

# Thematische Wetsevaluatie Gedwongen zorg



Programma Evaluatie Regelgeving



**ZonMw**

In de reeks evaluatie regelgeving zijn de volgende publicaties verschenen:

- 1 Bereidheid tot donatie van sperma bij opheffing van anonimiteitwaarborg
- 2 Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector
- 3 Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
- 4 Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen
- 5 Evaluatie Wet op het bevolkingsonderzoek
- 6 Evaluatie Wet op de medische keuringen
- 7 Evaluatie Wet op bijzondere medische verrichtingen
- 8 Evaluatie Kwaliteitszorg zorginstellingen
- 9 Evaluatie Wet op de orgaandonatie
- 10 Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
- 11 Evaluatie Tijdelijk besluit verplichte verzekering bij medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
- 12 Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- 13 Onderzoek No-fault compensatiesysteem
- 14 Evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
- 15 Tweede evaluatie Wet op de orgaandonatie
- 16 Onderzoek WKCZ klachtbehandeling in ziekenhuizen
- 17 Evaluatie Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
- 18 Evaluatie Wet op de dierproeven
- 19 Evaluatie Wet afbreking zwangerschap
- 20 Evaluatie Embryowet
- 21 Derde evaluatie Wet op de orgaandonatie
- 22 Tweede evaluatie Wet op de medische keuringen
- 23 Evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
- 24 Tweede evaluatie Wet inzake bloedvoorziening
- 25 Evaluatie Wet foetaal weefsel
- 26 Evaluatie Reclamebesluit geneesmiddelen
- 27 Evaluatie Zorgverzekeringswet en Wet op de Zorgtoeslag
- 28 Evaluatie Wet marktordening gezondheidszorg
- 29 Thematische Wetsevaluatie Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging
- 30 Tweede evaluatie Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen
- 31 Sterfgevallenonderzoek 2010
- 32 Evaluatie Embryowet en Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting
- 33 Tweede evaluatie Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding
- 34 Thematische Wetsevaluatie Zelfbeschikking in de zorg
- 35 Achtergrondstudies Zelfbeschikking in de zorg
- 36 Evaluatie Regeling centrale deskundigencommissie late zwangerschapsafbreking in een categorie 2-geval en levensbeëindiging bij pasgeborenen
- 37 Tweede evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg
- 38 Thematische Wetsevaluatie Bestuursrechtelijk toezicht op de kwaliteit van de zorg
- 39 Thematische Wetsevaluatie Gedwongen zorg

Deze rapporten zijn te downloaden en in de meeste gevallen ook te bestellen via [www.zonmw.nl/publicaties](http://www.zonmw.nl/publicaties)

# Thematische wetsevaluatie

## Gedwongen zorg

Prof. mr. J. Legemaate <sup>1</sup>

Mr. dr. M.C. Ploem <sup>1</sup>

Mr. dr. J. uit Beijerse <sup>2</sup>

Prof. mr. P.A.M. Mevis <sup>2</sup>

Mr. dr. drs. M.J.F. van der Wolf <sup>2</sup>

Mr. C.P.M. Akerboom <sup>3</sup>

Mr. M.J. Schol <sup>3</sup>

Prof. dr. H.B. Winter <sup>3</sup>

Mr. N.O.M. Woestenburg <sup>3</sup>

1 AMC/Universiteit van Amsterdam

2 Erasmus Universiteit Rotterdam

3 Pro Facto Groningen

## Colofon

ZonMw stimuleert gezondheidsonderzoek en zorginnovatie.

Vooruitgang vraagt om onderzoek en ontwikkeling. ZonMw financiert gezondheidsonderzoek én stimuleert het gebruik van de ontwikkelde kennis – om daarmee de zorg en gezondheid te verbeteren.

ZonMw heeft als hoofdpdrachtgevers het ministerie van VWS en NWO.

Voor meer informatie over het programma Evaluatie Regelgeving kunt u contact opnemen met het secretariaat via [er@zonmw.nl](mailto:er@zonmw.nl) of telefoon 07349 5128.

ZonMw

Laan van Nieuw Oost Indië 334

Postbus 93245

2509 AE Den Haag

T 070 349 5111

F 070 349 5100

[www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl)

250/09/2014/ZW, ISBN 9789057631412

Opmaak en productiebegeleiding: Piasau, Zoetermeer

(T 06 5534 7977, [info@piasau.nl](mailto:info@piasau.nl))

Vormgeving omslag: Katja Hilberg, Rotterdam

(T 06 1735 6488, [info@katjahilberg.nl](mailto:info@katjahilberg.nl))

Fotografie Dieter Schütte

Druk: Schultenprint, Zoetermeer

(T 079 362 3612, [info@schultenprint.nl](mailto:info@schultenprint.nl))



De gebruiker mag het werk kopiëren, verspreiden en doorgeven, dan wel remixen (afgeleide werken maken), onder de volgende voorwaarden: *Naamsvermelding* (de gebruiker dient bij het werk de door de maker of de licentiegever aangegeven naam te vermelden, maar niet zodanig dat de indruk gewekt wordt dat zij daarmee instemmen met uw werk of uw gebruik van het werk), *Niet-commercieel* (de gebruiker mag het werk niet voor commerciële doeleinden gebruiken) en *Gelijk delen* (indien de gebruiker het werk bewerkt kan het daaruit ontstane werk uitsluitend krachtens dezelfde licentie als de onderhavige licentie of een gelijksoortige licentie worden verspreid) *met inachtneming van*: afstandname van rechten (de gebruiker mag afstand doen van een of meerdere van deze voorwaarden met voorafgaande toestemming van de rechthebbende), publiek domein (indien het werk of een van de elementen in het werk zich in het publieke domein onder toepasselijke wetgeving bevinden, dan is die status op geen enkele wijze beïnvloed door de licentie), overige rechten (onder geen beding worden volgende rechten door de licentie-overeenkomst in het gedrang gebracht: (i) het voorgaande laat de wettelijke beperkingen op de intellectuele eigendomsrechten onverlet; (ii) de morele rechten van de auteur en (iii) de rechten van anderen, ofwel op het werk zelf ofwel op de wijze waarop het werk wordt gebruikt, zoals het portretrecht of het recht op privacy).

*Let op:* Bij hergebruik of verspreiding dient de gebruiker de licentievoorwaarden van dit werk kenbaar te maken aan derden.

# Inhoudsopgave

Woord vooraf	5
Dankwoord	7
Beknopte samenvatting	9
Gebruikte afkortingen	13
1 Inleiding	15
1.1 Aanleiding voor het onderzoek	15
1.2 Onderzoeksvragen	15
1.3 Bijzondere aspecten	16
1.4 Onderzoeksmethoden	17
1.5 Leeswijzer	18
2 Internationale normen	19
2.1 Inleiding	19
2.2 De Raad van Europa	20
2.3 De Verenigde Naties	38
2.4 Conclusies	50
3 Gedwongen zorg in de ggz, verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric	53
3.1 Inleiding	53
3.2 Wet BOPZ	63
3.3 Empirisch onderzoek	73
3.4 Wetsvoorstel verplichte GGZ	96
3.5 Wetsvoorstel zorg en dwang	114
3.6 Analyse	123
3.7 Ter afsluiting	141

4	Gedwongen forensische zorg (voor volwassenen)	143
4.1	Inleiding	143
4.2	Wetgeving met betrekking tot het opleggen van modaliteiten en overplaatsen (externe rechtspositie)	165
4.3	Grensverkeer	177
4.4	Wetgeving met betrekking tot de interne rechtspositie	201
4.5	Analyse	240
4.6	Ter afsluiting	251
5	Gedwongen zorg in de jeugdhulp en het jeugdstrafrecht	253
5.1	Inleiding	253
5.2	De wetgeving met betrekking tot de oplegging van het regime vergeleken	261
5.3	De wetgeving met betrekking tot het regime vergeleken	272
5.4	Grensverkeer	305
6	Conclusies en aanbevelingen	325
6.1	Inleiding	325
6.2	De hoofdpunten uit het empirisch onderzoek	326
6.3	De context van de wetgeving	332
6.4	Conclusies en aanbevelingen op basis van de sectorhoofdstukken	339
6.5	Een intersectorale vergelijking op hoofdpunten	362
6.6	De onderzoeksvragen: een afsluitende reactie op systeemniveau	383
	Referenties	389
A	Samenstelling Begeleidingscommissie	401
B	Samenstelling Commissie evaluatie regelgeving	403
C	Methodologische verantwoording	405
D	Vragenlijst	411
E	Resultaten enquête	421
F	Deelnemers focusgroepen	437
G	Schema's	439
	Schema A Externe en interne rechtspositie Wet Bopz, Wvvgg en WZD	439
	Schema B Externe rechtspositie forensische zorg	453
	Schema C Rechtspositie tijdens regime forensische zorg	476
	Schema D Gedwongen zorg jeugdhulp en jeugdstrafrecht: rechtspositie bij oplegging regime	508
	Schema E Gedwongen zorg jeugdhulp en jeugdstrafrecht: rechtspositie tijdens regime	517

## Woord vooraf

Door betrokkenen uit de praktijk en in de Tweede Kamer wordt al geruime tijd aangedrongen op vergelijking en indien mogelijk harmonisatie van de rechtspositie bij gedwongen zorg die wordt opgelegd in het kader van de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen, de Wet op de jeugdzorg, de Justitiële Beginselenwetten en aanpalende wetgeving zoals de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst. Onder deze wetgeving bestaan verschillende rechtsposities voor justitiabelen, jongeren met gedragsproblemen, psychiatrische patiënten, verstandelijk beperkten en geriatrische patiënten, terwijl de problematiek van deze personen vaak vergelijkbaar is. Daarnaast bestaat het vermoeden dat door deze verschillen de betrokken niet altijd de zorg krijgen die ze nodig hebben.

Op grond van deze overwegingen is de Commissie evaluatie regelgeving gevraagd een thematische wetsevaluatie naar de rechtspositie bij gedwongen zorg uit te doen voeren. Daarbij zou niet alleen de bestaande, maar ook de voorgenomen wetgeving op dit terrein betrokken moeten worden. In het onderhavige rapport is het resultaat van de analyse aan te treffen.

Zonder te kort te willen doen aan de rijkdom aan inzichten die dit onderzoek heeft opgeleverd, licht ik er hieronder een tweetal uit.

Het onderzoek geeft een bijzonder indringend beeld van het omvangrijke en heterogene karakter van het wetgevingscomplex op het terrein van gedwongen zorg. De onderzoekers constateren dat de regelingen, op een enkele uitzondering na, nimmer in de sleutel van vergelijking en (eventuele) harmonisatie zijn geplaatst. Zij bepleiten dan ook een intensivering van de wetgevingsregie, maar door ook de 'logica' achter de verschillen te analyseren blijven ze hierbij niet steken in voor de hand liggende algemeenheden. Hun oproep aan ministeries om naar wetgevingscomplexen als geheel te kijken en daarbij niet af te wachten, maar actief momenten van reflectie op te zoeken verdient krachtige ondersteuning.

