvoorstel hebben toegezonden aan de Tweede Kamer met daaraan toegevoegd een aanbiedingsbrief, de integrale versie van het gewijzigde wetsvoorstel (september 2013) en het advies van de Afdeling Advisering van de Raad van State (d.d. 7 juni 2013; No.W13.13.0085/III). De vaste commissie voor VWS, belast met het voorbereidend onderzoek van voorliggend wetsvoorstel, heeft naar aanleiding van de nota van wijziging een nader verslag, gedateerd 25-03-2014, uitgebracht (Kamerstukken II, 2013-2014, 32 399, nr. 14). Zie www.vws.nl.

¹⁷⁸ Mogelijke gevolgen WFZ en WVGGZ voor de reguliere GGZ 2012, p. 6.

mensen recht hebben op een behandeling, ook als zij door hun ziekte niet in staat zijn om de noodzaak daarvan te onderkennen (WVGGZ)¹⁷⁹. Met deze paradigmaverschuiving wordt het bereidheidscriterium van de Wet BOPZ, inhoudende opneming zonder de nodige bereidheid van betrokkene vereist een machtiging van de rechter of een inbewaringstelling van de burgemeester, vervangen door het onder de Krankzinnigenwet geldende bezwaarcriterium, inhoudende dat pas bij verzet tegen opneming een extern fiat nodig is van de rechter.¹⁸⁰

In de MvT¹⁸¹ worden beoogde doelstellingen en effecten van de WVGGZ benoemd, op een aantal waarvan hieronder kort zal worden ingegaan. Een doelstelling is een goede rechtspositie van personen met een psychische stoornis aan wie tegen hun wil zorg wordt verleend, hetgeen behelst een zorgvuldige voorbereiding om te komen tot de beslissing tot verplichte zorg, waarbij betrokkene, familie en zorgaanbieder worden gehoord.¹⁸² Dwang kan alleen als ultimum remedium worden ingezet, waarbij eerst alle minder ingrijpende alternatieven ingezet moeten worden ('stepped-care'). Preventie en vrijwillige zorg kunnen voorkomen dat verplichte GGZ noodzakelijk wordt.¹⁸³ Een andere doelstelling is een integrale benadering van zorg op maat. De WVGGZ introduceert het beginsel van wederkerigheid en een zorgmachtiging op maat, inhoudende dat de zorgmachtiging niet alleen de opname of behandeling van een patiënt betreft, maar voorts bepaalt welke andere vormen van verplichte zorg gelegitimeerd zijn om voor deze patiënt de randvoorwaarden te creëren om weer aan het maatschappelijk verkeer deel kunnen te nemen. Het wetsvoorstel beoogt tevens een betere rolverdeling door een scheiding aan te brengen tussen degene die het formele verzoek doet voor verplichte zorg en de behandelaar. Tevens krijgen familie en naasten een sterkere rol, omdat hun inbreng nadrukkelijk wordt meegenomen.¹⁸⁴

Evenals de Wet BOPZ valt de WVGGZ onder het civielrecht. De Wet BOPZ wordt gezien als opnamewet en wordt vervangen door de WVGGZ zijnde meer een behandelwet. Vanuit de WVGGZ kan dwang breed ingezet worden, zowel thuis,

¹⁷⁹ Brief GGZ Nederland aan de leden Vaste commissies voor VWS en Justitie, 14 oktober 2010.

¹⁸⁰ Smit & Boogaart 1989.

¹⁸¹ Kamerstukken II, 2009-2010, 32 399, nr. 3.

¹⁸² Het forensische Zorgstelsel 2012, p. 9-10.

¹⁸³ Mogelijke gevolgen WFZ en WVGGZ voor de reguliere GGZ 2012, p. 5. Zie ook Widdershoven, T.P., Opvolger Wet BOPZ goed op weg, maar we zijn er nog niet, Opmerkingen bij het conceptontwerp Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg', *TvGR* 2009, p. 175-184.

¹⁸⁴ Het forensische Zorgstelsel 2012, p. 13-14.

ambulant als intramuraal en alle mogelijke vormen daartussen. De nieuwe WVGZ voorziet in een zorgmachtiging die alle huidige (verschillende) BOPZ machtigingen vervangt. De IBS wordt vervangen door een zogenaamde ‘crisismachtiging’.¹⁸⁵

In de loop van de tijd werden meer mogelijkheden tot dwangbehandeling vanuit de Wet BOPZ gecreëerd en is de omschrijving van gevaar langzaam opgeschoven. Naast de klassieke gevaren voor het eigen leven of dat van een ander, zijn ook minder concrete vormen van gevaar geaccepteerd, zoals zelfverwaarlozing en maatschappelijke teloorgang (art. 1 lid 1, onder f, Wet BOPZ). Dit soort gevaren heeft zelfs tot gevolg gehad dat er sprake was van een toename van dwangmaatregelen.¹⁸⁶ Deze ontwikkeling heeft ertoe geleid dat het ‘gevaarscriterium’ uit de Wet BOPZ wordt vervangen door het in de WVGZ opgenomen ‘schadecriterium’, waarvan de reikwijdte in de wet nog niet nader is gedefinieerd.¹⁸⁷ Genoemd schadecriterium wordt als volgt toegelicht: “Indien het gedrag van een persoon als gevolg van zijn psychische stoornis leidt tot *een aanzienlijk risico op ernstige schade* voor hemzelf of voor een ander, kan als uiterste middel verplichte zorg worden verleend”. Dit schadecriterium vormt een “breuk in de rechtstraditie, maar sluit wel aan op de Europese opvattingen”¹⁸⁸ en tevens bij de jurisprudentie inzake de Wet BOPZ,¹⁸⁹ welke laat zien dat er tussen rechter en psychiater zelden een principiële discussie gevoerd wordt over de aard en/of de ernst van het gevaar.¹⁹⁰

Aanvankelijk was in het wetsvoorstel WVGZ opgenomen dat alle verplichte zorg¹⁹¹ vooraf en integraal beoordeeld zou worden door de zogenaamde ‘Commissie Psychiatrische Zorg’ (CPZ). Met de commissie was er de mogelijkheid om in multidisciplinair verband discussiërend tot een evenwichtige en maatschappelijk geaccepteerde norm te komen van het nieuwe schadecriterium. Deze commissie zou adviseren over noodzaak, proportionaliteit en subsidiariteit van de dwangbehandeling. Met name bij langdurige dwangbehandeling zou een dergelijk adviserend orgaan

¹⁸⁵ Mogelijke gevolgen WFZ en WVGZ voor de reguliere GGZ 2012, p. 5. Zie voor ‘zorgmachtiging’ Hoofdstuk 6 en voor ‘crisismachtiging’ Hoofdstuk 7 van de WVGZ.

¹⁸⁶ Mogelijke gevolgen WFZ en WVGZ voor de reguliere GGZ 2012, p. 8. Zie ook Richtlijn besluitvorming dwang 2008, p. 9.

¹⁸⁷ Mogelijke gevolgen WFZ en WVGZ voor de reguliere GGZ 2012, p. 27.

¹⁸⁸ Veldhuizen, J.R. van (2009) Dwang met mate, in: *Medisch Contact* 5 februari 2009, 64, nummer 6, pagina 246-250.

¹⁸⁹ Mogelijke gevolgen WFZ en WVGZ voor de reguliere GGZ 2012, p. 5 en p. 9.

¹⁹⁰ Richtlijn besluitvorming dwang 2008, p. 9.

¹⁹¹ De WVGZ beperkt zich tot de psychiatrie, de Wet BOPZ omvat daarnaast ook de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg.

hebben kunnen fungeren als ‘countervailing power’ voor de cliënt, zorgverlener en directie van de instelling.¹⁹² De CPZ diende aan de rechter bij de aanvraag van de zorgmachtiging de volgende stukken te overleggen: de medische verklaring van een onafhankelijk arts, het zorgplan opgesteld door de zorgverantwoordelijke, de zorgkaart (voorkeuren betrokkene), indien aanwezig de zelfbindingsverklaring en het eigen advies van de patiënt. Het beginsel van wederkerigheid maakt onderdeel uit van het zorgplan inhoudende dat de overheid de plicht heeft om kwalitatief goede zorg te bieden en de hoogst haalbare mate van maatschappelijke participatie te waarborgen.¹⁹³ Inmiddels is de CPZ echter vanwege een gebrek aan financiële middelen¹⁹⁴ uit het wetsvoorstel geschrapt¹⁹⁵ en zijn de eerder aan de CPZ toebedeelde taken herverdeeld over de andere actoren, waarbij het zwaartepunt van die taken komt te liggen bij de geneesheer-directeur, zonder dat daarmee de doelstellingen, uitgangspunten en criteria van het oorspronkelijke wetsvoorstel zouden zijn gewijzigd.¹⁹⁶ In hoeverre dit laatste zo is, dient mijns inziens in de praktijk echter nog maar te blijken, met name omdat met genoemde wijziging toch enige afbreuk wordt gedaan aan de mate van multidisciplinariteit en onafhankelijkheid inzake de voorbereiding van de aanvraag van een zorgmachtiging zoals deze in het aanvankelijke wetsvoorstel middels de CPZ gewaarborgd was.

De verwachting is dat de WVGZ meer ruimte biedt voor dwang, en dat die ruimte ook gebruikt zal gaan worden. Te denken valt aan de relatief kleine delicten plegende ‘draaideurcliënten’ van justitie met een ernstige psychiatrische stoornis (inbegrepen verslaving), vaak in combinatie met andere problematiek. Voor deze groep is op dit moment het gevaarcriterium uit de Wet BOPZ veelal niet van toepassing maar biedt het nieuwe WVGZ criterium meer aangrijpingspunten. Voorts toont onderzoek aan dat ook de verruiming van dwangmogelijkheden in de Wet BOPZ (door de verruiming van het gevaarscriterium) heeft geleid tot meer dwangtoepassing. Het

¹⁹² Kamerstukken I, 2007-2008, nr. 20, p. 877, 886.

¹⁹³ Mogelijke gevolgen WFZ en WVGZ voor de reguliere GGZ 2012, p. 6.

¹⁹⁴ Of zoals de Afdeling Advisering van de Raad van State in haar advies (d.d. 7 juni 2013) met betrekking tot het wetsvoorstel WVGZ opmerkt: “Het schrappen van de commissie hangt samen met een herbezinning op de commissie in verband met de te verwachten toename van bureaucratie, het risico van dubbele procedures en de budgettaire consequenties van de introductie van een nieuw instituut.”

¹⁹⁵ Dit is de belangrijkste wijziging zoals opgenomen in de nota van wijziging bij het wetsvoorstel WVGZ.