Eenzelfde soort weldadig realisme spreekt uit de aandacht die de onderzoekers schenken aan de context van de wetgeving en de vraag wat regelgeving in dit kader vermag. Terecht wijzen zij er op dat effecten en impact van een wettelijke regelingen in belangrijke mate kunnen worden bepaald door oorzaken en omstandigheden die met de inhoud van deze regelingen als zodanig weinig te maken hebben. In dit verband besteden de onderzoekers aandacht aan de beschikbaarheid van de

juiste plaatsen, het financieringssysteem, capaciteitstekorten, de toenemende ambulantisering van de (gedwongen) zorg en de betekenis van cultuurverschillen. Door de wet- en regelgeving op het terrein van de gedwongen zorg te analyseren met inachtneming van de dynamiek van deze ruimere context krijgen de conclusies en aanbevelingen meer praktische betekenis.

Dat er op onderdelen discussie kan zijn over de uitkomsten van het onderzoek, en die werd in de Begeleidingscommissie dan ook hartstochtelijk gevoerd, neemt niet weg de commissie van mening is dat de onderzoekers voortreffelijk werk hebben geleverd. Een woord van dank is hier op zijn plaats aan de leden van de begeleidingscommissie die met hun kritisch-constructieve commentaar zeker hebben bijgedragen aan de kwaliteit van het resultaat.

Prof. dr. T.E.D van der Grinten  
Voorzitter Begeleidingscommissie



## Dankwoord

In dit omvangrijke project hebben, naast de onderzoeksgroep, ook vele anderen geparticipeerd. Wij willen hen graag bedanken voor de bereidheid om aan dit onderzoek mee te werken.

Graag bedanken wij de leden van onze adviesgroep (prof. dr T. Doreleijers, mr. R. Keurentjes, prof. dr. H. van Marle, mr. drs. R. Zuiderhoudt) voor hun stimulerende opmerkingen en adviezen. Veel dank zijn wij voorts verschuldigd aan de voorzitter en de (adviserende) leden van de door ZonMw ingestelde begeleidingscommissie. De nuttige en plezierige discussies met de begeleidingscommissie hebben in belangrijke mate bijgedragen aan de inhoud en kwaliteit van dit onderzoeksrapport. Belangrijk was voorts de inzet en betrokkenheid van mr. M. Slijper (secretaris Commissie evaluatie regelgeving ZonMw).

Vele professionals, patiënten en andere betrokkenen waren respondent in het kader van het empirisch onderzoek: door deel te nemen aan een interview, een focusgroep of een gesprek tijdens een van de casestudies, maar ook door te reageren op onze vragenlijsten. De input van al deze respondenten was van groot belang.

Voorts danken we mr. drs. L. Noyon en mw. mr. drs. L. Postma (EUR) alsmede mr. L.F. de Jager en mr. M. Hollander (Pro Facto) voor de hulp bij de uitvoering van het onderzoek.

Namens de onderzoeksgroep,  
Johan Legemaate



## Beknopte samenvatting

Vanuit verschillende hoeken wordt al enige tijd aangedrongen op vergelijking en indien mogelijk harmonisatie van de rechtspositie bij gedwongen zorg. Onder de huidige en voorgenomen wetgeving hebben zowel jeugdigen als volwassenen verschillende rechtsposities terwijl de problematiek van deze personen vaak vergelijkbaar is. Deze thematiek leidt tot vragen en onduidelijkheden, te meer nu op het terrein van de gedwongen zorg aan jeugdigen en volwassenen omvangrijke wetgevingsoperaties gaande zijn. Op tal van deelterreinen binnen dit veld is sprake van recente of komende wetswijzigingen. Tegen deze achtergrond hebben de ministeries van VWS en V&J ZonMw verzocht een thematische wetsevaluatie gedwongen zorg te doen plaatsvinden. Dit rapport geeft de uitkomsten van deze evaluatie weer.

Deze thematische wetsevaluatie bestrijkt alle deelsectoren waar van gedwongen zorg sprake is:

- 1 de sectoren die thans onder de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) vallen: de algemene geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen en volwassenen, de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten;
- 2 de forensische zorg voor volwassenen (gevangeniswezen, tbs en forensische ggz);
- 3 de gesloten jeugdhulp en het jeugdstrafrecht.

De belangrijkste huidige en toekomstige wettelijke regelingen met betrekking tot gedwongen zorg zijn:

- Sector 1: de Wet Bopz, het wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvvggz) en het wetsvoorstel Zorg en Dwang (WZD);
- Sector 2: de Penitentiaire beginselenwet (Pbw), de Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden (Bvt) en het wetsvoorstel forensische zorg (Wfz);
- Sector 3: de Jeugdwet en de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen.

Van belang zijn ook internationale verdragen en richtlijnen met betrekking tot gedwongen zorg. Het rapport bevat daarvan een analyse waaruit naar voren komt dat Nederland in grote lijnen voldoet aan de normen die in deze internationale teksten besloten, maar dat er onderwerpen zijn waar een betere aansluiting tussen deze internationale teksten en de Nederlandse wetgeving is te realiseren.

Bijzonder aan deze thematische wetsevaluatie is de aandacht voor toekomstige wetgeving, in de vorm van een aantal wetsvoorstellen die ten tijde van dit onderzoek bij het parlement in behandeling waren. Het is niet ongebruikelijk om in het kader van een wetsevaluatie vooruit te kijken naar de inhoud en de mogelijk gevolgen van in voorbereiding zijnde aanpassingen van de wetgeving die wordt geëvalueerd. Binnen deze thematische wetsevaluatie is evenwel van een geheel andere balans

sprake, door de omvang van in voorbereiding zijnde wetsaanpassingen, in het bijzonder waar het gaat om de sectoren die thans onder de Wet Bopz vallen. Dit heeft ook gevolgen gehad voor het empirisch onderzoek dat ten behoeve van deze wetsevaluatie is uitgevoerd, welk onderzoek zich heeft beperkt tot de inhoud en de effecten van de geldende wetgeving.

Het empirisch onderzoek heeft een aantal verschillen aan het licht gebracht tussen de Bopz-sector (inclusief jeugdigen), de forensische sector en de gedwongen zorg voor jeugdigen in het jeugdstrafrecht en in de jeugdzorg. Veelal zijn die verschillen te verklaren door de doelstellingen van de achterliggende wetgeving. Niet alle verschillen zijn echter te rechtvaardigen. Doordat er in instellingen cliënten, patiënten en jeugdigen met diverse juridische titels en rechtsposities verblijven, ontstaat er soms lastig uit te leggen ongelijkheid in de rechtspositie van cliënten, patiënten en jeugdigen. Deze ongelijkheid is lang niet altijd inhoudelijk gemakkelijk te rechtvaardigen. Het zou daarom wenselijk zijn de interne rechtspositie zo veel mogelijk te harmoniseren. Hiermee kan ook een deel van de knelpunten worden opgelost. Niet alle knelpunten vinden echter hun oorsprong in het wettelijk systeem. Een deel ervan is ook gelegen in het gebrek aan beschikbaarheid van de juiste plaatsen, het financieringssysteem en capaciteitstekorten. Naast harmonisatie van wetgeving verdienen derhalve ook die aspecten de aandacht.

Ook in de juridische analyse van de geldende en toekomstige wetgeving kwamen tal van onderwerpen naar voren die niet zozeer de inhoud als wel de context van de wetgeving en het wetgevingsbeleid betreffen. Het gaat daarbij om thema's die in sterke mate kunnen bepalen in welke mate de doelstellingen van wettelijke regelingen worden bereikt, of thema's die van belang zijn met betrekking tot de uitgangspunten en de opzet van wettelijke regelingen binnen het onderzochte gebied. In zoverre zijn de kunnen deze onderwerpen van directe betekenis voor het wetgevingsbeleid in algemene zin op het terrein van gedwongen zorg. Daarbij gaat het om onderwerpen als de mate van wetgevingsregie, de betekenis van internationale verdragen en richtlijnen, de betekenis van cultuur(verschillen), de toenemende ambulantisering van de (gedwongen) zorg en de aanwezigheid van personen met verschillende rechtsposities binnen één instelling.

Uit de analyses van de wetgeving komen tal van verschillen in rechtspositie naar voren, verschillen die ten dele verklaarbaar en te rechtvaardigen zijn. Op een aantal punten wordt in het onderzoek voorgesteld verschillen weg te nemen, omdat daarvoor onvoldoende gronden bestaan. Tegelijkertijd maakt het onderzoek duidelijk dat het een illusie is te denken dat op een 'case by case' basis kan worden beoordeeld of harmonisatie wenselijk is, en zo ja, tot welke concrete wettelijke regeling dat zou moeten leiden. Dat heeft ermee te maken dat de onderzochte wettelijke regelingen verschillende doelen nastreven, en deels gebaseerd zijn op verschillende uitgangspunten en concepten van rechtsbescherming. Vaak gaat het daarbij, per wet, om bewuste keuzes van de wetgever. Zo kiest de Jeugdwet met betrekking tot de gesloten jeugdhulp voor een, deels op de Wet Bopz gebaseerde, globale regeling van aspecten van gedwongen zorg, waar de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen (Bjj), in het voetspoor van de andere justitiële beginselenwetten, veel gedetailleerder is uitgewerkt. Daarnaast is gedwongen zorg in de Jeugdwet vormgegeven door middel van wettelijke beperkingen, terwijl het in de Bjj gaat om uitzonderingen op wettelijke rechten. Ook de komende Wvvgz en WZD lopen sterk uiteen, waar het gaat om de aard en uitwerking van de geboden rechtsbescherming. Enerzijds staan dergelijke verschillen niet in de weg aan een aantal

aanbevelingen voor harmonisatie, anderzijds staan conceptuele verschillen tussen wetten daaraan uiteraard ook in de weg. Werkelijke harmonisatie op (deel)themaniveau is dan pas mogelijk nadat de verschillen in uitgangspunten en concepten van rechtsbescherming tussen wetten zijn weggenomen of verminderd, zo zulks al mogelijk of wenselijk is. Het zal dus altijd moeten gaan om harmonisatie op twee niveaus: op het niveau van de wettelijke regelingen als zodanig, inclusief de daaraan ten grondslag liggende uitgangspunten en beginselen, en op het niveau van deelthema's binnen wettelijke regelingen. Handhaving of vergroting van verschillen op het eerste niveau zullen harmonisatie op het tweede niveau voortdurend in de weg staan. Dat vraagt om meer wetgevingsregie dan waarvan tot nu toe sprake is. Het is juist ook mede tegen deze achtergrond dat in het rapport kritische kanttekeningen worden geplaatst bij de aanzienlijke verschillen tussen Wvvgz en WZD. Dat geldt ook voor de in de komende Wet forensische zorg nog niet consequent doorgedachte overgangsmogelijkheden tussen strafrecht en GGZ, die mede gecompliceerd worden door de grote toename aan voorwaardelijke titels van zorg in strafrechtelijk kader.