¹⁹⁶ Aanbiedingsbrief d.d. 30 september 2013 van minister van VWS en staatssecretaris van VenJ bij Nota van wijziging bij het wetsvoorstel WVGZ; Advies Afdeling Advisering van de Raad van State bij het wetsvoorstel WVGZ.

afgelopen decennium blijkt de prevalentie van het aantal dwangopnamen namelijk procentueel verdubbeld¹⁹⁷ en ook de incidentie van gedwongen opnames steeg fors.¹⁹⁸ Verder zijn de gestelde targets inzake het terugdringen van dwang en drang, ondanks de hierop gerichte projecten, niet behaald. Daar waar in 2009 het aantal separaties landelijk voor het eerst met 10% daalde (ten opzichte van 2008), bedroeg deze reductie in 2010 (ten opzichte van 2009) ‘slechts’ 5,5%.¹⁹⁹ Ook cliëntenorganisaties voorzien met de komst van de WVGZ een toename van dwanggebruik. Sinds het verdwijnen van de CPZ – volgens hen ‘het hart van de wet’ – tonen zij zich zeer bezorgd over het schadecriterium van de WVGZ, omdat dit heel ruim is geformuleerd. Dit zou in combinatie met een steeds geringere maatschappelijke tolerantie voor afwijkend gedrag, de weg openen voor meer dwang.²⁰⁰

¹⁹⁷ Richtlijn besluitvorming dwang 2008, p. 9.

¹⁹⁸ De incidentie van het aantal gedwongen opnames in Nederland nam in de periode 2002-2009 toe van 64 naar 80 per 100.000 inwoners per jaar (25% stijging). In genoemde periode nam het aantal IBS'en toe van 43 naar 51 per 100.000 inwoners per jaar (19% stijging). Het aantal RM'en exclusief de voorwaardelijke machtigingen en machtigingen voortgezet verblijf nam toe van 21 naar 29 per 100.000 inwoners per jaar (38% stijging), terwijl het totale aantal RM'en toenam van 39 naar 62 per 100.000 inwoners per jaar (60% stijging). Bij de RM'en komen de voorlopige machtigingen en machtigingen van voortgezet verblijf het vaakst voor (Schoevaerts e.a., 2013; Nuijen, 2010).

¹⁹⁹ Terugdringen separeren stagneert, normen vereist rondom insluiting psychiatrische patiënten 2011, p. 30.

²⁰⁰ Mogelijke gevolgen WFZ en WVGZ voor de reguliere GGZ 2012, p. 10.

Hoofdstuk 3 Kritische beschouwing, aanbevelingen en conclusie

In de hoofdstukken 1 en 2 zijn de juridische kaders uiteengezet met betrekking tot zorg-geïnduceerde dwangtoepassing binnen respectievelijk een PPC en een reguliere GGZ-instelling. Hierbij zijn zowel de (dwang)opname als de toepassing van diverse dwangmiddelen en -maatregelen (waaronder dwangbehandeling) besproken. Tevens zijn de twee wetsvoorstellen WFZ²⁰¹ en WVGGZ²⁰² aan bod gekomen, teneinde toe te lichten welke wijzigingen in de rechtspositie van de psychiatrische patiënt met betrekking tot zorg-geïnduceerde dwangtoepassing deze meebrengen. In onderhavig hoofdstuk worden de externe en interne rechtspositie inzake zorg-geïnduceerde dwangtoepassing van de in een PPC verblijven psychiatrische patiënt integraal geëvalueerd, onder andere door deze te vergelijken met die in een GGZ setting. Hierbij worden aanbevelingen geformuleerd en besloten wordt met een conclusie waarbij de onderzoeksvraag wordt beantwoord.

3.1. Gedwongen opname in een PPC versus GGZ-instelling

De procedure van plaatsing van justitiabele psychiatrische patiënten in een PPC, die haar basis vindt in het Interimbesluit forensische zorg²⁰³ (dat door de WFZ vervangen zal worden) en nader uitgewerkt is in de PBW en de Rspog, kent grote verschillen ten opzichte van het gedwongen opnemen van psychiatrische patiënten in een GGZ setting. Bij de gedetineerde vestigt de strafrechtelijke titel de aanspraak op zorg,²⁰⁴ terwijl de gedwongen plaatsing van een psychiatrische patiënt binnen een GGZ instelling geschiedt op basis van een voorlopige machtiging (Wet BOPZ)²⁰⁵ en in de toekomst een zorgmachtiging (WVGGZ). De beslissing tot plaatsing in een PPC wordt (namens de minister) door de selectiefunctionaris genomen, terwijl de voorlopige machtiging wordt verleend door de civiele rechter, op vordering van de OvJ. De eindverantwoordelijkheid voor de plaatsing van een patiënt op een ‘forensisch bed’ ligt bij de minister van VenJ, die de forensische zorg ook bekostigt. Hiermee geeft hij invulling aan zijn verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de opgelegde straffen en maatregelen en voorts biedt dit hem de mogelijkheid om te sturen tot op het niveau van het individu,

²⁰¹ Kamerstukken I, 2012 – 2013, 32 398, D.

²⁰² Kamerstukken II, 2009 – 2010, 32 399, nr. 2.

²⁰³ *Stb.* 2010, 875, gewijzigd op 27 maart 2012, *Stb.* 2012, 134.

²⁰⁴ Zie ook 2.2 lid 1 WFZ.

²⁰⁵ *Stb.* 1992, 669

wat in het reguliere zorgsysteem niet mogelijk is. In de navolgende paragrafen wordt ingegaan op meerdere (procedurele) ongelijkheden waar de vrije burger en de gedetineerde mee te maken hebben bij een onvrijwillige opname/plaatsing in een GGZ instelling respectievelijk een PPC.

3.1.1 Voorwaarden voor een gedwongen opname

Vanuit de wet BOPZ worden stringenter eisen gesteld om tot een gedwongen opname te mogen overgaan dan welke van toepassing zijn op een (gedwongen) PPC plaatsing. Zoals in hoofdstuk 2 reeds uiteengezet, wordt de BOPZ machtiging door de rechter afgegeven indien de stoornis van de geestvermogens de (niet bereid tot opname zijnde) patiënt gevaar²⁰⁶ doet veroorzaken en het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend (subsidiariteitsvereiste). Bij de indiening van het verzoek tot afgifte van de BOPZ machtiging dient een geneeskundige verklaring te worden overgelegd, afgegeven door een onafhankelijk psychiater, die de patiënt in kwestie inzake dat verzoek kort te voren heeft onderzocht, diens behandelaar(s) geraadpleegd heeft (of een poging daartoe ondernomen heeft) en die niet bij zijn behandeling betrokken is.²⁰⁷ De rechter hoort de patiënt, tenzij de patiënt hiertoe niet bereid is (art. 8 lid 1 Wet BOPZ) en aan de patiënt wordt een raadsman toegevoegd²⁰⁸ welke zijn cliënt bijstaat tijdens de BOPZ zitting.

Zoals in hoofdstuk 1 al bleek, is er bij een gedwongen plaatsing in een PPC daarentegen geen sprake van een ex ante rechterlijke toets, zijn het gevaarscriterium, de causaliteit tussen stoornis en gevaar en het subsidiariteitsprincipe geen voorwaarden voor een dergelijke plaatsing²⁰⁹ en is er procedureel ook niet voorzien in een onafhankelijk psychiater die de noodzaak tot de gedwongen PPC plaatsing zorginhoudelijk onderzoekt en onderbouwt. Aansluitend op dit laatste: in feite kan een inrichtingspsycholoog inhoudelijk relatief eenvoudig een gedwongen PPC plaatsing van een gedetineerde induceren welke vrijwel altijd (na enige formaliteiten) tot stand zal komen.

²⁰⁶ Art. 1 lid 1 sub f Wet BOPZ.

²⁰⁷ Engberts & Kalkman-Bogerd 2009, p. 62-63.

²⁰⁸ Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 296.

²⁰⁹ Art. 20 Rspog.

Het bovenstaande cumulatief beschouwende, kan niet anders dan geconcludeerd worden dat een vrije burger – vergeleken met een gedetineerde – beter beschermd wordt tegen een schending van zijn zelfbeschikkingsrecht en tegen een eventuele onzorgvuldigheid en/of willekeur in geval van een gedwongen opnameprocedure. De vraag is nu of deze ongelijkheid op enigerlei wijze verminderd of opgeheven moet en kan worden. Een gedetineerde bij wie tegen diens zin een PPC plaatsing overwogen wordt, zit reeds vast op basis van een strafrechtelijke titel (waarbij uiteraard wel sprake is van een juridische toets). De gedwongen PPC plaatsing leidt daarmee op zichzelf niet tot vrijheidsberoving, terwijl dat bij een BOPZ opname wel het geval is. Verder is in deze van belang dat het niet in een PPC plaatsen van een zorgbehoevende gedetineerde, omdat deze dat niet wil, resulteert in een (voortgezet) verblijf in een ander detentieregime. Aldaar blijft de directeur verantwoordelijk voor de zorg voor en bejegening van de betreffende gedetineerde welke voor diens psychische problematiek wel eens onvoldoende toereikend en/of passend kunnen zijn, hetgeen in het nadeel kan zijn van de gedetineerde (en anderen). Daartegenover staat dat een gedetineerde ook objectiveerbaar benadeeld kan worden ten gevolge van een onvrijwillige PPC plaatsing. Te denken valt bijvoorbeeld aan een preventief gehechte welke op een PPC afdeling geplaatst wordt waar voornamelijk wegens pedoseksuele delicten veroordeelde psychiatrische gestoorde gedetineerden verblijven (interne PPC differentiatie). De preventief gehechte (en dus mogelijk onschuldige) gedetineerde die niet wil verkeren met genoemde medegedetineerden en ook niet met hen geassocieerd wenst te worden, kan daar, zoals op te maken uit het voorgaande, toch relatief eenvoudig terecht komen, of hij dat nu wil of niet.

Zodoende kan de eerder genoemde ongelijkheid tussen de positie van de vrije burger en de gedetineerde inzake dwangopnamen zowel genuanceerd (verschil in impactwaarde tussen BOPZ opname en gedwongen PPC plaatsing) als geproblematiseerd worden, waarbij dit laatste in mijn opinie minder zwaar weegt. Indien, los van deze normatieve visie, dan toch gestreefd zou worden naar het in overeenstemming brengen van de gedwongen PPC plaatsing met de voorschriften bij of krachtens de Wet BOPZ (zoals dat met betrekking tot de gedwongen geneeskundige behandeling is geschied), zijn er daarbij mijns inziens diverse beletselen (overigens nog buiten het feit dat er in zulk geval dan weer een ongelijkheid ontstaat voor

gedetineerden die onvrijwillig naar andere dan PPC regimes overgeplaatst worden). Indien aan de procedure van indicatiestelling en onvrijwillige PPC plaatsing een beoordeling en schriftelijke beargumentering door een onafhankelijke psychiater en/of een ex ante rechtelijke toets zouden worden toegevoegd zou dit onmiddellijk leiden tot uitvoeringsproblemen (tekort aan menskracht), tot een forse toename van (momenteel, mede gelet op de niet geringe financiële taakstelling voor DJI, onbetaalbare) kosten en tot een verlenging (in tijd) van de indicatiestellings- en plaatsingsprocedure met een toename van (onder andere) patiëntveiligheidsrisico's als gevolg.