De vraag of het toekomstige wettelijke stelsel een samenhangend en consistent geheel vormt kan niet zonder meer bevestigend beantwoord worden. Genoemd werden al de verschillen in uitgangspunten en concepten van rechtsbescherming tussen de bestaande wettelijke regelingen. Die verschillen nemen in de toekomst alleen maar toe, niet alleen door de vervanging van de Wet Bopz door de Wvvgz en WZD, maar ook door de verschillen tussen deze beide nieuwe wetten. Daar komt nog eens bij dat de op gedwongen zorg betrekking hebbende onderdelen van de Jeugdwet en de drie justitiële beginselenwetten nog relatief recent zijn gemodelleerd naar overeenkomstige onderdelen van de Wet Bopz, maar dat die wet nu juist vervangen zal worden door de op geheel andere uitgangspunten gebaseerde Wvvgz. Die wetswisseling roept ook vragen op met betrekking tot de (mogelijkheden tot) aansluiting tussen de forensische zorg en de reguliere GGZ, nu de Wfz vooral in relatie tot de Bopz is opgesteld. De in relatie tot de Wet Bopz in die context ervaren problemen zijn minder eenvoudig op te lossen doordat de Wvvgz mogelijk nieuwe aansluitingsproblemen introduceert. Nu is daar, zoals wij hierboven al noemden, wellicht een mouw aan te passen door een flexibele inzet van de Wvvgz-zorgmachtiging, maar dat doet er niet aan af dat de Wvvgz wezenlijk andere uitgangspunten hanteert dan de huidige wetgeving in de forensische zorg (zoals de Bvt).

Zal de toekomstige wetgeving bijdragen aan het oplossen van de problemen die in de huidige praktijk ervaren worden? Dat staat dus gelet op het bovenstaande niet vast, maar is ook niet uitgesloten. Dat laatste heeft er mee te maken dat een deel van het effect van een wet wordt bepaald door de inhoud ervan, maar een ander deel door de wijze van toepassing in de praktijk. Daar zouden effecten kunnen optreden die positief te waarderen zijn. De aanbevelingen die in dit onderzoek worden gedaan met betrekking tot (onderdelen van) de nieuwe wetgeving, zouden daaraan nog verder kunnen bijdragen. Waar het bij de ontwikkeling en de parlementaire behandeling van wetsvoorstellen als de Wvvgz, de WZD en de Wfz aan afstemming en samenhang heeft ontbroken, is het belangrijk dat deze wetsvoorstellen op basis van de aanbevelingen uit dit onderzoek nog worden aangepast en voorts dat zij, na de inwerkingtreding, gelijktijdig en in samenhang worden geëvalueerd.

Het onderzoek als geheel maakt duidelijk dat de vervolgstap naar harmonisatie van wetgeving inzake de rechtspositie bij gedwongen zorg geen eenvoudige operatie is. De moeilijkheid ervan vloeit voort uit zowel de wezenlijke verschillen tussen sectoren en degenen die daarin verblijven ten einde

gedwongen zorg te ontvangen, als de van oudsher bestaande verschillen tussen sectoren en door het feit dat voor komende wetgeving het waar mogelijk harmoniseren van dergelijke verschillen niet tot uitgangspunt van wetgeving en wetgevingsregie is genomen. Wezenlijke verschillen zullen ook in de toekomst van betekenis aan de orde blijven, zodat de nadruk steeds zal liggen op het ontdekken van nieuwe mogelijkheden voor harmonisatie.

Op basis van het uitgevoerde onderzoek zijn 62 aanbevelingen geformuleerd. Deze aanbevelingen betreffen deels de inhoud van de relevante wettelijke regelingen en de mate van samenhang daartussen, maar vloeien ook voort uit een thematische vergelijking van een aantal onderdelen van de rechtspositie van personen die gedwongen zorg ondergaan. De toelichting op deze aanbevelingen is te vinden in de par. 6.4, 6.5 en 6.6 van het onderzoeksrapport.

De aanbevelingen hebben betrekking op zowel de onderscheiden sectoren (aanbevelingen 1 tot met 38) als op specifieke thema's die binnen alle sectoren aan de orde zijn (aanbevelingen 39 tot en met 62). Nader uitgesplitst:

- Het domein van de huidige Wet Bopz (in de toekomst de Wvvgz en de WZD): aanbevelingen 1 tot en met 13;
- De forensische zorg voor volwassenen: aanbevelingen 14 tot en met 24;
- De zorg voor jeugdigen (gesloten jeugdhulp, jeugdstrafrecht, jeugd-GGZ): aanbevelingen 25 tot en met 38;
- Wettelijke begrippen: aanbeveling 39;
- Rechtsbescherming in het kader van de rechterlijke besluitvorming: aanbevelingen 40 en 41;
- Dwangbehandeling: aanbevelingen 42 tot en met 45;
- Toepassing mechanische middelen/fixatie: aanbevelingen 46 en 47;
- Afzondering/separatie: aanbeveling 48;
- Urinecontrole, onderzoek in het lichaam: aanbevelingen 49 tot en met 51;
- Cameraobservatie: aanbeveling 52;
- Beperking van briefverkeer: aanbeveling 53;
- Medisch dossier: bewaartermijn en inzage/vernietiging: aanbevelingen 54 en 55;
- Klachtrecht: aanbevelingen 56 tot en met 59;
- (Intern en extern) toezicht: aanbevelingen 60 en 61;
- Wetsevaluatie: aanbeveling 62.

## Gebruikte afkortingen

AMvB	algemene maatregel van bestuur
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
Awb	Algemene wet bestuursrecht
Bjj	Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen
BJz	Bureau Jeugdzorg
Bopz	bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
Bvt	Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden
B & W	college van burgemeester en wethouders
BW	Burgerlijk Wetboek
CAT	Committee against Torture (UN)
CIZ	Centraal Indicatieorgaan Zorg
CPT	Committee for the Prevention of Torture and Inhuman and Degrading Treatment
CvT	Commissie van Toezicht
ECPT	European Convention for the Prevention of Torture
EHRM	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden
FPA	forensisch psychiatrische afdeling
FPC	forensisch psychiatrisch centrum
FPK	forensisch psychiatrische kliniek
FZ	forensische zorg
GBM	gedragsbeïnvloedende maatregel
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
GJZ	gesloten jeugdzorg
IBS	inbewaringstelling
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
ISD	Inrichting voor Stelselmatige Daders
IVBPR	Internationaal Verdrag inzake Burgerlijke en Politieke Rechten
IVRK	Verdrag inzake de Rechten van het Kind
JJI	justitiële jeugdinrichtingen
Jw	Jeugdwet
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OGGZ	openbare geestelijke gezondheidszorg

OvJ	Officier van Justitie
OM	Openbaar Ministerie
OPCAT	Optional Protocol Convention against Torture (UN)
OTS	ondertoezichtstelling
PG	psychogeriatric
PI	penitentiaire inrichting
Pij	Plaatsing in een inrichting voor jeugdigen
PM	Penitentiaire Maatregel
PPC	penitentiair psychiatrisch centrum
PVP	patiëntenvertrouwenspersoon
Pbw	Penitentiaire beginselenwet
Rij	Reglement justitiële jeugdinrichtingen
RM	rechterlijke machtiging
RSJ	Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming
Rv	Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering
RvdK	Raad voor de Kinderbescherming
Sr	Wetboek van Strafrecht
Sv	Wetboek van Strafvordering
TBS	terbeschikkingstelling
UbWjz	Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg
UHP	uithuisplaatsing
VenJ	Ministerie van Veiligheid en Justitie
VG	verstandelijk gehandicaptenzorg
VN	Verenigde Naties
VPH	Verdrag inzake de rechten van personen met een Handicap
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wet Bopz	Wet op de bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
Wfz	Wet forensische zorg
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst
Wjz	Wet op de jeugdzorg
Wkcz	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wvggz	Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg
WZD	Wet zorg en dwang



# 1

## Inleiding

In dit rapport wordt verslag gedaan van de resultaten van de thematische wetsevaluatie gedwongen zorg. Deze evaluatie is uitgevoerd tussen 1 maart 2013 en 1 september 2014, door een onderzoeksconsortium bestaande uit de sectie gezondheidsrecht van het AMC/Universiteit van Amsterdam, de sectie strafrecht van de Erasmus Universiteit Rotterdam en het onderzoeksbureau Pro Facto uit Groningen.

### 1.1 Aanleiding voor het onderzoek

Door betrokkenen uit de praktijk en de Tweede Kamer wordt al enige tijd aangedrongen op vergelijking en indien mogelijk harmonisatie van de rechtspositie bij gedwongen zorg<sup>1</sup>. Onder de huidige en voorgenomen wetgeving hebben zowel jeugdigen als volwassenen verschillende rechtsposities terwijl de problematiek van deze personen vaak vergelijkbaar is. Deze thematiek leidt tot vragen en onduidelijkheden, te meer nu op het terrein van de gedwongen zorg aan jeugdigen en volwassenen omvangrijke wetgevingsoperaties gaande zijn. Op tal van deelterreinen binnen dit veld is sprake van recente of komende wetwijzigingen. Tegen deze achtergrond hebben de ministeries van VWS en V&J ZonMw verzocht een thematische wetsevaluatie gedwongen zorg te doen plaatsvinden. Deze evaluatie bestrijkt alle deelsectoren waar van gedwongen zorg sprake is.<sup>2</sup>

### 1.2 Onderzoeksvragen

Dit onderzoek strekt tot de beantwoording van de volgende drie onderzoeksvragen:

- 1 Hoe is de rechtspositie van jeugdigen en volwassenen aan wie gedwongen zorg is opgelegd, geregeld in de relevante huidige en voorgenomen wetgeving? Welke verschillen zijn er en zijn die verklaarbaar en te rechtvaardigen?

---

1 Zie onder meer de moties Coruz c.s. uit 2007 (*Kamerstukken II*, 2006-2007, 30644, nr. 19) en Bergkamp/Kuzu (*Kamerstukken II*, 2012/13, 31996, nr. 60).

2 Aanvankelijk viel het wetsvoorstel zorg en dwang (31996) buiten deze thematische wetsevaluatie. Kort na de start van het project is alsnog besloten dit wetsvoorstel in het onderzoek te betrekken.

- 2 Hoe werken die regelingen (mede in onderling verband) voor jeugdigen en volwassenen in de praktijk, welke verschillen zijn er per sector/doelgroep, zijn die verklaarbaar en zijn die te rechtvaardigen? Welke lacunes/knelpunten doen zich daarbij in de praktijk voor?
- 3 In hoeverre bieden de wettelijke regelingen op de hierboven genoemde terreinen gezamenlijk een consistent en doelmatig wettelijk kader inzake gedwongen zorg en welke mogelijkheden zijn er om dit kader te verbeteren?

De eerste onderzoeksvraag richt zich in het bijzonder op de achtergrond en inhoud van de geldende en voorgenomen wetgeving. De tweede onderzoeksvraag heeft vooral een empirische insteek: hoe pakken de geldende regelingen uit in de praktijk en welke verwachtingen zijn op basis daarvan reëel met betrekking tot de voorgenomen wetgeving? Daarbij kan blijken in welke mate knelpunten en problemen die zich voordoen toe te rekenen zijn aan de wetgeving dan wel aan oorzaken en factoren die niet direct met de wetgeving samenhangen maar wel de werking daarvan kunnen beïnvloeden (bijvoorbeeld oorzaken en factoren op het terrein van diagnostiek of de financiering en de organisatie van zorg). De derde onderzoeksvraag richt zich op de eventuele noodzaak en mogelijkheden voor harmonisering van wetgeving, mede tegen de achtergrond van de doelstellingen van verschillende wetten en de analyse van de werking van deze wetten in de praktijk.