Gelieerd aan dit laatste signaleerde de RSJ reeds als belangrijkste knelpunt binnen het huidige proces van selectie, plaatsing en overplaatsing het groot aantal betrokken actoren, zonder dat op casusniveau sprake is van één vast aanspreekpunt. Dit leidt volgens de Raad tot informatieverlies en veelal lange, bureaucratische indicatiestellings- en plaatsingsprocedures. Het moment waarop de zorgverlening kan starten, kan door deze gang van zaken ernstig worden belemmerd. De Raad bepleit juist snellere en eenvoudiger indicatiestellingsprocedures door waar mogelijk het aantal betrokken partijen te verminderen en de beslissingsbevoegdheden lager in de organisatie te beleggen (bijvoorbeeld op het niveau van een directeur van een penitentiaire inrichting op advies van een gedragskundige). Daarmee kan naar oordeel van de Raad de schaarse zorgcapaciteit in het systeem worden benut voor de lastigere gevallen.²¹⁰ Het hierboven als optie benoemde in overeenstemming brengen van de gedwongen PPC plaatsing met de BOPZ voorschriften staat daarmee haaks op het pleidooi van de Raad. Dit geldt tevens voor de mogelijke toevoeging van een andere schakel in de indicatiestellingsprocedure voor PPC plaatsingen welke momenteel overwogen en middels een pilot onderzocht wordt: de PPC indicatiestelling door het IFZ van het NIFP.²¹¹

Resumerend is er een duidelijke procedurele ongelijkheid tussen het gedwongen plaatsen van psychiatrische patiënten in een GGZ instelling en in een PPC. Het is mijns inziens niet aan te bevelen om deze ongelijkheid (deels) te nivelleren, met name omdat deze in bepaalde mate in verhouding staat tot het verschil in impactwaarde van beide procedures als het gaat om vrijheidsbeneming en omdat het verzwaren van de PPC indicatiestellings- en plaatsingsprocedure enerzijds praktisch onhaalbaar is en anderzijds

²¹⁰ Forensische zorg tijdens detentie 2012.

²¹¹ Zie voetnoot 36.

(objectief) eerder nadelig dan voordelig zal zijn voor de psychiatrisch gestoorde gedetineerde. Ik kan mij daarmee vinden in de zienswijze van de RSJ, maar zou niet zo ver willen gaan om, conform het advies van de Raad, eerdergenoemde ongelijkheid juist te vergroten. Een (min of meer) onafhankelijke indicatiestelling en besluitvorming door het IFZ respectievelijk door de selectiefunctionaris lijkt mij de zorgvuldigheid ten goede te komen en willekeur tegen te gaan terwijl dergelijke stappen in de sequentie van indicatiestelling en plaatsing in de praktijk niet tot onnodige vertraging hoeven te leiden. Indien dit laatste wel het geval zou zijn, is het (in eerste instantie) aanscherpen van sturing en controle in dit geval te prefereren boven het uit het proces verwijderen van genoemde stappen (als waren deze een niet te wijzigen bron van verspilling), hetgeen inzake de IFZ indicatiestelling in tweede instantie alsnog kan indien de Raad gelijk krijgt.

3.1.2 Invloed van belangenbehartigers van de patiënt

Een ander verschil met de detentierechtelijke procedure is dat bij de Wet BOPZ (en straks bij de WVGZ) op verschillende momenten, voor en tijdens de gedwongen opname, naast betrokkenen van de patiënt een rol kunnen spelen. Zo kan een verzoek tot verkrijging van een voorlopige machtiging – teneinde daarmee een gedwongen opname van de patiënt in een GGZ instelling te bewerkstelligen – ingediend worden door de echtgenoot van de patiënt, een ouder, bepaalde familieleden anderszins en de voogd, curator of mentor. Daarentegen hebben deze betrokkenen geen formele mogelijkheid om aan het BSF te verzoeken om hun gedetineerde naaste in een PPC te doen plaatsen. Zij zijn daardoor niet bij machte om eventueel noodzakelijke zorg voor de patiënt af te dwingen indien deze, mogelijk ingegeven door psychopathologie, niet in staat is om de noodzaak tot zorg in te zien en/of zich daartegen verzet en/of indien de (penitentiaire) gedragskundige – indien überhaupt voorhanden en betrokken bij de casus – een andere mening daarover is toegedaan. Men zou kunnen stellen dat daarmee het zelfbeschikkingsrecht van de gedetineerde psychiatrische patiënt groter is dan dat van zijn civiele tegenhanger, doch tevens dat de gedetineerde ‘zorgwekkende zorgmijder’ meer risico loopt om aan zijn lot overgelaten te worden. Dit laatste zou er niet alleen toe kunnen leiden dat deze zorgmijder verstoken blijft van voldoende intensieve psychiatrische zorg in detentie doch ook van het realiseren van aansluitende nazorg na

detentie hetgeen vervolgens een ongunstige invloed kan hebben op het (delict)recidiverisico. Om een zulk (zei het theoretisch) fatalistisch scenario mee te helpen voorkomen, zou het mijns inziens goed zijn om deze discrepantie tussen de Wet BOPZ (straks WVGGZ) en de PBW, Rspog en het Interimbesluit (straks de WFZ) te nivelleren door genoemde belangenbehartigers van de gedetineerde wel te voorzien in een formele mogelijkheid zoals hierboven bedoeld.

3.1.3 Duur van de gedwongen opname

Een gedwongen verblijf van een gedetineerde psychiatrische patiënt in een PPC duurt zolang als het multidisciplinair behandelteam dat noodzakelijk acht, tenzij de onderliggende strafrechtelijke titel eerder expireert. In laatstgenoemd (veel voorkomend) geval wordt de patiënt onmiddellijk in vrijheid gesteld, los van de bereikte behandelresultaten en de mogelijk nog aanwezige noodzaak tot zorg. Een voortzetting van de gedwongen klinische psychiatrische behandeling kan dan alleen nog maar tot stand komen in een GGZ instelling binnen een BOPZ kader. De PPC praktijk leert dat het daar (helaas) regelmatig niet van komt omdat de termijn om een voorlopige machtiging te realiseren te kort is en er niet voldaan wordt aan de criteria voor een IBS. Teneinde de kans op continuïteit van zorg te vergroten wordt wel eens getracht om een gedetineerde ruim voor het (verwachte) einde van diens detentie tegen zijn zin op te laten nemen bij een GGZ instelling op grond van art. 15.5 PBW of art. 43.3 PBW in combinatie met een voorlopige machtiging. De strafrechtelijke titel maakt het dan mogelijk om de gedetineerde te plaatsen bij de externe zorgaanbieder en de BOPZ-maatregel om hem daar te houden en om zo nodig dwangmiddelen toe te passen (met name separatie en/of dwangmedicatie).²¹² In de praktijk is momenteel echter het probleem dat de civiele rechter het verzoek tot de voorlopige machtiging in zulke gevallen nogal eens formalistisch afwijst. Zo overwoog de rechtbank Oost-Brabant op 09 januari 2014²¹³ dat er geen sprake kon zijn van een samenloop tussen een lopende strafrechtelijke plaatsing (in casu op grond van artikel 15 lid 5 PBW) en een voorlopige machtiging. Deze rechtbank beriep zich daarbij op een uitspraak van de Hoge Raad.²¹⁴

²¹² Handboek rechtspositie gedetineerden 2006, p. 470.

²¹³ RBOBR, 09 januari 2014, C/01/272907/FA RK 13-6941.

²¹⁴ In de beschikking van de Rechtbank werd niet naar een specifieke zaak van de HR verwezen, doch zowel uit de mondelinge toelichting van de Rechtbank aan de PI Vught als uit het overleg dat tussen de PI Vught en de voorzitter van de sector Familie- en Jeugdrecht werd gevoerd naar aanleiding van meerdere

Op 10 april 2014 kwam dezelfde rechtbank in drie andere gevallen waarbij een voorlopige machtiging was aangevraagd, tot dezelfde overweging.²¹⁵ In genoemde zaken werd door de rechtbank de voorlopige machtiging weliswaar verleend, doch onder de opschortende voorwaarde dat de OvJ de tenuitvoerlegging van respectievelijk de ISD-maatregel dan wel de detentie zou schorsen. Eerder had de rechtbank Rotterdam echter wel een voorlopige machtiging verleend aan een justitiabele met een ISD-maatregel²¹⁶ en voorts verleende de rechtbank Overijssel op 09 april 2014 een voorlopige machtiging aan een vrouwelijke gedetineerde die op grond van artikel 15.5 PBW van PPC Zwolle (PI Zwolle) tijdens de lopende detentie werd overgeplaatst naar een GGZ instelling. Uit de hiervoor aangehaalde jurisprudentie blijkt dat ‘BOPZ-rechters’ in de praktijk nog niet tot eenduidige overwegingen en beslissingen komen. Met het oog op continuïteit van (gedwongen) forensische zorg (en daarmee indirect [delict]recidivepreventie) is het van essentieel belang dat deze tegenstrijdigheid plaatsmaakt voor het besef bij rechters dat een strafrechtelijke maatregel (lees: artikelen 15.5 en 43.3 PBW en de ISD-maatregel, art. 38 m e.v. Sr) en een BOPZ-maatregel formeel wel samen kunnen gaan en dat een voorlopige machtiging bij een deel van ‘de doelgroep’ (met name de psychotici) onontbeerlijk is om te komen tot een passende en doelmatige psychiatrische behandeling. Deze voorgestelde (geadviseerde) uniforme praktijk zou in ieder geval moeten gelden totdat art. 51 BOPZ is aangepast (veegwet), inhoudende dat een aantal forensische titels zal worden toegevoegd aan de titels die nu onder dit artikel vallen, waarbij de interne rechtspositie van de Wet BOPZ geldt. De artikelen 15.5 en 43.3 PBW zullen tot die toegevoegde titels behoren. De nieuwe situatie brengt met zich mee dat er in principe geen voorlopige machtiging meer nodig zal zijn naast een plaatsing op basis van een van genoemde artikelen²¹⁷ (zie ook verderop bij paragraaf 3.3).

Behoudens de hiervoor benoemde ‘formalistische problemen’, werd verwacht dat er bij de beoordeling door de rechter van het verzoek tot een voorlopige machtiging

zaken waarbij de Rechtbank overwoog dat van de combinatie van een strafrechtelijke en een BOPZ-maatregel geen sprake kon zijn, bleek dat de Rechtbank refereerde aan HR 18 april 2003, LJN AF5555 (NJ 2003, 628 met annotatie door J. de Boer). In genoemde zaak werd door de HR bepaald dat een voorwaardelijk beëindigde TBS-maatregel niet samen kon gaan met een BOPZ-maatregel.

²¹⁵ RBOBR, 10 april 2014, C/01/277060/FA RK 14-1831; RBOBR, 10 april 2014, C/01/276461/FA RK 14-1554; RBOBR, 10 april 2014, C/01/276869/FA RK 14-1738.

²¹⁶ RBROT, 09 april 2013, C/ /421191/FA RK 13-2499.

²¹⁷ Eerste Kamer, Vergaderjaar 2013-2014, 32398, nr. 1.

voor een in een PPC verblijvende gedetineerde een inhoudelijke discussie zou ontstaan over het vereiste gevaarscriterium. Immers, de rechter zou kunnen stellen dat aan de voorwaarde dat het gevaar dat de stoornis doet veroorzaken niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend,²¹⁸ niet wordt voldaan omdat dat gevaar in het PPC waar de gedetineerde verblijft gemanaged kan worden. Niettegenstaande dat de rechter daarmee formeel gelijk zou hebben, ware het mijns inziens beter om met dit onderdeel rekkelijk om te gaan. Immers, de vroegtijdige realisatie van continuïteit van zorg bij weigerachtige, gevaarlijke, psychiatrisch gestoorde gedetineerden heeft op de (middel)lange termijn hetzelfde doel als de BOPZ-maatregel: het afwenden van gevaar voor de patiënt en diens omgeving. Ofschoon genoemde discussie in de praktijk (tijdens BOPZ zittingen) wel degelijk gevoerd wordt, heeft dit tot dusverre nog niet geleid tot het niet verlenen van een voorlopige machtiging.