De te evalueren wetgeving zal worden beoordeeld aan de hand van de volgende criteria:

- de mate waarin de wetgeving voldoet aan de relevante internationale regelgeving
- de mate waarin de wetgeving haar doel bereikt;
- de duidelijkheid, samenhang en consistentie van de wetgeving;
- de toekomstbestendigheid van de wetgeving.

## 1.3 Bijzondere aspecten

### Het begrip gedwongen zorg

In deze thematische wetsevaluatie staat het begrip gedwongen zorg centraal. De begrippen 'dwang' en 'zorg' werden in de projecttekst van ZonMw niet nader omschreven. Wij hebben als uitgangspunt genomen dat deze wetsevaluatie eerst en vooral het oog heeft op wat 'directe' dwang kan worden genoemd: gedwongen zorg (in de vorm van bijvoorbeeld een opname of een behandeling) die is gebaseerd op een wettelijke maatregel. Er kan echter ook sprake zijn van 'indirecte' dwang: zorg waartoe betrokkene zich 'gedrongen' voelt omdat het niet ondergaan van die zorg tot een groter nadeel kan leiden. Dit is bijvoorbeeld aan de orde in situaties waarin het ondergaan van zorg niet het karakter heeft van een uit de wet voortvloeiende of door de rechter verplicht gestelde interventie, maar het karakter van een voorwaarde. In sommige van de onderzochte sectoren bestaan tal van dergelijke voorwaardelijke modaliteiten. Het is niet ondenkbaar dat dergelijke vormen van drang ook de effectiviteit en impact van regelingen inzake wettelijke dwang beïnvloeden. Om die reden zal dit onderzoek zich waar nodig ook richten op 'indirecte' dwang.

Met betrekking tot het begrip zorg geldt dat dit begrip zeer breed kan worden opgevat. Wij zijn er vanuit gegaan het begrip 'zorg' in het kader van deze wetsevaluatie zowel ziet op medische zorg (handelingen en interventies die in relatie staan tot de psychische en lichamelijke gezondheid van de

betrokkene) als op zorg met betrekking tot opvoeding en ontwikkeling. Dat laatste is met name op het terrein van de zorg voor jeugdigen van belang. Overigens is (gedwongen) zorg niet altijd de primaire doelstelling van een juridische maatregel of interventie. Dat is bijvoorbeeld wel het geval bij maatregelen en procedures op grond van de (huidige) Wet Bopz of de wetgeving inzake de gesloten jeugdzorg, maar niet (altijd) bij de toepassing van het (jeugd)strafrecht. Een besluitvormingsprocedure die leidt tot het opleggen van een strafrechtelijke sanctie valt in beginsel buiten het domein van deze wetsevaluatie. Dat sluit echter niet uit dat binnen de context van een (jeugd)strafrechtelijke maatregel wel degelijk van gedwongen zorg in de zin van dit onderzoek sprake kan zijn. Om die context te kunnen begrijpen was het derhalve onvermijdelijk ook aandacht te besteden aan wettelijke procedures die niet als zodanig op gedwongen zorg zijn gericht, maar die daar in het kader van de tenuitvoerlegging wel toe kunnen leiden.

### **‘Evaluatie’ van komende wetgeving**

Bijzonder aan deze thematische wetsevaluatie is voorts de aandacht voor toekomstige wetgeving, in de vorm van een aantal wetsvoorstellen die ten tijde van dit onderzoek bij het parlement in behandeling waren. Het is niet ongebruikelijk om in het kader van een wetsevaluatie vooruit te blikken naar de inhoud en de mogelijk gevolgen van in voorbereiding zijnde aanpassingen van de wetgeving die wordt geëvalueerd. Binnen deze thematische wetsevaluatie is evenwel van een geheel andere balans sprake, door de omvang van in voorbereiding zijnde wetsaanpassingen, in het bijzonder waar het gaat om de sectoren die thans onder de Wet Bopz vallen. De juridische analyse met betrekking tot deze sectoren richt zich zelfs hoofdzakelijk op de toekomstige wetgeving. Dat betekent dat in die sectoren onvermijdelijk een zekere ‘knip’ ontstaat tussen de juridische en de empirische analyse. Het empirisch onderzoek focust uit de aard der zaak op de ervaringen met en meningen over de huidige praktijk. De juridische analyse kijkt vooruit: wat valt er, gelet op inhoud van de komende wetgeving, van die nieuwe regelingen te verwachten? De koppeling tussen de empirische en de juridische invalshoek bestaat eruit dat getracht zal worden, tegen de achtergrond van de hiervoor geformuleerde algemene onderzoeksvragen, twee specifieke vragen te beantwoorden:

- Vormt het toekomstige wettelijke stelsel een samenhangend en consistent geheel?
- Is de verwachting gerechtvaardigd dat de toekomstige wetgeving zal bijdragen aan de oplossing van problemen die in de huidige praktijk worden ervaren?

## **1.4 Onderzoeksmethoden**

Bij de uitvoering van dit onderzoek is gebruik gemaakt van een combinatie van juridische en empirische onderzoeksmethoden, die zoveel mogelijk in nauwe samenhang zijn toegepast. Die samenhang werd bevorderd door het gebruik van een in de eerste fase van het onderzoek ontwikkelde ‘itemlijst’ van hoofd- en subthema’s, welke de leidraad vormde voor zowel de juridische analyse als het empirische onderzoek. In de sectorhoofdstukken is vervolgens getracht de juridische en empirische bevindingen zo goed mogelijk te integreren. De mogelijkheden tot integratie waren beperkter in de sectoren waar de nadruk van de juridische analyse ligt op de toekomstige wetgeving.

Het juridisch onderzoek heeft zich gericht op de beschrijving en de analyse van internationale regelgeving en van de relevante nationale wetgeving (het geldende recht en de toekomstige wetgeving). Dit mede in het licht van ontwikkelingen en opvattingen in de rechtspraak en de literatuur. Het empirische onderzoek kende een gelaagde opbouw, waarin gebruik is gemaakt van zowel kwantitatieve als kwalitatieve onderzoeksmethoden: een vragenlijstonderzoek, interviews, casestudies en focusgroepen. Een nadere methodologische verantwoording is opgenomen in de bijlagen C tot en met F bij dit rapport.

## 1.5 Leeswijzer

De opbouw van dit rapport sluit aan bij de indeling in sectoren waar sprake is of kan zijn van gedwongen zorg. In het tweede hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de internationale normen die van belang zijn met betrekking tot gedwongen zorg. Vervolgens analyseren wij in de hoofdstukken 3, 4 en 5 de wetgeving in de sectoren waarbinnen gedwongen zorg aan de orde is. Die sectoren kunnen op verschillende manieren worden ingedeeld en afgegrensd. Wij hebben deze sectoren, en de deelgebieden daarbinnen, gegroepeerd in het licht van de geldende wettelijke kaders met betrekking tot de sectoren en de historische relaties tussen deelgebieden. Dit leidt tot een volgende hoofdstukindeling:

- Hoofdstuk 3: de sectoren die thans onder de Wet Bopz vallen: de algemene geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen en volwassenen, de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten;
- Hoofdstuk 4: de forensische zorg voor volwassenen (gevangeniswezen, tbs en forensische ggz);
- Hoofdstuk 5: de gesloten jeugdzorg en het jeugdstrafrecht;

Binnen deze hoofdstukken worden, naast een beschrijving van het geldende en komende recht op analyses uitgevoerd die zich vooral richten op de knelpunten die zich voordoen binnen elk deelgebied op zich en op de vergelijking tussen deelgebieden binnen de betreffende sector. In deze hoofdstukken komen waar nodig overigens ook al ‘grensgeschillen’ tussen sectoren aan de orde. Op basis van deze analyses worden in het slothoofdstuk conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan. Daarnaast richt het slothoofdstuk zich op thema’s die in meerdere sectoren aan de orde zijn en wordt alle sectoren thematisch met elkaar vergeleken. Tenslotte wordt in het slothoofdstuk een afsluitend antwoord op de hiervoor genoemde onderzoeksvragen geformuleerd.

Ter ondersteuning van de analyses in de hoofdstukken 3 tot met 5 en de conclusies en aanbevelingen in hoofdstuk 6, zijn de kerngegevens over de in dit onderzoek betrokken wetgeving thematisch verzameld in een aantal schema’s. Deze schema’s zijn in bijlage G van dit rapport opgenomen.

# 2

## Internationale normen

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van normen uit het internationale recht die van belang zijn met betrekking tot gedwongen zorg. Het gaat daarbij om in zeer overwegende mate om teksten van de Raad van Europa en de Verenigde Naties. Aan de orde komen verdragen die in de Nederlandse rechtsorde bindende kracht hebben en bepalingen daaruit die een ieder verbindend zijn in de zin van art. 93 en art. 94 Grondwet, maar ook aanbevelingen en resoluties die weliswaar niet bindend zijn, maar wel richtinggevende betekenis kunnen hebben ('soft law').<sup>3</sup> De te behandelen internationale teksten bevatten in overwegende mate algemene uitgangspunten en beginselen (zoals proportionaliteit, subsidiariteit, non-discriminatie, privacy, toegankelijkheid van zorg e.d.). Ten aanzien daarvan bestaat tussen deze teksten ook een aanzienlijke overlap. Dit hoofdstuk richt zich op normen en overwegingen die specifiek betrekking hebben op gedwongen zorg. Daarbij is relevant dat een aantal normen betrekking heeft op de inrichting van gedwongen zorg als zodanig, terwijl andere normen betrekking hebben op de beschikbaarheid van (gedwongen) zorg binnen kaders van – bijvoorbeeld, gevangenisstraf; een kader dus dat als zodanig niet op verlenen van gedwongen zorg is gericht. Een diepgaande analyse van de relevante internationale teksten gaat het bestek van deze thematische wetsevaluatie te buiten. Weergegeven wordt de inhoud op hoofdlijnen. De doelstelling van deze analyse is tweërlei:

- beoordelen hoe de Nederlandse regelgeving zich in algemene zin tot het internationale normenkader verhoudt;
- bezien of er (sub)thema's zijn ten aanzien waarvan de inhoud van de internationale normen aanleiding geeft of zou kunnen geven tot aanpassing van de (voorgenomen) Nederlandse regelgeving.

---

3 De meeste teksten die in dit hoofdstuk aan de orde komen zijn te vinden in Den Exter 2009.

De te bespreken internationale teksten zijn gerubriceerd op basis van de instantie die deze teksten heeft uitgevaardigd<sup>4</sup>. Eerst komen aan de orde de verdragen en aanbevelingen van de Raad van Europa, daarna die van de Verenigde Naties.

## 2.2 De Raad van Europa

### 2.2.1 Het Europees Verdrag inzake de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden (EVRM)

Het in 1950 van kracht geworden EVRM speelt van oudsher een belangrijke rol met betrekking tot de normering en de procedurele zorgvuldigheid van gedwongen zorg. Het gaat daarbij in het bijzonder om de artikelen 3, 5, 6, 8, 13 en 14 EVRM.<sup>5</sup>

*Tabel 1 – Selectie van bepalingen uit het EVRM*

#### **Artikel 3 - Verbod van foltering**

Niemand mag worden onderworpen aan foltering of aan onmenselijke of vernederende behandelingen of straffingen.