Ook in het geval van een gedwongen opname bij een GGZ instelling zijn het vooral de behandelaars die de duur daarvan bepalen (de geneesheer-directeur heeft daarbij de formele bevoegdheid). Een voorwaardelijk ontslag uit de kliniek en een voortijdige opheffing van de BOPZ-maatregel behoren tot de mogelijkheden. Een belangrijk verschil met het gedwongen PPC verblijf is echter dat de juridische grondslag voor de dwangopname bij de GGZ verlengd kan worden. Immers, indien de termijn van de initiële voorlopige machtiging (zes maanden) niet volstaat, kan de gedwongen opname telkens gedurende maximaal een jaar (en na vijf jaar telkens gedurende maximaal twee jaar)²¹⁹ gecontinueerd worden op grond van een machtiging tot voortgezet verblijf (zie eerder bij paragraaf 2.1.2). Daarmee bepalen de psychiatrische conditie van de patiënt en de noodzaak tot klinische zorg meer dan de juridische titel de opnameduur in de GGZ. In een PPC is dat nogal eens andersom.

Een ander verschil tussen het gedwongen verblijf in een PPC en dat in een GGZ instelling is dat het laatste op termijn telkens opnieuw getoetst wordt waarbij voldaan moet worden aan bepaalde vereisten. Immers, de rechter bepaalt periodiek of een machtiging tot voortgezet verblijf wordt afgegeven en om daartoe te komen dient (blijkens een verklaring van de geneesheer-directeur en het behandelingsplan) de stoornis van de geestvermogens van de patiënt nog steeds aanwezig te zijn alsmede het

²¹⁸ Art. 2 lid 2 Wet BOPZ.

²¹⁹ Leenen, Dute & Kastelein 2008, p. 296.

daaruit voortvloeiende gevaar waarvoor opname in het psychiatrisch ziekenhuis noodzakelijk blijft.²²⁰ Ofschoon de gemiddelde verblijfsduur van een gedetineerde in een PPC binnen de range van vier tot vijf maanden ligt,²²¹ kan deze ook zeer lang tot zelfs levenslang zijn. Een dergelijk langdurig PPC verblijf wordt niet periodiek extern getoetst. Zoals eerder opgemerkt in paragraaf 1.2.1, kan een gedetineerde die tegen zijn zin een PPC verblijft wel zelf bij de selectiefunctionaris om overplaatsing naar een ander regime verzoeken.²²² Echter, deze reactieve beoordeling door genoemde selectiefunctionaris vertoont natuurlijk nauwelijks gelijkenis met eerdergenoemde procedure inzake de machtiging tot voortgezet verblijf. Daar waar ik eerder (paragraaf 3.1.1) stelde geen voorstander te zijn van het nivelleren van de procedurele verschillen tussen gedwongen plaatsingen in respectievelijk een PPC en een GGZ instelling, is er mijns inziens wel iets voor te zeggen om het langdurige gedwongen PPC verblijf van een gedetineerde psychiatrische patiënt periodiek aan een onafhankelijke toets te onderwerpen. Ofschoon ook hier geldt dat het al dan niet voortzetten van het gedwongen verblijf in een PPC losstaat van de vrijheidsbeneming, gaat het doorkruisen van het zelfbeschikkingsrecht van de gedetineerde mijns inziens wel zwaarder wegen naarmate dat langer duurt. Ook de in paragraaf 3.1.1 genoemde praktische beletselen doen hier weinig opgeld omdat het maar een beperkt aantal gedetineerden zal betreffen. Aanbevelenswaardig is mijns inziens dat het gedwongen verblijf van een gedetineerde in een PPC met tussenpozen, analoog aan die welke opgeld doen bij de voortgezette machtiging, onderzocht wordt door een onafhankelijk psychiater en dat voor een voortzetting van het gedwongen PPC verblijf aan dezelfde criteria voldaan moet worden als die gelden voor genoemde BOPZ-maatregel. Het besluit (waartegen bezwaar en beroep openstaat) kan op grond van genoemde criteria mijns inziens in eerste instantie ‘gewoon’ door de selectiefunctionaris genomen worden.²²³

²²⁰ Ofschoon buiten de scope van onderhavige scriptie vallend: ook tot de verlenging van een TBS-maatregel wordt periodiek door de rechter besloten op grond van diverse criteria waaronder met name het gevaarscriterium.

²²¹ Managementinformatie PPC's.

²²² Art. 18 PBW.

²²³ Overigens kan de voorgestelde periodieke toetsing nog een ander doel dienen dat losstaat van de rechtspositie van de gedetineerde patiënt. Deze toetsing kan namelijk tegelijkertijd gebruikt worden bij de beoordeling of financiering van de voortzetting van het PPC verblijf nog gerechtvaardigd is. Voor de PPC's geldt een DBBC (Diagnose behandel- en beveiligingscombinatie) financieringssystematiek. Dat is voor klinische GGZ zorg ook zo (DB[B]C-systematiek; Zvw financiering). Echter, na het eerste jaar geldt bij de GGZ een AWBZ financiering op basis van zorgzwaartepakketten (ZZP) waarvoor een CIZ

3.1.4 Verschillen in bezwaar- en beroepsmogelijkheden

Tegen de beslissing van de selectiefunctionaris betreffende plaatsing in een PPC kan de betrokken gedetineerde een bezwaarschrift indienen bij genoemde selectiefunctionaris. Bij een gehele of gedeeltelijke ongegrondverklaring van dit bezwaar kan vervolgens beroep worden ingesteld bij de RSJ met tevens de mogelijkheid tot een schorsingsverzoek (zie ook par. 1.2.2). Tegen de beslissing van de civiele rechter inzake een voorlopige machtiging staat voor de GGZ-patiënt daarentegen slechts cassatieberoep bij de HR open (zie ook par. 2.1.1). Daarmee heeft de PPC-patiënt in theorie meer en laagdrempeligere mogelijkheden om zich te verzetten tegen de gedwongen opname dan de GGZ-patiënt. Echter, mijns inziens koopt de gedetineerde daar in de praktijk weinig voor. De ex post toetsing is namelijk vooral formeel van aard en het hele traject kan tot zo'n 3 maanden in beslag nemen en dat terwijl 71% van alle gedetineerden korter dan 3 maanden in een huis van bewaring of gevangenis verblijft.²²⁴ In feite is de GGZ-patiënt dan toch beter af met de ex ante rechterlijke beoordeling van de aanvraag tot gedwongen opname welke ook nog eens zwaardere criteria (gevaarscriterium en causaliteitsvereiste) en psychiatrisch inhoudelijke procedurele stappen (geneeskundige verklaring; overleg met behandelend psychiater) herbergt (zie eerder bij par. 3.1.1). Gelet op het voorgaande is het mijns inziens aanbevelenswaardig om de maximale termijnen voor het nemen van een besluit op bezwaar en beroep inzake een gedwongen PPC plaatsing te bekorten dan wel het direct instellen van beroep bij de RSJ mogelijk te maken.

3.2 Zorg-geïnduceerde dwangtoepassing in een PPC

Zoals in paragraaf 1.3.3.3 reeds werd weergegeven, bestond er tot 1 juli 2013 een substantiële discrepantie tussen de mogelijkheden en waarborgen (met betrekking) tot het gedwongen toepassen van geneeskundige behandeling binnen de detentie- versus de GGZ-setting. Tevens werd vermeld dat met de inwerkingtreding van de Wet onvrijwillige geneeskundige behandeling op genoemde datum, beoogd werd deze

(Centrum Indicatiestelling Zorg) indicatie vereist is. Genoemde CIZ indicatie behelst een externe toetsing waarin in de huidige PPC praktijk niet voorzien wordt.

²²⁴ Forensische zorg tijdens detentie, 2012, p. 15.

ongelijkheid recht te trekken. Dit laat echter onverlet dat er verschillen resteren welke navolgend benoemd en waar nodig van kritische reflectie voorzien zullen worden.²²⁵

3.2.1 Beperking van de bewegingsvrijheid: afzondering

Zoals in paragraaf 1.3.3.1 te lezen is, kan een gedetineerde op grond van art. 23 PBW uitgesloten worden van deelname aan activiteiten (daarmee een maatregel met een afzonderend karakter) en op grond van art. 24 PBW in afzondering worden geplaatst. De gronden voor beide maatregelen zijn opgenomen in art. 23 lid 1 PBW, waarbij met betrekking tot zorg-geïnduceerde dwang vooral art. 23 lid 1, sub b van belang is. De maatregel van afzondering op die grond heeft een beschermend karakter en wordt opgelegd indien de gedetineerde tegen zichzelf (vanwege dreiging van automutilatie dan wel het verkeren in een toestand van psychische decompensatie) dan wel tegen anderen, moet kunnen worden beschermd. Ondanks dat hieruit een zorgperspectief spreekt, is zulks – dit in afwijking van hetgeen over ‘afzondering’ en ‘separatie’ in de Wet BOPZ is bepaald – verder geenszins (vanuit een dergelijk perspectief) geformaliseerd en/of kwalitatief geborgd. Dit blijkt uit de navolgende ongelijkheden.

In de GGZ setting besluit de behandelaar van de patiënt tot afzondering/separatie, terwijl een maatregel van afzondering in de detentiesetting wordt opgelegd door de directeur. Ofschoon in het laatstgenoemde geval – en dat is in ieder geval de werkpraktijk in de PPC’s, zoals deze ook is afgestemd met de IGZ – veelal door de directeur advies wordt ingewonnen bij een gedragskundige (inrichtingspsycholoog en/of psychiater), is dat geen wettelijk vereiste. Voorts worden de modaliteiten ‘afzondering’ en ‘separatie’ in de Wet BOPZ als ‘dwangbehandeling’ en daarmee als therapeutisch middel beschouwd (zie par. 2.2), terwijl dat niet blijkt uit de PBW, Sterker nog, zowel de afdeling waar de ordemaatregelen zijn geregeld (Hoofdstuk V Bewegingsvrijheid, Paragraaf 2 Ordemaatregelen) als de term ‘ordemaatregel’ an sich impliceren dat deze maatregelen een beheersmatig karakter hebben en dat bij de totstandkoming van de betreffende artikelen niet beoogd is om bijvoorbeeld afzondering vanuit het behandelingsplan als middel in te kunnen zetten.

²²⁵ Eerder in onderhavig hoofdstuk werd het verschil in scope is tussen de PBW en de Wet BOPZ betreffende dwangbehandeling (dan wel dwangmiddelen en -maatregelen) inzake de daarbinnen vallende modaliteiten reeds behandeld (zie de paragrafen 3.2.1 en 3.2.2). Derhalve wordt hierop in paragraaf 3.2.3 niet opnieuw ingegaan.

Dit laatste werd in feite bevestigd met de inwerkingtreding van de Wet onvrijwillige geneeskundige behandeling op 1 juli 2013. Immers, het opvallende aan deze nieuwe regeling is dat art. 21 sub d PM enkel geneeskundige behandeling definieert, waaronder de a- en b-dwangbehandeling, de gedwongen geneeskundige handeling en de vrijwillige geneeskundige behandeling vallen. Verder wordt niet gerefereerd aan andere vormen van dwangbehandeling en daarmee dus ook niet aan de modaliteit ‘afzondering’. In een PPC is het derhalve geen vereiste om het afzonderen van gedetineerde patiënten op te nemen in het behandelingsplan en ook hoeft niet (expliciet) voldaan te worden aan de (BOPZ) vereisten van causaliteit (tussen stoornis en gevaar), subsidiariteit en proportionaliteit. Ofschoon van afzondering in een afzonderingscel welke langer duurt dan vierentwintig uur, ex art. 24 lid 6 PBW, de CvT en de aan de inrichting verbonden arts op de hoogte dienen te worden gesteld, behoeft er noch een melding gedaan te worden bij de IGZ, noch bij de wettelijk vertegenwoordiger (of familielid) van de patiënt, dit in tegenstelling tot de GGZ praktijk en tevens tot de wel bestaande meldingsplicht (althans deels: zie tabel 1 op p. 31) bij het toedienen van dwangmedicatie (zie par. 1.3.3.3). Tot slot zijn er ‘termijn verschillen’ inzake afzondering/separatie tussen de GGZ- en de PPC-setting. In de GGZ geldt dat M&M (waaronder afzondering en separatie) ter overbrugging van een tijdelijke noodsituatie ten hoogste gedurende zeven dagen kunnen worden toegepast²²⁶ en dat er daarna (of in gevallen waarbij er überhaupt geen sprake is van een ‘noodsituatie’) sprake is van dwangbehandeling waarvan de termijn zo kort mogelijk is en niet langer dan drie maanden (weliswaar met mogelijkheden tot ‘verlenging’). In een PPC daarentegen geldt dat de maatregel van afzondering voor ten hoogste twee weken kan worden opgelegd en telkens (in principe ongelimiteerd) voor de duur van twee weken kan worden verlengd (art. 24 PBW). In de PPC-setting is er daardoor bij langdurige situaties van afzondering vaker (dan in de GGZ) sprake van een nieuw besluit (waartegen bezwaar en beroep open staat) en een daarbij behorende zorgvuldige afweging van de belangen en de omstandigheden van de gedetineerde, echter door de directeur en niet door de inhoudelijk deskundige behandelaar (of eerste geneeskundige).

Uit het voorgaande blijkt dat daar waar met betrekking tot de gedwongen geneeskundige behandeling – daarmee hier met name doelend op het gedwongen

²²⁶ Art. 2 Besluit middelen en maatregelen; *Stb.* 1993, 563.

toedienen van medicatie en niet op het beperken van de bewegingsvrijheid – de PBW (en ook de andere beginselenwetten) voor een belangrijk deel in overeenstemming is gebracht met de Wet BOPZ, dit nagelaten is inzake het afzonderen van gedetineerde patiënten. Mijns inziens een curieuze omissie en een gemiste kans. Ofschoon het (zeer) discutabel is of en in hoeverre het afzonderen of separeren van patiënten als therapeutisch middel beschouwd dient te worden (een nadere uiteenzetting over dit thema voert hier te ver), laat dit onverlet dat het mijns inziens aanbeveling verdient om de wetgeving betreffende het afzonderen van gedetineerden op psychische gronden (veel meer) in overeenstemming te brengen met hetgeen hierover in de Wet BOPZ is bepaald.

Concreet dient mijns inziens wettelijk vastgelegd te worden dat bij afzondering vanwege gevaar voortvloeiend uit een psychische stoornis, de directeur daartoe altijd geadviseerd dient te worden door een gedragskundige, dat daarbij voldaan dient te worden aan de vereisten van causaliteit, subsidiariteit en proportionaliteit, dat de maatregel en afspraken inzake monitoring en cyclische evaluatie daarvan, opgenomen dienen te zijn (of bij acute situaties post hoc opgenomen dienen te worden) in (een addendum bij) het behandelingsplan of zorgplan en dat de IGZ en de wettelijk vertegenwoordiger (of bij gebrek daaraan de naasten) van de gedetineerde patiënt op de hoogte dienen te worden gesteld van de inzet van de maatregel. Het bovenstaande is in de PPC's deels reeds verworven tot de praktijk van alledag, maar de gedetineerde patiënt kan hieraan geen rechten ontleen. Dit noopt mijns inziens tot de voorgestelde formalisering teneinde de interne rechtspositie van de gedetineerde patiënt te verbeteren en meer in evenwicht te brengen met die van de GGZ patiënt.

3.2.2 Beperking van de bewegingsvrijheid: mechanische middelen

Inzake het gebruik van mechanische middelen is er in de Wet BOPZ (en daarmee de GGZ) procedureel geen verschil met de andere dwangmiddelen zoals afzondering en separatie. In de PBW (en daarmee ook de PPC-setting) ligt dat anders. Bij de toepassing ervan moeten een psychiater en arts (anderszins) betrokken worden en de termijn van toepassing bedraagt maximaal 24 uur, met de mogelijkheid tot verlenging, wederom in overleg met een arts (zie par. 1.3.3.2). Ergo: deze vorm van beperking van de bewegingsvrijheid kent meer stringente eisen en waarborgen dan welke voor de

maatregel van afzondering gelden, hetgeen logisch is omdat met de toepassing ervan, nog meer dan bij afzondering, de autonomie en integriteit van de gedetineerde worden beperkt en/of geschonden.

Met betrekking tot de wetgeving inzake de toepassing van mechanische middelen is er daarmee minder aanpassing vereist. Echter, ook voor deze dwangmodaliteit is het mijns inziens opportuun om vast te leggen dat bij de toepassing ervan voldaan moet worden aan de vereisten van subsidiariteit en proportionaliteit, dat de opneming ervan in een behandelingsplan of zorgplan dient te geschieden en dat er een melding wordt gedaan bij de partijen zoals ook voor de maatregel van afzondering geadviseerd in voorgaande paragraaf.

3.2.3 Gedwongen geneeskundige (be)handeling

Zoals hiervoor beschreven in paragraaf 2.2 bestaat er binnen de Wet BOPZ één soort dwangbehandeling (art. 38c Wet BOPZ) welke toegepast kan worden wanneer er (naast aan andere vereisten) voldaan is aan het in- en/of extern gevaarscriterium. In onvoorziene acute situaties, waarin genoemde dwangbehandeling formeel niet mogelijk is, kunnen voorts (onder bepaalde voorwaarden) dwangmiddelen en -maatregelen ingezet worden (art. 39 Wet BOPZ; zie paragraaf 2.3). Curieus is dat er binnen de PBW sedert 1 juli 2013 voor (zorg-geïnduceerde) dwangtoepassing niet twee maar drie modaliteiten opgenomen zijn: de in paragraaf 1.3.3.3 beschreven gedwongen geneeskundige handeling (art. 32 PBW), b-dwangbehandeling (art. 46d, sub b PBW) en a-dwangbehandeling (art. 46d, sub a PBW). Ofschoon de termen a- en b-dwangbehandeling in feite solitair verwijzen naar de twee gevaarscriteria die dwangbehandeling legitimeren en verder niet als zodanig in de Wet onvrijwillige geneeskundige behandeling terug te vinden zijn (en ook niet in de Wet BOPZ en in het wetsvoorstel WVGZ), versterkt het gegeven dat er voorts procedurele verschillen bestaan tussen de a- en b-dwangbehandeling (en daarmee tevens ten aanzien van de waarborgen voor de gedetineerde) de suggestie van twee soorten dwangbehandeling (naast de gedwongen geneeskundige handeling ex art. 32 PBW).

Daar waar de a-dwangbehandeling in belangrijke mate overeenkomt met de dwangbehandeling conform de Wet BOPZ en de gedwongen geneeskundige handeling ex art. 32 PBW het een en ander (onverlet latend de nodige verschillen) wegheeft van de

dwangmiddelen en -maatregelen uit de Wet BOPZ, blijkt de b-dwangbehandeling in feite vlees nog vis. Immers, enerzijds is de b-dwangbehandeling inzake het gevaarscriterium (niet acuut of acuut doch voorzien²²⁷ intern gevaar) en de ex ante opnemings van de interventie in het behandel- of zorgplan analoog aan de dwangbehandeling conform de Wet BOPZ. Anderzijds komen de duur van b-dwangbehandeling, de verlengingsmogelijkheid ervan en het niet aan de orde zijn van een voorgenomen besluit juist overeen met de gedwongen geneeskundige handeling ex art. 32 PBW.

In mijn opinie ware het beter geweest indien in de PBW, middels de Wet onvrijwillige geneeskundige behandeling, slechts één soort dwangbehandeling opgenomen was (analoog aan de dwangbehandeling conform de Wet BOPZ) en indien de gedwongen geneeskundige handeling ex art. 32 PBW in overeenstemming was gebracht met de dwangmiddelen en -maatregelen conform de Wet BOPZ.²²⁸ Namelijk, het onderscheiden van twee modaliteiten van dwangbehandeling op grond van gevaarscriteria is mijns inziens artificieel (immers, de daadwerkelijke interventie is gelijk), niet helpend en kan zelfs verwarring in de hand werken.²²⁹ Voorts suggereren bepaalde procedurele aspecten van de gedwongen geneeskundige handeling dat deze modaliteit ook buiten onvoorziene acute noodsituaties kan worden ingezet, hetgeen met de komst van de (a- en b-)dwangbehandeling tot een onjuistheid is verworpen (zie hieronder).

Ook op de periode gedurende welke de verschillende dwangtoepassingen binnen de detentie(en daarmee PPC)setting gepraktiseerd kunnen worden valt het nodige af te dingen. Bij de gedwongen geneeskundige handeling ex art. 32 geldt een maximale toepassingsduur van twee weken. Deze periode is nogal ruim vergeleken met de maximale duur van de BOPZ dwangmiddelen en -maatregelen van zeven dagen,²³⁰ welke laatstgenoemde termijn mijns inziens volstaat. Immers, bij het gedwongen

²²⁷ Met de term 'voorzien' wordt er hier op bedoeld dat op het acute interne gevaar geanticipeerd is door het opnemen van het dwangmiddel (en tevens van de concrete gevaarlijke situatie wanneer de toepassing van het middel aan de orde is) in het behandel- of zorgplan.

²²⁸ In zulk geval was het wel noodzakelijk geweest om de Bvt en Bjj apart aan te passen.

²²⁹ In de PPC praktijk blijkt de b-dwangbehandeling niet zelden onterecht als interventiemogelijkheid gezien te worden bij acute, onvoorziene situaties, terwijl in dergelijke gevallen de optie van de geneeskundige handeling ex art. 32 juist over het hoofd wordt gezien (dit was met name het geval in de periode direct na de wetwijziging). In feite werd tijdens de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel Wet gedwongen geneeskundige behandeling een zelfde interpretatiefout gemaakt welke nadien middels jurisprudentie werd gecorrigeerd.