#### **Artikel 5 - Recht op vrijheid en veiligheid**

- 1 Een ieder heeft recht op vrijheid en veiligheid van zijn persoon. Niemand mag zijn vrijheid worden ontnomen, behalve in de navolgende gevallen en overeenkomstig een wettelijk voorgeschreven procedure:
  - a indien hij op rechtmatige wijze is gedetineerd na veroordeling door een daartoe bevoegde rechter;
  - b indien hij op rechtmatige wijze is gearresteerd of gedetineerd, wegens het niet naleven van een overeenkomstig de wet door een gerecht gegeven bevel of teneinde de nakoming van een door de wet voorgeschreven verplichting te verzekeren;
  - c indien hij op rechtmatige wijze is gearresteerd of gedetineerd teneinde voor de bevoegde rechterlijke instantie te worden geleid, wanneer er een redelijke verdenking bestaat dat hij een strafbaar feit heeft begaan of indien het redelijkerwijs noodzakelijk is hem te beletten een strafbaar feit te begaan of te ontvluchten nadat hij dit heeft begaan;
  - d in het geval van rechtmatige detentie van een minderjarige met het doel toe te zien op zijn

---

4 Een ordening van deze teksten op basis van sectoren (en deelgebieden daarbinnen), zoals elders in dit rapport geschiedt, ligt niet voor de hand. Veel van de te behandelen teksten zijn van toepassing in/op meerdere sectoren.

5 Bij het EVRM is door de aangesloten landen een aantal aanvullende protocollen tot stand gekomen, die integraal onderdeel uitmaken van het verdrag. Het gaat onder meer om protocollen met betrekking tot het recht op bewegingsvrijheid binnen een land (Protocol 4) en het algemeen verbod op discriminatie (Protocol 12). Deze protocollen hebben in het kader van dit onderzoek geen specifieke betekenis.

- opvoeding of in het geval van zijn rechtmatige detentie, teneinde hem voor de bevoegde instantie te geleiden;
- e in het geval van rechtmatige detentie van personen ter voorkoming van de verspreiding van besmettelijke ziekten, van geesteszieken, van verslaafden aan alcohol of verdovende middelen of van landlopers;
  - f in het geval van rechtmatige arrestatie of detentie van een persoon teneinde hem te beletten op onrechtmatige wijze het land binnen te komen, of van een persoon waartegen een uitwijzings- of uitleveringsprocedure hangende is.
- 2 Een ieder die gearresteerd is moet onverwijld en in een taal die hij verstaat op de hoogte worden gebracht van de redenen van zijn arrestatie en van alle beschuldigingen welke tegen hem zijn ingebracht.
  - 3 Een ieder die is gearresteerd of gedetineerd, overeenkomstig lid 1.c van dit artikel, moet onverwijld voor een rechter worden geleid of voor een andere magistraat die door de wet bevoegd verklaard is rechterlijke macht uit te oefenen en heeft het recht binnen een redelijke termijn berecht te worden of hangende het proces in vrijheid te worden gesteld. De invrijheidstelling kan afhankelijk worden gesteld van een waarborg voor de verschijning van de betrokkene ter terechtzitting.
  - 4 Een ieder, wie door arrestatie of detentie zijn vrijheid is ontnomen, heeft het recht voorziening te vragen bij het gerecht opdat dit spoedig beslist over de rechtmatigheid van zijn detentie en zijn invrijheidstelling beveelt, indien de detentie onrechtmatig is.
  - 5 Een ieder die het slachtoffer is geweest van een arrestatie of een detentie in strijd met de bepalingen van dit artikel, heeft recht op schadeloosstelling.

#### **Artikel 6 - Recht op een eerlijk proces**

- 1 Bij het vaststellen van zijn burgerlijke rechten en verplichtingen of bij het bepalen van de gegrondheid van een tegen hem ingestelde vervolging heeft een ieder recht op een eerlijke en openbare behandeling van zijn zaak, binnen een redelijke termijn, door een onafhankelijk en onpartijdig gerecht dat bij de wet is ingesteld. De uitspraak moet in het openbaar worden gewezen maar de toegang tot de rechtszaal kan aan de pers en het publiek worden ontzegd, gedurende de gehele terechtzitting of een deel daarvan, in het belang van de goede zeden, van de openbare orde of nationale veiligheid in een democratische samenleving, wanneer de belangen van minderjarigen of de bescherming van het privéleven van procespartijen dit eisen of, in die mate als door de rechter onder bijzondere omstandigheden strikt noodzakelijk wordt geoordeeld, wanneer de openbaarheid de belangen van een behoorlijke rechtspleging zou schaden
- 2 Een ieder tegen wie een vervolging is ingesteld, wordt voor onschuldig gehouden totdat zijn schuld in rechte is komen vast te staan.
- 3 Een ieder tegen wie een vervolging is ingesteld, heeft in het bijzonder de volgende rechten:
  - a onverwijld, in een taal die hij verstaat en in bijzonderheden, op de hoogte te worden gesteld van de aard en de reden van de tegen hem ingebrachte beschuldiging;
  - b te beschikken over de tijd en faciliteiten die nodig zijn voor de voorbereiding van zijn verdediging;
  - c zich zelf te verdedigen of daarbij de bijstand te hebben van een raadsman naar eigen keuze of, indien hij niet over voldoende middelen beschikt om een raadsman te bekostigen,

kosteloos door een toegevoegd advocaat te kunnen worden bijgestaan, indien de belangen van een behoorlijke rechtspleging dit eisen;

- d de getuigen à charge te ondervragen of doen ondervragen en het oproepen en de ondervraging van getuigen à décharge te doen geschieden onder dezelfde voorwaarden als het geval is met de getuigen à charge;
- e zich kosteloos te doen bijstaan door een tolk, indien hij de taal, die ter terechtzitting wordt gebezigd niet verstaat of niet spreekt.

#### **Artikel 8 - Recht op eerbiediging van privéleven, familie- en gezinsleven**

- 1 Een ieder heeft recht op respect voor zijn privéleven, zijn familie- en gezinsleven, zijn woning en zijn correspondentie.
- 2 Geen inmenging van enig openbaar gezag is toegestaan in de uitoefening van dit recht, dan voor zover bij de wet is voorzien en in een democratische samenleving noodzakelijk is in het belang van de nationale veiligheid, de openbare veiligheid of het economisch welzijn van het land, het voorkomen van wanordelijkheden en strafbare feiten, de bescherming van de gezondheid of de goede zeden of voor de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen.

#### **Artikel 13 - Recht op een daadwerkelijk rechtsmiddel**

Een ieder wiens rechten en vrijheden die in dit Verdrag zijn vermeld, zijn geschonden, heeft recht op een personen in de uitoefening van hun ambtelijke functie.

#### **Artikel 14 - Verbod van discriminatie**

Het genot van de rechten en vrijheden die in dit Verdrag zijn vermeld, moet worden verzekerd zonder enig onderscheid op welke grond ook, zoals geslacht, ras, kleur, taal, godsdienst, politieke of andere mening, nationale of maatschappelijke afkomst, het behoren tot een nationale minderheid, vermogen, geboorte of andere status.

In het kader van deze thematische wetsevaluatie zijn in het bijzonder de artt. 3, 5 en 8 EVRM van belang. In zaken betreffende dwangbehandeling die aan het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) worden voorgelegd, zijn de artikelen 3 en 8 nogal eens samen aan de orde. Ten aanzien van art. 5 EVRM is van belang dat het Europese Hof uitgaat van een feitelijke visie op de vraag of er sprake is van vrijheidsontneming in de zin van deze verdragsbepaling. Het uitgangspunt is de concrete situatie van betrokkene. Vervolgens moet men verschillende criteria in ogenschouw nemen: de aard, de duur, de gevolgen, de uitvoeringsmodaliteiten en de doelmatigheid van de aan de orde zijnde vrijheidsbeperkende straf of maatregel.<sup>6</sup>

---

6 De Bruijn-Lückers 2011, p. 1436.



De algemene bepalingen uit het EVRM krijgen betekenis en reliëf door de jurisprudentie van het EHRM. In deze jurisprudentie van het Hof is een aantal nadere regels en vereisten ontwikkeld.<sup>7</sup> Die jurisprudentie is in zijn reikwijdte van aanzienlijk belang. Hieronder worden ter illustratie enkele belangrijke uitspraken van het EHRM behandeld. Daarbij past overigens de aantekening dat uitspraken van het EHRM doorgaans in de sleutel staan van de feiten en omstandigheden van het geval. Overwegingen van het Hof zijn doorgaans op die specifieke feiten en omstandigheden gebaseerd, maar bevatten niet zelden ook passages met een generalistischer karakter. Het EHRM laat het nodige aan de lidstaten ter regeling over, maar toetst op bepaalde onderdelen ook weer bepaald streng. Het Hof heeft ook de notie van ‘positieve verdragsverplichtingen’ ontwikkeld op basis waarvan lidstaten soms gehouden zijn tot bepaald optreden. Bij de toets aan afzonderlijke klachten spelen de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit een belangrijke rol.

Ten behoeve van de derde evaluatie van de Wet Bopz in 2007 is onder meer een uitvoerige analyse van het EHRM en de daarop gebaseerde jurisprudentie uitgevoerd.<sup>8</sup> Die analyse wees uit dat slechts een enkele bepaling van de Wet Bopz in strijd komt met het EVRM. Genoemd werd art. 21 lid 5 Bopz, dat een inbewaringstelling mogelijk maakt op basis van een geneeskundige verklaring van een arts die geen psychiater is. Het is de vraag of deze bepaling zich verdraagt met de eisen die het EHRM voor het eerst in de Varbanov-uitspraak<sup>9</sup> stelde aan benodigde “medical expertise”.<sup>10</sup> Daarnaast werd in het kader van de derde Bopz-evaluatie geconcludeerd dat onduidelijk is in hoeverre het EHRM wilsonbekwaamheid als voorwaarde stelt voor dwangbehandeling: “Wel doemt zowel uit de rechtspraak als uit internationale documenten een beeld op dat meer onderscheid rechtvaardigt tussen wilsbekwame en wilsonbekwame patiënten dan de Wet Bopz doet, waarbij in het geval van wilsonbekwaamheid ruimere gronden kunnen gelden voor dwangbehandeling dan voor patiënten die als wilsbekwaam terzake van hun behandeling kunnen worden beschouwd”.<sup>11</sup> Een ander punt waar, gezien in het licht van het EVRM, de Nederlandse regelgeving zou kunnen worden aangescherpt was de periodieke evaluatie van beslissingen inzake dwangbehandeling.<sup>12</sup> In de jaren na de derde evaluatie van de Wet Bopz heeft het EHRM de met betrekking tot (psychiatrische) vrijheidsbeneming in acht te nemen eisen verder ontwikkeld. Waar die eisen lange tijd vooral betrekking hadden op procedurele kwesties, lijkt het EHRM recentelijk meer oog te krijgen voor de wijze waarop inhoudelijke criteria worden toegepast. De actuele visie van het EHRM komt goed naar voren in een Hongaarse zaak uit 2012. Al in de beroemde Winterwerp-zaak uit 1979 oordeelde het EHRM dat de psychische stoornis moest zijn “of a kind or degree warranting compulsory confinement”. In de

---

7 Legemaate 2005a, p. 119-130.

8 Legemaate, Frederiks en De Roode 2007, p. 21-60.

9 EHRM 5 oktober 2000, Varbanov v. Bulgarije, BJ 2001/1, m.nt Dijkers.

10 Een tweede strijdigheid tussen de Wet Bopz en art. 5 EVRM betrof de toentertijd in de Wet Bopz geregelde criteria voor een observatiemachtiging. Nadien is, overigens om andere redenen, de observatiemachtiging uit de Wet Bopz geschrapt. Zie ook EHRM 18 september 2012, NJ 2013/566, m.nt. Legemaate.

11 Legemaate, Frederiks en De Roode 2007, p. 58. Zie ook Akerboom e.a. 2011, p. 439, die ervoor pleiten in de Wet Bopz (respectievelijk in de wetsvoorstellen verplichte ggz en zorg en dwang) het respecteren van wilsbekwaam verzet te waarborgen.

12 Legemaate, Frederiks en De Roode 2007, p. 59.

Hongaarse zaak achtte het EHRM deze drempel niet behaald, nu de overheid niet had onderscheiden tussen “an imminent danger to the applicant’s health and a more remote risk of his health deteriorating”.<sup>13</sup> Dit klemde volgens het EHRM te meer nu betrokkene geen gevaar vormde voor anderen en uitsluitend de mogelijke achteruitgang van zijn eigen gezondheid “at stake” was. Dit lijkt erop te duiden dat in de visie van het EHRM schade of gevaar voor betrokkene zelf minder gewicht in de schaal legt dan schade of gevaar voor anderen. Meer in het algemeen benadrukt het EHRM dat “involuntary hospitalisation may indeed be used only as a last resort for want of a less invasive alternative, and only if it carries true health benefits without imposing a disproportionate burden on the person concerned”. Van belang is ook de overweging van het EHRM in deze zaak dat “compulsory psychiatric hospitalization often entails a medical intervention in defiance of the subject’s will, such as the forced medication”. De mogelijkheid van een dergelijke ‘cumulatie’ van dwang vraagt in de visie van het EHRM om “a cautious approach” aan de kant van de overheid. Met betrekking tot de eerder genoemde onduidelijkheid over de vraag of het EHRM wilsonbekwaamheid als voorwaarde stelt voor dwangbehandeling, bevat de uitspraak in de Hongaarse zaak aanwijzingen dat wilsonbekwaamheid wel degelijk als een voorwaarde wordt gezien. In deze zaak noemt het EHRM voor het eerst expliciet “the individual’s inalienable right to self-determination” en stelt het dat dit recht beperkt kan worden “to secure the best possible health care for those with diminished faculties (for example, because of lack of insight into their condition)”. Daar staat niet letterlijk dat in het geval van een wilsbekwame patiënt dwangbehandeling niet is toegestaan, maar het heeft er alle schijn van dat het Hof het toepassen van dwang bij een wilsbekwame patiënt minder snel aanvaardbaar vindt dan in het geval van wilsonbekwaamheid.

De rechtspraak van het EHRM heeft niet alleen betrekking op de positie van psychiatrische patiënten, maar ook op de medische zorg voor gedetineerden. Daarbij gaat het niet alleen om het voorkomen van slechte detentieomstandigheden, maar ook om de zorgplicht van de overheid: in het geval van ziekte en andere aandoeningen moet aan gedetineerden adequate medische zorg worden geboden. Die zorg moet steeds in overeenstemming met de lichamelijke integriteit en menselijke waardigheid van de gedetineerde worden aangeboden. Vormen van dwang zijn echter niet uitgesloten. Die dwang kan worden gerechtvaardigd op basis van medische noodzaak, maar ook op overwegingen inzake de veiligheid van anderen.<sup>14</sup> Een ‘landmark-case’ op dat gebied is de uitspraak van het EHRM uit 1992 in de zaak *Herczegfalvy* tegen Oostenrijk. Een kernoverweging uit deze zaak, die betrekking had op een geesteszieke gedetineerde, is de volgende: “While it is for the medical authorities to decide, on the basis of the recognised rules of medical science, on the therapeutic methods to be used, if necessary by force, to preserve the physical and mental health of patients who are entirely incapable of deciding for themselves and for whom they are therefore responsible, such patients nevertheless remain under the protection of Article 3 (art. 3), whose requirements permit of no derogation. The established principles of medicine are admittedly in principle decisive in such cases; as a general rule, a measure which is a therapeutic necessity cannot be regarded as inhuman or degrading. The Court must nevertheless satisfy itself that the medical necessity has been convincingly shown to exist”.<sup>15</sup> In deze

---

13 EHRM 2 oktober 2012, *Plesó v. Hongarije*, NJ 2014/245, m.nt. Legemaate.

14 Zie voor een overzicht van de rechtspraak van het EHRM ter zake *Hagens en Lawson* 2007, p. 275-290.

15 EHRM 24 september 1992, *Herczegfalvy v. Oostenrijk*, nr. 10533/83, overweging 82.

context is ook van belang de jurisprudentie van het EHRM met betrekking tot dwangvoeding bij hongerstakingen gedetineerden. In die jurisprudentie is het EHRM terughoudend, maar lijkt de mogelijkheid van dwangvoeding niet geheel te worden uitgesloten.<sup>16</sup>

Ook in zaken betreffende jeugdigen vormt de jurisprudentie van het EHRM een belangrijk baken. Het EHRM heeft zich diverse malen uitgelaten over verschillende aspecten van de detentie van jeugdigen, zowel in de context van de strafrechtelijke plaatsing, als in een civielrechtelijke context en in verband met de detentie van vreemdelingen.<sup>17</sup> Dat levert normen op met betrekking tot de rechtmatigheid van de opsluiting van jeugdigen en de daarbij behorende rechtsbescherming, maar ook ten aanzien van de omstandigheden waaronder de opsluiting plaatsvindt, de feitelijke leefsituatie van jeugdigen en de behandeling waarvoor de opsluiting een rechtvaardiging zou kunnen zijn. In de literatuur wordt erop gewezen dat vooral door het combineren van elementen van art. 5 EVRM met andere internationale normen een effectief toetsingskader ontstaat voor de beoordeling van vrijheidsbeneming in het kader van de (gesloten) jeugdzorg.<sup>18</sup> Die andere internationale normen zijn te vinden in verdragen en richtlijnen die hierna nog aan de orde komen: het IVBPR (zie § 2.3.1), het IVRK (zie § 2.3.2) en de *Beijing* en *Havana Rules* van de VN (zie § 2.3.5). In verschillende zaken voor het Europese Hof zijn klachten over schendingen van de rechten van jeugdigen naar voren gebracht en gegrond verklaard, waarbij ook wel werd verwezen naar het IVRK en de *Beijing Rules*. Het systeem van toezicht op het EVRM vormt zo een aanvulling op het IVRK, dat (nog) geen individueel klachtrecht heeft.

## 2.2.2 Het Verdrag inzake de rechten van de mens en de biogeneeskunde (Verdrag van Oviedo)

Dit verdrag van de Raad van Europa, doorgaans aangeduid als het Biogeneeskundeverdrag, is tot stand gekomen in 1997, maar tot op heden door Nederland nog niet geratificeerd.<sup>19</sup> Het doel van het verdrag is om, waar het gaat om handelingen door en binnen de geneeskunde, nadere invulling te geven aan de algemene bepalingen uit het EVRM.<sup>20</sup> Vrijheidsbeneming als zodanig blijft in het Biogeneeskundeverdrag buiten beeld. Dwangbehandeling komt wel aan de orde. Een aantal bepalingen uit dit verdrag is in het kader van deze wetsevaluatie relevant.

---

16 Zie over dwangvoeding in het algemeen de dissertatie van Pauline Jacobs, *Force-Feeding Prisoners on Hunger Strike. Right to Self-Determination versus Right to Intervention*. Antwerpen: Intersentia 2012. Zie ook Hagens en Lawson 2007, p. 285-288.

17 Zie voor een uitvoerige analyse Forder en Olujic 2012, p. 3-63.

18 Forder en Olujic 2012, Liefwaard 2008, Dörenberg, 2012.

19 In mei 2012 liet de regering de Tweede Kamer weten: "Momenteel wordt in het kader van de ratificatie van het verdrag in kaart gebracht welke voorbehouden Nederland zal moeten maken bij de ratificatie van het verdrag om aanpassingen van de Nederlandse wetgeving die inhoudelijk ongewenst zijn, te voorkomen" (*Kamerstukken II*, 2011/12, 33000 V, nr. 148, p. 3).

20 Roucounas 2005, p. 23-34.

#### **Artikel 4. Professionele standaarden**

Elke handeling op het gebied van de gezondheidszorg, met inbegrip van onderzoek, dient te worden verricht overeenkomstig de desbetreffende professionele verplichtingen en standaarden.

#### **Artikel 7. Bescherming van personen met een geestelijke stoornis**

Onverminderd de bij wet voorgeschreven beschermende voorwaarden, met inbegrip van toezicht-, controle- en beroepsprocedures, mag een persoon met een ernstige geestelijke stoornis alleen dan zonder zijn of haar toestemming aan handelingen ter behandeling van zijn of haar geestelijke stoornis worden onderworpen wanneer, zonder een dergelijke behandeling, ernstige schade voor zijn of haar gezondheid te duchten is.

#### **Artikel 8. Noodsituatie**

Wanneer vanwege een noodsituatie de vereiste toestemming niet kan worden verkregen, mogen medisch gezien direct noodzakelijke handelingen worden verricht indien zulks voor de gezondheid van de betrokkene nodig is.

#### **Artikel 9. Eerder geuite wensen**

Met de wensen eerder geuit met betrekking tot een medische behandeling door een patiënt, die ten tijde van de handeling niet in staat is zijn of haar wensen te uiten, wordt rekening gehouden.

#### **Artikel 26. Beperkingen van de uitoefening van rechten**

- 1 De uitoefening van de in dit Verdrag vervatte rechten en beschermende bepalingen kan aan geen andere beperkingen worden onderworpen dan die welke bij wet zijn voorzien en die in een democratische samenleving nodig zijn in het belang van de openbare veiligheid, ter voorkoming van strafbare feiten, voor de bescherming van de volksgezondheid of ter bescherming van de rechten en vrijheden van anderen.
- 2 (...).