²³⁰ Art. 3 Besluit M&M.

toedienen van psychofarmaca kan in het geval van de gedwongen geneeskundige handeling slechts gekozen worden voor middelen met een werkingsduur van hooguit twee weken. De middelen welke dit betreft werken in de praktijk echter nooit langer dan een week.²³¹ Voorts is er, indien ingeschat wordt dat de dwangtoepassing langer dan een week noodzakelijk zal zijn, voldoende tijd om (voor de gedetineerde met meer waarborgen omklede) dwangbehandeling te induceren en om, indien de gedetineerde nog niet in een PPC verblijft, deze daarheen te doen overplaatsen.²³² Vanwege dezelfde reden is ook de (in theorie oneindige) verlengingsmogelijkheid van de gedwongen geneeskundige handeling na (telkens) twee weken volstrekt overbodig en verwarrend.²³³ Voor de maximale duur en de verlengingsmogelijkheid van de b-dwangbehandeling gaat dezelfde redenering op: ofwel is de maximale duur van twee weken (een week) te lang en is de verlengingsmogelijkheid overbodig, ofwel (en dat verdient mijns inziens de voorkeur) dient de b-dwangbehandeling samengevoegd te worden met de a-dwangbehandeling en dus een maximale duur van 3 maanden te beslaan met bijbehorende verlengingsmogelijkheid, welke duur en optie tot prolongatie in overeenstemming zijn met die van de dwangbehandeling conform de Wet BOPZ.

Behoudens de reeds genoemde zaken zijn er nog enkele noemenswaardige ongelijkheden tussen dwangbehandeling in een PPC en in de GGZ. Zo wordt de beslissing tot dwangbehandeling op grond van de Wet BOPZ in eerste instantie genomen door de behandelaar²³⁴ en bij voorzetting daarvan na drie maanden door de geneesheer-directeur (psychiater). In een PPC worden soortgelijke besluiten genomen door de, in de regel psychiatrisch inhoudelijk niet ter zake kundige, directeur. Ofschoon de directeur bij het nemen van een beslissing tot dwangbehandeling geadviseerd wordt door de behandelend psychiater (en bij de a-dwangbehandeling tevens door een niet bij de behandeling betrokken psychiater)²³⁵ en diens advies doorgaans overneemt, valt te

²³¹ Indien er sprake is van de inzet van andere dwangmiddelen zoals het toedienen van vocht en/of voeding, geldt al helemaal dat de interventie (per toepassing) kortdurend is en binnen de termijn van 7 dagen zal vallen.

²³² Een (directe) spoedoverplaatsing naar een PPC behoort tot de mogelijkheden en komt in de praktijk regelmatig voor.

²³³ De Wet BOPZ biedt terecht geen mogelijkheid tot het verlengen van dwangmiddelen en -maatregelen nadat deze gedurende zeven aaneengesloten dagen zijn gepraktiseerd.

²³⁴ In de Richtlijn besluitvorming dwang (2008) wordt aanbevolen dat het hier een psychiater betreft.

²³⁵ In feite is op dit onderdeel de waarborg voor de patiënt in een PPC formeel beter geregeld dan in de GGZ, alwaar genoemde second opinion niet verplicht is gesteld. Overigens is in de Richtlijn besluitvorming dwang (2008) wel de aanbeveling opgenomen dat in geval van twijfel over de juistheid

overwogen om (analoog aan de GGZ situatie) de beslissingsbevoegdheid ten aanzien van dwangbehandeling in een PPC (wederom analoog aan de Wet BOPZ) te beleggen bij de aldaar werkzame psychiaters en Directeur Zorg en Behandeling (tevens eerste geneeskundige en psychiater). Een dergelijke aanpassing is mijns inziens echter geen heet hangijzer omdat de huidige praktijk goed werkbaar blijkt en niet aantoonbaar leidt tot patiëntveiligheidsproblemen.

Tot slot valt in negatieve zin op dat daar waar in de GGZ bij zowel dwangbehandeling als de inzet van dwangmiddelen en -maatregelen de wettelijk vertegenwoordiger en naasten van de patiënt daarover geïnformeerd worden, zulks in de detentiesetting geen voorschrift is inzake de gedwongen geneeskundige handeling en de b-dwangbehandeling.²³⁶ Mijns inziens is dit een omissie vanwege een soortgelijke reden als reeds benoemd in paragraaf 3.1.2. Enerzijds kunnen vertegenwoordigers en/of naasten van de gedetineerde patiënt deze hierdoor minder goed bijstaan, anderzijds is het vanuit ethisch oogpunt en tevens rekening houdende met het belang van het stimuleren van een pro-sociaal netwerk als beschermende factor tegen zowel psychische decompensatie als recidive delictgedrag, onwenselijk om genoemde naasten niet te informeren.²³⁷

3.2.4 Klachtrecht inzake zorg-geïnduceerde dwangtoepassing

In paragraaf 1.3.4 e.v. werd het klachtrecht van gedetineerde patiënten ter zake dwang(be)handeling toegelicht. In paragraaf 2.4 e.v. geschiedde dat voor gedwongen opgenomen GGZ-patiënten. De volgende zaken (waaronder discrepanties) verdienen daarbij nadere aandacht.

De kring van klachtgerechtigden zoals opgesomd in de Wet BOPZ (art. 41 lid 1 jo. art. 4 lid 1) is, ten opzichte van de PBW (en de WKCZ) veel ruimer, waardoor de GGZ-patiënt (op dit onderdeel) meer rechtsbescherming heeft dan zijn gedetineerde 'collega'. Immers, daar waar in de GGZ diverse derden door formeel te klagen de belangen kunnen behartigen van de patiënt bij wie (onder andere) dwangbehandeling

van de indicatie tot dwangbehandeling een second opinion wordt aangevraagd bij een onafhankelijk psychiater of geneesheer directeur.

²³⁶ Ook wordt bij deze twee modaliteiten de raadsman van de gedetineerde niet geïnformeerd, dit in tegenstelling tot bij de a-dwangbehandeling.

²³⁷ Bij genoemd informeren dient natuurlijk wel rekening gehouden te worden met de privacy wetgeving en het beroepsgeheim voor behandelaars.

wordt toegepast, staat de gedetineerde er alleen voor.²³⁸ Uiteraard kan deze zich wel laten bijstaan door een raadsman bij het indienen van een klacht, echter, zoals eerder reeds bleek, wordt laatstgenoemde alleen geïnformeerd in geval van (het voornemen tot) een a-dwangbehandeling. Voorts zal niet iedere gedetineerde direct de beschikking hebben over een raadsman en indien dat wel het geval is kan men zich afvragen of deze deskundig is op het gebied van de rechtspositie van psychiatrische patiënten. Gelieerd hieraan adviseerde de RSJ om een piketregeling in het leven te roepen zoals die ook bestaat voor art. 41 Wet BOPZ klachten.²³⁹ Ofschoon dit een plausibel advies is, is het mijns inziens daarnaast aan te bevelen om ook (zie eerder bij de paragrafen 3.1.2 en 3.2.3) met betrekking tot deze kwestie de belangenbehartigers van de gedetineerde formeel in stelling te brengen, analoog aan het bepaalde in de Wet BOPZ (ergo inzake alle dwangmodaliteiten).

Met betrekking tot het feit dat de directeur dient te vermelden of een gedetineerde die zich verzet tegen de voorgenomen (a-)dwangbehandeling in staat kan worden geacht gebruik te kunnen maken van zijn beklag en/of beroepsrecht (art. 22e lid 5 sub d PM), dient opgemerkt te worden dat niet wordt vermeld wat te doen als dat vermoedelijk niet het geval is.²⁴⁰ Deze weinig zinvol lijkende bepaling is overgenomen uit de Wet BOPZ (artikel 38c lid 6) alwaar deze wel een bepaald doel dient. Immers, zoals reeds vermeld in paragraaf 2.4.1 kan de inspecteur (aan wie de melding van onbekwaamheid gedaan wordt) in geval van een onbekwame patiënt namens deze (nadat bakzeil gehaald is bij de klachtencommissie), de klacht voorleggen aan de rechter. Onderhavige PM bepaling zou functioneel gemaakt kunnen worden door de wettelijk vertegenwoordiger of, bij gebrek daaraan, een andere naaste van de ter zake (wils)onbekwame gedetineerde te mandateren met betrekking tot het klachtrecht. Een dergelijke (specifieke) toevoeging is uiteraard overbodig indien het eerder geopperde advies tot (algemene) uitbreiding van de klachtgerechtigden opgevolgd wordt.

Een andere belangrijk verschil in de interne rechtspositie van een gedetineerde versus die van een GGZ-patiënt met betrekking tot de toepassing van dwangbehandeling is het volgende. Zoals opgetekend in paragraaf 2.2, dient in de GGZ

²³⁸ Wel kunnen de voorzitter van de CvT, de raadsman, de curator en de mentor van de gedetineerde bezwaren tegen de (voorgenomen) beslissing tot a-dwangbehandeling kenbaar maken bij de directeur (art. 22^e lid 1 PM). Dit staat mijns inziens echter niet in verhouding tot het indienen van een formele klacht.

²³⁹ Reactie ontwerpbesluit wetsvoorstel onvrijwillige behandeling, RSJ, 31 oktober 2012.

²⁴⁰ Reactie ontwerpbesluit wetsvoorstel onvrijwillige behandeling, RSJ, 31 oktober 2012.

tussen de aanzegging tot dwangbehandeling en de daadwerkelijke toepassing daarvan een termijn in acht genomen te worden gedurende welke de patiënt de mogelijkheid heeft om verzet te organiseren en zich te laten bijstaan. Ofschoon dit niet in de BOPZ voorgeschreven is, blijkt zulks uit de AWB, de Richtlijn besluitvorming dwang (2008) en jurisprudentie.²⁴¹ Genoemde ‘aanzegging’ betreft een beslissing waartegen, beroep en een verzoek tot schorsing openstaan. In de PPC setting doet zich een andere situatie voor. Immers, zoals vermeld in paragraaf 1.3.3.3 dient tussen de *voorgenomen* beslissing tot a-dwangbehandeling en de *daadwerkelijke* beslissing daartoe een termijn van 3 werkdagen in acht genomen te worden gedurende welke termijn bezwaar gemaakt kan worden tegen genoemd voornemen. Ofschoon met deze bepaling beoogd lijkt te zijn om de gedetineerde (conform de GGZ situatie) in staat te stellen om verzet te kunnen organiseren, blijkt dit in de praktijk (inmiddels) een wassen neus. Immers, daar waar de beroepscommissie van de RSJ aanvankelijk nog diverse malen oordeelde dat de voorgenomen beslissing van de directeur tot a-dwangbehandeling als een beslissing in de zin van art. 60 PBW aangemerkt dient te worden en derhalve vatbaar is voor beklag en beroep,²⁴² werd meer recent en haaks staand op het voorgaande, door dezelfde beroepscommissie geoordeeld dat dit juist niet het geval is.²⁴³ Daarmee werd aan de gedetineerde niet alleen het klachtrecht ontnomen voorafgaande aan de formele beslissing tot a-dwangbehandeling (althans, de gedetineerde kan wel een klacht indienen, maar deze wordt niet-ontvankelijk verklaard), maar tevens ook de schorsingsmogelijkheid. Overigens werd door de beroepscommissie wel opgemerkt dat bij een voorgenomen besluit tot a-dwangbehandeling door de gedetineerde wel de weg naar de kort geding rechter bewandeld kan worden.²⁴⁴ Dit laatste onverlet latend (met betrekking tot deze ‘mogelijkheid’ zijn er ten tijde van het opmaken van onderhavige scriptie geen precedënten), dient de ‘goedbedoelde’ termijn van 3 werkdagen inmiddels toch niet meer een voor de gedetineerde zinvol doel. De beroepscommissie nam in

²⁴¹ Zie voetnoot 148.

²⁴² RSJ 13/2462/SGA, 9 augustus 2013; RSJ 13/2537/SGA, 12 augustus 2013; RSJ 13/2528/SGA, 13 augustus 2013; RSJ 13/2553 SGA, 13 augustus 2013; 13/2551/SGA, 13 augustus 2013; RSJ 13/2706/SGA, 23 augustus 2013; RSJ 13/2710/SGA, 23 augustus 2013; RSJ 13/8182/SGA, 2 oktober 2013; RSJ 13/3520/SGA, 28 oktober 2013.

²⁴³ RSJ 13/2782/SGA, 28 augustus 2013; RSJ 13/2552/GA, 3 december 2013; RSJ 13/2616/GA, 3 december 2013; RSJ 13/2542/GA, 3 december 2013; RSJ 13/2880/GA, 22 januari 2014; RSJ 13/2707/GA, 23 januari 2013; RSJ 14/0147/SGA, 23 januari 2014; RSJ 14/0337/SGA, 10 februari 2014; RSJ 13/2497/GA, 14 februari 2014; RSJ 14/0336/GA, 17 maart 2014.

²⁴⁴ RSJ 13/2782/SGA, 28 augustus 2013.

meerdere uitspraken op dat – nu er geen schorsing openstaat tegen de voorgenomen beslissing tot (a-)dwangbehandeling – zij het noodzakelijk acht dat een tijdsperiode van 72 uur in acht wordt genomen tussen het nemen van de beslissing tot dwangbehandeling door de directeur en de daadwerkelijke uitvoering van deze beslissing.²⁴⁵ Dit laatste (thans overigens [nog] geen gangbare praktijk in de PPC's) is natuurlijk een prima wijze om de interne rechtspositie van de gedetineerde te versterken en gelijk te trekken met die van de GGZ-patiënt, maar dan dient dit mijns inziens eveneens te gelden voor de b-dwangbehandeling (ook op dit punt beveel ik een gelijktrekking aan tussen beide dwangmodaliteiten). Tevens zou dan mijns inziens de in acht te nemen termijn van 3 werkdagen tussen het voornemen tot dwangbehandeling en de beslissing daartoe moeten komen te vervallen, enerzijds vanwege eerdergenoemde onzinnigheid daarvan, anderzijds omdat de uitvoering van de dwangbehandeling anders onnodig vertraagd zou worden met als consequentie een verlenging van het psychisch lijden van de gedetineerde.²⁴⁶

Tot slot is er een verschil in escalatiemogelijkheid bij het klachtrecht van de gedetineerde versus dat van de GGZ-patiënt inzake dwangbehandeling. Zoals vermeld in paragraaf 2.4.1 heeft de GGZ-patiënt de mogelijkheid om tegen het niet tijdig nemen van een beslissing op en tegen het ongegrond verklaren van de klacht door de klachtencommissie, al dan niet via de Inspectie, de klacht voor te leggen aan de rechter. Daarna staat tegen de beslissing van de rechter beroep in cassatie open bij de Hoge Raad. Voor de klagende gedetineerde staan daarentegen na een beroep bij de RSJ geen verdere rechtsmiddelen (op nationaal niveau) open. Het zou mijns inziens beter zijn indien ook op dit onderdeel de interne rechtspositie van de gedetineerde in overeenstemming zou worden gebracht met die van de GGZ-patiënt. Immers, in de praktijk wordt van genoemde cassatiemogelijkheid bij dwangbehandeling blijkens de jurisprudentie gebruik gemaakt, hetgeen als voordeel een uitleg van BOPZ begrippen

²⁴⁵ RSJ 13/2542/GA, 3 december 2013; RSJ 13/2493/GA, 3 december 2013; RSJ 13/2880/GA, 22 januari 2014; RSJ 13/2707/GA, 23 januari 2013; RSJ 13/2497/GA, 14 februari 2014.

²⁴⁶ Ook de RSJ adviseert om zowel ten aanzien van de a- als de b-dwangbehandeling een termijn in acht te nemen tussen de feitelijke beslissing tot dwangbehandeling en de start van de uitvoering ervan. Op deze manier krijgt de justitiabele patiënt de tijd om een rechtsmiddel aan te wenden, zoals een schorsingsverzoek. Daarmee zou de rechtspositie van de justitiabelen beter gediend worden. De RSJ denkt hierbij overigens aan een termijn van 7 dagen, welke mijns inziens te lang is.

meebrengt.²⁴⁷ Echter, een dergelijke aanpassing zal mijns inziens in de praktijk op bezwaren stuiten. In zijn algemeenheid staat het rechtsmiddel cassatie namelijk niet open tegen beslissingen van de RSJ en voorts valt te verwachten dat de RSJ bezwaar zal maken tegen genoemde aanpassing.²⁴⁸

3.3 Toekomstige wetgeving en zorg-geïnduceerde dwang

Het in paragraaf 1.4 reeds behandelde wetsvoorstel WFZ biedt de juridische basis voor de organisatie (in brede zin) van forensische zorg welke verleend wordt binnen het kader van een strafrechtelijke titel of maatregel. Deze wet brengt een substantiële verruiming mee van de mogelijkheden tot dwangopname doordat artikel 2:3 WFZ het huidige art. 37 PBW zal vervangen en verbreden en tevens doordat hetzelfde artikel de WFZ verbindt met de WVGGZ waardoor het mogelijk wordt om in elke fase van het strafrechtelijk traject²⁴⁹ te kiezen voor de aanvraag bij de strafrechter van een zorgmachtiging conform de WVGGZ. Daarbij komt ook nog dat de WVGGZ zelf meer mogelijkheden zal geven voor dwangopname (gelet op het ‘schadecriterium’) en dwangbehandeling dan de huidige Wet BOPZ, hetgeen naar verwachting zal leiden tot meer dwangtoepassing (zie eerder bij paragraaf 2.5). Zodoende dragen beide wetsvoorstellen (samen) bij aan de verbetering van de (juridische) mogelijkheden tot (continuïteit van) zorgverlening aan justitiabelen²⁵⁰ en daarmee hopelijk ook aan de vermindering van recidive delictgedrag. Tevens is daarbij het equivalentiebeginsel een algemeen uitgangspunt, inhoudende dat vergelijkbare psychische problematiek noodzaakt tot een buiten het kader van forensische zorg vergelijkbare behandeling van een gelijk kwalitatief niveau. Of een persoon verdacht wordt van een strafbaar feit, of

²⁴⁷ Bijvoorbeeld HR (09/04265), 29-01-2010, *NJB* 2010, 33; HR (12/03589), 02-11-2012, *NJB* 2012, 2313.

²⁴⁸ Zie de reactie van de RSJ aan de Staatssecretaris van VenJ op het conceptwetsvoorstel tot wijziging van de Instellingswet RSJ d.d. 30 september 2013. In genoemd conceptwetsvoorstel wordt onder andere de mogelijkheid gecreëerd voor de Procureur-Generaal om bij de HR tegen uitspraken van de beroepscommissie van de RSJ cassatie in te stellen in het belang der wet. De RSJ onderschrijft weliswaar de belangen hierbij van rechtsvorming en rechtseenheid, doch ziet geen dringende noodzaak om het voorgestelde rechtsmiddel te introduceren en voert voorts praktische bezwaren aan.

²⁴⁹ Variërend van de voorfase van een strafrechtelijk procedure tot en met het einde dan wel de beëindiging van een strafrechtelijke titel respectievelijk maatregel.

²⁵⁰ Niet alleen de patiënt kan gedwongen worden tot opname en/of behandeling; ook de zorgaanbieder kan de patiënt minder makkelijk weigeren.

dat de rechter zich tevens heeft uitgesproken over een strafbaar feit, mag hierbij geen verschil maken.²⁵¹

Enerzijds wordt middels de WFZ en de WVGZ daarmee mijns inziens de mogelijkheid gecreëerd om de huidige praktijk te verbeteren in de zin dat er meer kans is dat psychiatrische patiënten die met justitie in aanraking komen niet tussen wal en schip geraken en dat zij sneller van de juiste zorg voorzien worden. Anderzijds gloren er al mogelijke bottlenecks aan de horizon. Immers, het is nog maar de vraag of zorgaanbieders kwantitatief (de GGZ zal de komende jaren 30% van haar klinische capaciteit afbouwen)²⁵² en kwalitatief (psychiatrische patiënten die met justitie in aanraking komen zijn vaak complex gestoord en hebben doorgaans meer intensieve zorg en een hogere mate van interne en externe beveiliging nodig dan ‘niet-delinquente’ patiënten)²⁵³ toegerust zijn op een toename van klinische en ambulante instroom van patiënten via justitie. Verder dient ook nog afgewacht te worden in hoeverre, met betrekking tot het thema dwang, de logistieke processen inzake de toepassing van de WFZ en meer nog de WVGZ in de praktijk al dan niet soepel gaan verlopen. Een ander mogelijk knelpunt dat kan worden ervaren als het gaat om de continuïteit tussen forensische en reguliere GGZ zorg, is het verschil tussen beide stelsels met betrekking tot beveiliging en behandeling. Bij justitie heeft de forensische zorg primair als doel het voorkomen van recidive en daarmee ‘de beveiliging van de maatschappij’, terwijl in de GGZ de behandeling van psychische stoornissen en de bevordering van autonomie en zelfbeschikking van de patiënt veel meer centraal staan. Er zijn signalen uit het veld dat justitie steeds minder risico’s accepteert, mogelijk als gevolg van druk uit de samenleving rond ontvluchtte TBS-ers. In de forensische indicatiestelling wordt de zorgbehoefte van de individuele patiënt meegewogen, maar het belang van recidivevermindering en veiligheid weegt zwaarder.²⁵⁴ Binnen de GGZ wordt daarentegen al jaren gestreefd naar reductie van dwangtoepassing. Deze tendensen zijn

²⁵¹ Mogelijke gevolgen WFZ en WVGZ voor de reguliere GGZ 2012, p. 7.

²⁵² Dit wordt nogal eens beargumenteerd vanuit de (mijns inziens op zich juiste) ideologie dat de psychiatrische patiënt met zo veel mogelijk autonomie en zelfbeschikking dient te functioneren in de maatschappij, echter hier betreft het primair een bezuinigingsmaatregel waarbij het nog maar moet blijken of de geraamde capaciteitsreductie in de praktijk haalbaar zal zijn en waarbij het mijns inziens niet uitgesloten is dat er juist een grotere instroom van psychiatrische patiënten in het ‘justitiekanaal’ zal ontstaan.

²⁵³ Dit roept tevens de vraag op in hoeverre de door de GGZ te leveren zorg betaalbaar zal blijken gelet op het financiële plafond dat is afgesproken in het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ.