Art. 26 biedt een opening voor dwangbehandeling wegens schade of gevaar voor anderen dan de patiënt zelf. Deze bepalingen specificeren de daarin behandelde thema's verdergaand dan in het EVRM het geval is. Dat leidt overigens niet tot andere bevindingen dan uit de algemenere normen van het EVRM, zoals nader uitgewerkt in de jurisprudentie van het EHRM, voortvloeit. Het Biogeneeskundeoverdrag richt zich op de context van een medische behandeling, en bevat geen specifieke bepalingen met betrekking tot het toepassen van dwang op niet-medische gronden (zoals de noodzaak tot beveiliging). De opening die het verdrag daarvoor biedt, is de ruime formulering van

art. 26 van het Biogeneeskundeoverdrag.<sup>21</sup> Een in het oog springende bepaling is art. 9 van het verdrag, betreffende de relevantie van eerdere (wilsbekwame) uitingen van de patiënt met betrekking tot het ondergaan van medische behandelingen. Deze verdragsbepaling vindt zijn oorsprong in het concept van de 'precedent autonomy'.<sup>22</sup> Art. 9 is een belangrijke vingerwijzing met betrekking tot de betekenis die moet worden toegekend aan eerdere wensen en opvattingen van een patiënt.

### 2.2.3 European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman and Degrading Treatment

Naast het EVRM en het Biogeneeskundeoverdrag is ook van belang de door de Raad van Europa in 1987 opgestelde European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman and Degrading Treatment (ECPT). Dit verdrag moet worden gezien in het verlengde van art. 3 EVRM.<sup>23</sup> Het verdrag is voor Nederland van belang omdat 'inhuman and degrading treatment' als bedoeld in art. 3 EVRM aan de orde kan zijn in situaties waarin mensen (op last van de rechter of de facto) van hun vrijheid zijn beroofd. Dit verdrag voorziet niet in nieuwe of aanvullende materiele regels ter zake, maar regelt een systeem van toezicht op lidstaten door het Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). De Commissie bestaat uit onafhankelijke en onpartijdige leden afkomstig uit verschillende disciplines, zoals juristen, artsen en specialisten op het gebied van politieaangelegenheden en het gevangeniswezen. De commissie doet onderzoek in alle plaatsen waar mensen gedetineerd worden, welk onderzoek zich dus uitstrekt tot alle sectoren die in deze wetsevaluatie aan de orde komen (volwassenen en jeugdpsychiatrie, gesloten en justitiële jeugdzorg, forensische zorg). Ook over Nederland zijn door de commissie rapportages uitgebracht, waarin onder meer Bopz-instellingen en de forensische zorg aan de orde komen.<sup>24</sup> Art. 8 lid 2 ECPT bepaalt dat de betreffende staat de commissie alle relevante informatie verschaft. De commissie slaat daarbij acht op "applicable rules of national law and professional ethics".

In het in 2011 door de commissie gepubliceerde rapport 'CPT Standards', worden meer algemene bevindingen met betrekking tot enkele zorgsectoren weergegeven.<sup>25</sup> Daarin gaat het CPT inhoudelijk wel in op de criteria en overwegingen die zij hanteert bij het houden van toezicht op de naleving van art. 3 EVRM. In onderstaande tabel worden enkele kernoverwegingen uit dit omvangrijke CPT-rapport weergegeven, gericht op gedwongen zorg. De regels, conclusies en feitelijke bevindingen van het CPT

---

21 Legemaate 2005a, p. 128-130.

22 Nationale regelingen beperken zich doorgaans tot een regeling van de schriftelijke wilsverklaring. Daartoe is art. 9 van het Biogeneeskundeoverdrag overigens niet beperkt. Het concept van de 'precedent autonomy' is overigens niet onomstreden. Zie bijvoorbeeld J.K. Davis, The concept of precedent autonomy. *Bioethics* 2002; 16: 114-133: "The concept of precedent autonomy, which concerns just such preferences, is problematic because it is not clear that we can still attribute to a now-incapacitated patient a preference which that patient never disaffirmed but can no longer understand".

23 Cassese 1989, p. 128-153.

24 Zie ook Hagens en Lawson 2007, p. 279-283.

25 <http://www.cpt.coe.int/en/documents/eng-standards.pdf>.

krijgen extra normatieve betekenis daar waar het EHRM er, bij de behandeling van klachten met betrekking tot art. 3 EVRM in feitelijk of normatief opzicht op leunt.

*Tabel 3 – CPT Standards 2011: belangrijkste c.q. kenmerkende normen in relatie tot gedwongen zorg*

#### **Prisons**

- 44 A mentally disturbed and violent patient should be treated through close supervision and nursing support, combined, if considered appropriate, with sedatives. Resort to instruments of physical restraint shall only very rarely be justified and must always be either expressly ordered by a medical doctor or immediately brought to the attention of such a doctor with a view to seeking his approval. Instruments of physical restraint should be removed at the earliest possible opportunity. They should never be applied, or their application prolonged, as a punishment.
- 47 Every patient capable of discernment is free to refuse treatment or any other medical intervention. Any derogation from this fundamental principle should be based upon law and only relate to clearly and strictly defined exceptional circumstances which are applicable to the population as a whole.
- 73 A prison doctor acts as a patient's personal doctor. Consequently, in the interests of safeguarding the doctor/patient relationship, he should not be asked to certify that a prisoner is fit to undergo punishment. Nor should he carry out any body searches or examinations requested by an authority, except in an emergency when no other doctor can be called in.

#### **Psychiatric establishments**

- 40 Regular reviews of a patient's state of health and of any medication prescribed is another basic requirement. This will inter alia enable informed decisions to be taken as regards a possible dehospitalisation or transfer to a less restrictive environment.
- 41 Patients should, as a matter of principle, be placed in a position to give their free and informed consent to treatment. The admission of a person to a psychiatric establishment on an involuntary basis should not be construed as authorising treatment without his consent. It follows that every competent patient, whether voluntary or involuntary, should be given the opportunity to refuse treatment or any other medical intervention. Any derogation from this fundamental principle should be based upon law and only relate to clearly and strictly defined exceptional circumstances.
- 47 The restraint of patients should be the subject of a clearly-defined policy. That policy should make clear that initial attempts to restrain agitated or violent patients should, as far as possible, be non-physical (e.g. verbal instruction) and that where physical restraint is necessary, it should in principle be limited to manual control.
- 48 Resort to instruments of physical restraint (straps, strait-jackets, etc.) shall only very rarely be justified and must always be either expressly ordered by a doctor or immediately brought to the attention of a doctor with a view to seeking his approval. If, exceptionally, recourse is had to instruments of physical restraint, they should be removed at the earliest opportunity; they should never be applied, or their application prolonged, as a punishment.
- 49 There is a clear trend in modern psychiatric practice in favore of avoiding seclusion of patients,

and the CPT is pleased to note that it is being phased out in many countries. For so long as seclusion remains in use, it should be the subject of a detailed policy spelling out, in particular: the types of cases in which it may be used; the objectives sought; its duration and the need for regular reviews; the existence of appropriate human contact; the need for staff to be especially attentive.

### **Juveniles deprived of their liberty**

21 The Committee wishes to stress at the outset that any standards which it may be developing in this area should be seen as being complementary to those set out in a panoply of other international instruments, including the 1989 United Nations Convention on the Rights of the Child; the 1985 United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (the Beijing Rules); the 1990 United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of their Liberty and the 1990 United Nations Guidelines for the Prevention of Juvenile Delinquency (the Riyadh Guidelines).

38 Of course, the CPT pays special attention to the specific medical needs of juveniles deprived of their liberty.

It is particularly important that the health care service offered to juveniles constitutes an integrated part of a multidisciplinary (medico-psycho-social) programme of care. This implies inter alia that there should be close co-ordination between the work of an establishment's health care team (doctors, nurses, psychologists, etc.) and that of other professionals (including social workers and teachers) who have regular contact with inmates. The goal should be to ensure that the health care delivered to juveniles deprived of their liberty forms part of a seamless web of support and therapy.

De tabel bevat een illustratieve, maar zeer beperkte selectie van de soort overwegingen die in de CPT-richtlijn te vinden is. Daarin valt op dat het CPT aandacht heeft voor de algemene regels en uitgangspunten die in acht genomen moeten worden, maar ook voor een aantal specifieke kwesties. Het meest in het oog springende voorbeeld uit de laatste categorie is het toepassen van dwangmiddelen, waaronder "seclusion". Daarover oordeelt het CPT ook in haar landenrapportages vaak erg kritisch. In een aantal gevallen neemt het CPT in haar 'Standards' duidelijke standpunten in en formuleert zij strikte criteria. In andere gevallen laat het CPT het bij de constatering dat met betrekking tot bepaalde onderwerpen tussen landen verschillen in opvatting bestaan en laat zij voor die verschillen ook ruimte. Dat is bijvoorbeeld het geval met betrekking tot het onder dwang voeren van hongerstakingen gedetineerden.

## **2.2.4 Recommendation Rec(2004)10 concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder**

Worden de algemene mensenrechten uit het EVRM in het Biogeneeskundeoverdrag van de Raad van Europa voor de sector gezondheidszorg nader uitgewerkt, nog specifiek gericht op gedwongen zorg is *Recommendation Rec(2004)10 concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder*. Het doel van deze aanbeveling is om een betere bescherming van de rechten van psychiatrische patiënten te bevorderen, in het bijzonder waar het gaat om gedwongen opname en

dwangbehandeling.<sup>26</sup> In de preambule worden de lidstaten van de Raad van Europa opgeroepen hun wetgeving en praktijk aan de inhoud van de aanbeveling aan te passen. Ook het EHRM betreft deze aanbeveling in de overwegingen.<sup>27</sup>

*Tabel 4 - De meest relevante bepalingen uit de aanbeveling*

#### **Article 6 – Information and assistance on patients' rights**

Persons treated or placed in relation to mental disorder should be individually informed of their rights as patients and have access to a competent person or body, independent of the mental health service, that can, if necessary, assist them to understand and exercise such rights.

#### **Article 7 – Protection of vulnerable persons with mental disorders**

- 1 Member states should ensure that there are mechanisms to protect vulnerable persons with mental disorders, in particular those who do not have the capacity to consent or who may not be able to resist infringements of their human rights.
- 2 The law should provide measures to protect, where appropriate, the economic interests of persons with mental disorder.

#### **Article 8 – Principle of least restriction**

Persons with mental disorder should have the right to be cared for in the least restrictive environment available and with the least restrictive or intrusive treatment available, taking into account their health needs and the need to protect the safety of others.

#### **Article 12 – General principles of treatment for mental disorder**

- 1 Persons with mental disorder should receive treatment and care provided by adequately qualified staff and based on an appropriate individually prescribed treatment plan. Whenever possible the treatment plan should be prepared in consultation with the person concerned and his or her opinion should be taken into account. The plan should be regularly reviewed and, if necessary, revised.
- 2 Subject to the provisions of chapter III and Articles 28 and 34 below, treatment may only be provided to a person with mental disorder with his or her consent if he or she has the capacity to give such consent, or, when the person does not have the capacity to consent, with the authorisation of a representative, authority, person or body provided for by law.
- 3 When because of an emergency situation the appropriate consent or authorisation cannot be obtained, any treatment for mental disorder that is medically necessary to avoid serious harm to the health of the individual concerned or to protect the safety of others may be carried out

---

26 Legemaate 2005b, p. 407-409.

27 Zie bijvoorbeeld EHRM 22 januari 2013, Mihailovs v. Letland, nr. 35939/10.



immediately.