²⁵⁴ Het forensische Zorgstelsel 2012, p. 24; De RSJ is van oordeel dat minister van VenJ nadrukkelijker ‘zorg’ als uitgangspunt moet nemen; Forensische zorg tijdens detentie 2012.

tegenstrijdig²⁵⁵ en kunnen in de praktijk tot problemen gaan leiden, zeker nu het OM verantwoordelijk blijft voor de uit te voeren strafrechtelijke beslissingen (dus ook voor een door de strafrechter opgelegde zorgmachtiging conform de WVGZ). Tot slot is er, gelieerd aan deze verantwoordelijkheid van het OM, nog een mogelijk probleem. Immers, er dient informatie inzake de aanvang en beëindiging van de zorg, het verloop van de behandeling en de activiteiten gericht op de nazorg verstrekt te worden door de zorgverlener aan de minister en aan het OM.²⁵⁶ Het College Bescherming Persoonsgegevens heeft zich reeds kritisch uitgelaten over deze schending van privacy van patiënten door de uitwisselingen van dergelijke gegevens tussen instanties, zonder dat daarvoor een afdoende juridische grondslag zou zijn.²⁵⁷ Mijns inziens moet in de praktijk gaan blijken (bij de evaluatie van de WFZ drie jaar na de inwerkingtreding ervan, zoals door de regering is toegezegd aan beide Kamers der Staten-Generaal) in hoeverre de privacy van de patiënt hierbij geborgd is.

Zoals reeds gesteld in paragraaf 1.4, omvat de WFZ geen regels inzake de interne rechtspositie van (justitiabele) patiënten, dus ook niet ten aanzien van zorggeïnduceerde dwangtoepassing binnen een instelling (zoals een PPC). De WVGZ daarentegen leidt, zoals al te lezen was in paragraaf 2.5, tot een versterking van de rechtspositie van patiënten aan wie tegen hun wil zorg wordt verleend (dit afgezet tegen de huidige Wet BOPZ), onder ander door uit te gaan van ‘stepped care’, van een (op specifieke dwangtoepassing anticiperende) zorgmachtiging op maat en van het beginsel van wederkerigheid. Voorts wordt ook de rol van familie en naasten van de patiënt in de WVGZ verstevigd.²⁵⁸ Zoals reeds hiervoor betoogd in paragraaf 3.2 en verder, zijn de waarborgen voor en de rechtspositie van de gedetineerde inzake gedwongen zorg met de inwerkingtreding van de Wet onvrijwillige geneeskundige behandeling deels in lijn gebracht met die van de GGZ-patiënt. Echter, er is een ‘restkloof’ die, zoals mag blijken uit het voorgaande, met de komst van de WVGZ nog wat groter zal worden. Deze ‘restkloof’ kan verkleind worden middels het overnemen en uitvoeren van de adviezen welke ik vanaf paragraaf 3.2 formuleerde.

²⁵⁵ Mogelijke gevolgen WFZ en WVGZ voor de reguliere GGZ 2012, p. 18.

²⁵⁶ Het forensische Zorgstelsel 2012, p. 19.

²⁵⁷ Mogelijke gevolgen WFZ en WVGZ voor de reguliere GGZ 2012, p. 27.

²⁵⁸ Kamerstukken II, 2009-2010, 32 399, nr. 3.

Een vooruitgang voor de gedetineerde patiënt is dat, bij inwerkingtreding van de WFZ en de WVGGZ, voor genoemde patiënt bij een opname in een GGZ instelling, de rechtspositie zoals opgenomen in de WVGGZ zal gelden.²⁵⁹ Voor de situatie waarin de WFZ reeds in werking zou treden en de WVGGZ nog niet, heeft de regering toegezegd²⁶⁰ om artikel 51 van de Wet BOPZ conform het verzoek van GGZ Nederland²⁶¹ aan te passen door forensische titels toe te voegen aan de titels waarbij de interne rechtspositie van de Wet BOPZ geldt.²⁶²

3.4 Conclusie

In de hoofdstukken 1 en 2 zijn de deelvragen zoals geformuleerd in de inleiding van deze scriptie voornamelijk op beschrijvende wijze beantwoord. In onderhavig hoofdstuk tot dusverre werden de (huidige en toekomstige) externe en interne rechtspositie van de in een PPC verblijvende gedetineerde psychiatrische patiënt inzake zorg-geïnduceerde dwangtoepassing kritisch beschouwd, onder andere door deze te vergelijken met die van de GGZ-patiënt. Deze beschouwing leidt tot de conclusie (en daarmee de beantwoording van de centrale onderzoeksvraag) dat de mogelijkheden (daarbij inbegrepen de waarborgen voor en de rechtspositie van de PPC-patiënt) voor zowel een gedwongen plaatsing in een PPC als het aldaar toepassen van dwangbehandeling (hier in brede zin bedoeld) dusdanig verschillen (veelal in het nadeel van de gedetineerde) van gedwongen GGZ zorg dat er niet voldaan wordt aan het equivalentiebeginsel. Ofschoon met de inwerkingtreding van de Wet onvrijwillige geneeskundige behandeling een stap in de goede richting gezet is doordat daardoor de discrepantie tussen de PBW en de Wet BOPZ ter zake verminderd is en ofschoon de invoering van de WFZ en de WVGGZ een nog verdere harmonisatie zal bewerkstelligen, zal deze onvolledig zijn, waarbij de praktijk zal moeten uitwijzen in welke mate er op de lange

²⁵⁹ In de nadere memorie van antwoord inzake het wetsvoorstel WFZ (aangeboden aan de Eerste Kamer der Staten-Generaal op 23 januari 2014) wordt gesteld: “Voor wat betreft de situatie waarin zowel de WFZ en de WVGGZ in werking zijn getreden, geldt vooruitlopend op de harmonisatie van rechtsposities dat de (interne) rechtspositie van de forensische patiënt die is opgenomen in een reguliere GGZ-instelling op dezelfde grondslag berust als die van degene die in een instelling verblijft op basis van een machtiging. Dat is de rechtspositie zoals die voortvloeit uit de WVGGZ.” Zie www.rijksoverheid.nl.

²⁶⁰ Nadere memorie van antwoord inzake het wetsvoorstel WFZ d.d. 23 januari 2014.

²⁶¹ Brief (d.d. 01 oktober 2013) van GGZ Nederland aan de Vaste Commissie voor Veiligheid en Justitie inzake ‘Inbreng nader verslag WFZ’.

²⁶² Voor de PPC patiënt is van belang dat het hier ook de artikelen 15 lid 5 en 43 lid 3 van de PBW betreft omdat uitplaatsing van de gedetineerde naar een GGZ instelling tijdens de lopende detentie doorgaans op grond van deze beide strafrechtelijke titels plaatsvindt.

termijn een kloof zal blijven bestaan. Daar waar ik het opportuun achtte (en dat gold niet voor alle discrepanties nu eenmaal rekening gehouden dient te worden met de detentiesetting) gaf ik aanbevelingen (zie bij de voorgaande paragrafen) met behulp waarvan een hogere graad van harmonisatie mogelijk is daarmee meer recht doend aan het equivalentiebeginsel.

Literatuurlijst

- **Birmingham, Wilson & Adshead 2006**
L. Birmingham, S. Wilson & G. Adshead, 'Prison medicine: ethics and equivalence', *British Journal of Psychiatry* (188), 2006, p. 4-6.

- **De Jonge & Cremers 2008**
G. de Jonge & H. Cremers, *Bajesboek; Handboek voor gedetineerden*, Breda: Stichting Uitgeverij Papieren Tijger 2008.

- **Engberts & Kalkman-Bogerd 2009**
D.P. Engberts & L.E. Kalkman-Bogerd, *Gezondheidsrecht*, Houten: BohnStafleu Van Loghum 2009.

- **Forensische zorg tijdens detentie 2012**
Forensische zorg tijdens detentie, RSJ 27 september 2012 (www.rsj.nl).

- **Handboek rechtspositie gedetineerden 2006**
Handboek rechtspositie gedetineerden, Den Haag: SDU Uitgevers B.V. 2006.

- **Het forensische Zorgstelsel 2012**
Het forensische Zorgstelsel. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Stoornis en delict, Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2012.

- **Kelk 2008**
C. Kelk, *Nederlands detentierecht*, Deventer: Kluwer 2008.

- **Leenen, Dute & Kastelein 2008**

H.J.J. Leenen, J.C.J. Dute & W.R. Kastelein, *Handboek gezondheidsrecht Deel II. Gezondheidszorg en recht*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2008.

- **Lines 2008**

R. Lines, 'The right to health of prisoners in international human rights law', *International Journal of Prisoner Health* (4) 2008, p. 3-53.

- **Lines 2006**

R. Lines, 'From equivalence of standards to equivalence of objectives: the entitlement of prisoners to healthcare standards higher than those outside prisons', *International Journal of Prisoner Health* (2) 2006, p. 269-280.

- **Melden in het kader van de Wet BOPZ aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg 2002**

Melden in het kader van de Wet BOPZ aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, Bulletin IGZ september 2002.

- **Mogelijke gevolgen WFZ en WVGZ voor de reguliere GGZ 2012**

Mogelijke gevolgen WFZ en WVGZ voor de reguliere GGZ. Achtergrondstudie bij het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Amsterdam: Indigo Beleidsonderzoek en Advies 2012.

- **Nuijen 2010**

J. Nuijen, *Tendrapportage GGZ 2010. Deel 2. Toegang en zorggebruik*, Utrecht: Trimbosinstituut 2010, p. 115-122.

- **Over de Wet bopz 2009**

Over de Wet bopz; Actueel overzicht van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, Den Haag: Ministerie van VWS 2009.

- **Penitentiair Psychiatrische Centra Facts & Figures 2012**
Penitentiair Psychiatrische Centra Facts & Figures, Den Haag: DJI 2012.

- **Schoevaerts, e.a. 2013**
K. Schoevaerts e.a., 'Stijging van het aantal gedwongen opnames in België en Nederland: een epidemiologische analyse', *Tijdschrift voor psychiatrie* (55) 2013, p. 45-55.

- **Smit & Boogaart 1989**
J. Smit & M. Boogaart, *Gedwongen opneming in Nederland. Een beschrijving van de rechtspleging in het kader van de Krankzinnigenwet*, Deventer: Kluwer 1989.

- **Terugdringen separeren stagneert, normen vereist rondom insluiting psychiatrische patiënten 2011**
Terugdringen separeren stagneert, normen vereist rondom insluiting psychiatrische patiënten. Uitkomsten inspectieonderzoek naar de preventie van separeren 2008-2011, Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg 2011.

- **Van Tilburg 2008**
W. van Tilburg e.a. (red.), *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling*, Utrecht: De Tijdstroom 2008.

- **Van Veen & Olsthoorn-Heim 2008**
E.B. van Veen & E.T.M. Olsthoorn-Heim, *De WGBO. De betekenis voor hulpverleners in de gezondheidszorg*, Den Haag: SDU Uitgevers 2008.

- **Vlach & Daniel 2007**
D. Vlach & A.E. Daniel, 'Commentary: evolving toward equivalence in correctional mental health care – a view from the maximum security trenches',

The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law (35) 2007, p. 436-438.

- **Wilson 2004**

S. Wilson, 'The principle of equivalence and the future of mental health care in prisons', *British Journal of Psychiatry* (184) 2004, p. 5-7.