#### **Article 17 – Criteria for involuntary placement**

- 1 A person may be subject to involuntary placement only if all the following conditions are met:
  - i the person has a mental disorder;
  - ii the person's condition represents a significant risk of serious harm to his or her health or to other persons;
  - iii the placement includes a therapeutic purpose;
  - iv no less restrictive means of providing appropriate care are available;
  - v the opinion of the person concerned has been taken into consideration.
- 2 The law may provide that exceptionally a person may be subject to involuntary placement, in accordance with the provisions of this chapter, for the minimum period necessary in order to determine whether he or she has a mental disorder that represents a significant risk of serious harm to his or her health or to others if:
  - i his or her behaviour is strongly suggestive of such a disorder;
  - ii his or her condition appears to represent such a risk;
  - iii there is no appropriate, less restrictive means of making this determination; and
  - iv the opinion of the person concerned has been taken into consideration.

#### **Article 18 – Criteria for involuntary treatment**

A person may be subject to involuntary treatment only if all the following conditions are met:

- i the person has a mental disorder;
- ii the person's condition represents a significant risk of serious harm to his or her health or to other persons;
- iii no less intrusive means of providing appropriate care are available;
- iv the opinion of the person concerned has been taken into consideration.

#### **Article 19 – Principles concerning involuntary treatment**

- 1 Involuntary treatment should:
  - i address specific clinical signs and symptoms;
  - ii be proportionate to the person's state of health;
  - iii form part of a written treatment plan;
  - iv be documented;
  - v where appropriate, aim to enable the use of treatment acceptable to the person as soon as possible.
- 2 In addition to the requirements of Article 12.1 above, the treatment plan should:
  - i whenever possible be prepared in consultation with the person concerned and the person's personal advocate or representative, if any;
  - ii be reviewed at appropriate intervals and, if necessary, revised, whenever possible in consultation with the person concerned and his or her personal advocate or representative, if any.

- 3 Member states should ensure that involuntary treatment only takes place in an appropriate environment.

#### **Article 22 – Right to information**

- 1 Persons subject to involuntary placement or involuntary treatment should be promptly informed, verbally and in writing, of their rights and of the remedies open to them.
- 2 They should be informed regularly and appropriately of the reasons for the decision and the criteria for its potential extension or termination.
- 3 The person's representative, if any, should also be given the information.

#### **Article 27 – Seclusion and restraint**

- 1 Seclusion or restraint should only be used in appropriate facilities, and in compliance with the principle of least restriction, to prevent imminent harm to the person concerned or others, and in proportion to the risks entailed.
- 2 Such measures should only be used under medical supervision, and should be appropriately documented.
- 3 In addition:
  - i the person subject to seclusion or restraint should be regularly monitored;
  - ii the reasons for, and duration of, such measures should be recorded in the person's medical records and in a register.
- 4 This Article does not apply to momentary restraint.

#### **Article 28 – Specific treatments**

- 1 Treatment for mental disorder that is not aimed at producing irreversible physical effects but may be particularly intrusive should be used only if no less intrusive means of providing appropriate care is available. Member states should ensure that the use of such treatment is:
  - i subject to appropriate ethical scrutiny;
  - ii in accordance with appropriate clinical protocols reflecting international standards and safeguards;
  - iii except in emergency situations as referred to in Article 12, with the person's informed, written consent or, in the case of a person who does not have the capacity to consent, the authorisation of a court or competent body;
  - iv fully documented and recorded in a register.
- 2 Use of a treatment for mental disorder with the aim of producing irreversible physical effects should be exceptional, and should not be used in the context of involuntary placement. Such a treatment should only be carried out if the person concerned has given free, informed and specific consent in writing. The treatment should be fully documented and recorded in a register, and used only:
  - i in accordance with the law;
  - ii subject to appropriate ethical scrutiny;
  - iii in accordance with the principle of least restriction;

- iv if an independent second medical opinion agrees that it is appropriate; and
- v in accordance with appropriate clinical protocols reflecting international standards and safeguards.

#### **Article 29 – Minors**

- 1 The provisions of this Recommendation should apply to minors unless a wider measure of protection is provided.
- 2 In decisions concerning placement and treatment, whether provided involuntarily or not, the opinion of the minor should be taken into consideration as an increasingly determining factor in proportion to his or her age and degree of maturity.
- 3 A minor subject to involuntary placement should have the right to assistance from a representative from the start of the procedure.
- 4 A minor should not be placed in a facility in which adults are also placed, unless such a placement would benefit the minor.
- 5 Minors subject to placement should have the right to a free education and to be reintegrated into the general school system as soon as possible. If possible, the minor should be individually evaluated and receive an individualised educational or training programme.

#### **Article 35 – Penal institutions**

- 1 Persons with mental disorder should not be subject to discrimination in penal institutions. In particular, the principle of equivalence of care with that outside penal institutions should be respected with regard to their health care. They should be transferred between penal institution and hospital if their health needs so require.
- 2 Appropriate therapeutic options should be available for persons with mental disorder detained in penal institutions.
- 3 Involuntary treatment for mental disorder should not take place in penal institutions except in hospital units or medical units suitable for the treatment of mental disorder.
- 4 An independent system should monitor the treatment and care of persons with mental disorder in penal institutions.

Binnen het domein van de Raad van Europa biedt deze aanbeveling de meest uitgewerkte set van normen met betrekking tot de rechtspositie van onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten. De aanbeveling laat ruimte voor enige variatie tussen lidstaten waar het gaat om de criteria voor dwangopneming en de besluitvormingsprocedures ter zake. De in Nederland gebruikelijke procedurele waarborg, een voorafgaande rechterlijke beslissing, wordt niet verplicht gesteld. Ook ten aanzien van de procedures betreffende patiënten in de categorie ‘geen bereidheid, geen bezwaar’ laat de aanbeveling ruimte. Een rechterlijke machtiging, zoals de Wet Bopz vereist voor de opneming van een patiënt uit die categorie in een psychiatrisch ziekenhuis, is op grond van de aanbeveling niet per

se nodig.<sup>28</sup> Op andere punten is de aanbeveling vrij strikt en specifiek, bijvoorbeeld waar het gaat om het rekening houden met wensen en opvattingen van patiënten zelf en om de in acht te nemen terughoudendheid ten aanzien van separatie, fixatie en ingrijpende behandelingen. Ook de artt. 29 en 35, respectievelijk over minderjarigen en patiënten in penitentiaire instellingen, bevatten belangrijke wijzigingen voor praktijk en (wetgevings)beleid.

## 2.2.5 Recommendation Rec(2006)2 on the European prison rules

Deze aanbeveling van de Raad van Europa bevat 'basic principles' met betrekking tot de omgang met gedetineerden en werkt vervolgens de onderdelen "conditions of imprisonment", "health" en "good order" nader uit in een groot aantal normen en regels. Bij de aanbeveling hoort een artikelsgewijze toelichting, waarin onder meer wordt verwezen naar relevante uitspraken van het EHRM en normstellende bevindingen van het CPT.<sup>29</sup> In relatie tot de problematiek van gedwongen zorg zijn met name de volgende elementen van de Recommendation van belang:

*Tabel 5 – European Prison Rules 2006: belangrijkste c.q. kenmerkende normen in relatie tot gedwongen zorg*

### **Basic principles**

- 12.1 Persons who are suffering from mental illness and whose state of mental health is incompatible with detention in a prison should be detained in an establishment specially designed for the purpose.
- 12.2 If such persons are nevertheless exceptionally held in prison there shall be special regulations that take account of their status and needs.

### **Health**

- 40.1 Medical services in prison shall be organised in close relation with the general health administration of the community or nation.
- 40.2 Health policy in prisons shall be integrated into, and compatible with, national health policy.
- 40.3 Prisoners shall have access to the health services available in the country without discrimination on the grounds of their legal situation.
- 40.4 Medical services in prison shall seek to detect and treat physical or mental illnesses or defects from which prisoners may suffer.

---

28 Dit sluit aan bij de jurisprudentie van het EHRM. Zie EHRM 26 februari 2002, H.M. v. Zwitserland, BJ 2002/20, m.nt. Dijkers, EHRM 5 oktober 2004, H.L. v. Verenigd Koninkrijk, BJ 2005/1, m.nt. Arends en EHRM 17 januari 2012, Stanev v. Bulgarije, JVGZ 2012/24, m.nt. Arends. Uit deze jurisprudentie kan worden afgeleid dat wel bepaalde waarborgen zijn vereist met betrekking tot de opname van patiënten die van bereidheid noch bezwaar blijken (kunnen) geven, maar dat deze niet zover hoeven te gaan als de criteria en procedures ten aanzien van patiënten die zich verzetten. Zie ook Legemaate 2005(c), p. 221-226.

29 De Jonge 2006, p. 340-354.

- 40.5 All necessary medical, surgical and psychiatric services including those available in the community shall be provided to the prisoner for that purpose
- 47.1 Specialised prisons or sections under medical control shall be available for the observation and treatment of prisoners suffering from mental disorder or abnormality who do not necessarily fall under the provisions of Rule 12.
- 47.2 The prison medical service shall provide for the psychiatric treatment of all prisoners who are in need of such treatment and pay special attention to suicide prevention.
- 68.2 Handcuffs, restraint jackets and other body restraints shall not be used except:
  - a if necessary, as a precaution against escape during a transfer, provided that they shall be removed when the prisoner appears before a judicial or administrative authority unless that authority decides otherwise; or
  - b by order of the director, if other methods of control fail, in order to protect a prisoner from self-injury, injury to others or to prevent serious damage to property, provided that in such instances the director shall immediately inform the medical practitioner and report to the higher prison authority.
- 68.3 Instruments of restraint shall not be applied for any longer time than is strictly necessary.
- 68.4 The manner of use of instruments of restraint shall be specified in national law.

De aanbeveling gaat wel in op het gebruik van “force” in het geval van zelfverdediging, poging tot ontsnapping of verzet van betrokkene tegen een “lawful order”, maar niet op dwangbehandeling in een medische context.

## 2.2.6 Recommendation Rec(2008)11 on the European Rules for juvenile offenders subject to sanctions or measures

De *European Rules for juvenile offenders subject to sanctions or measures* (2008)<sup>30</sup> bevatten regels rond de vrijheidsbeneming van jeugdigen. Deze gelden voor alle jeugdigen die op grond van een juridische titel van hun vrijheid zijn beroofd, dus ook voor jeugdigen in gesloten jeugdzorg. Deze aanbeveling van de Raad van Europa uit 2008 is een kind-specifieke versie van de zojuist besproken European prison rules en bevat tal van algemene bepalingen betreffende minderjarige gedetineerden die worden onderworpen aan straffen of maatregelen. De aanbeveling uit 2008 behandelt in algemene zin dezelfde punten als de European prison rules, maar stelt op een aantal punten strengere eisen.<sup>31</sup> De aanbeveling strekt zich uit tot alle vormen van vrijheidsbeneming of –beperking van minderjaren, inclusief “restrictions of their liberty in the community through the imposition of conditions and/or obligations”. De aanbeveling legt veel nadruk op het maximaliseren de mogelijkheden tot “education and development” gedurende de vrijheidsbeneming. Ook al heeft de vrijheidsbeperking een andere (hoofd)reden, belangrijk is om toch zoveel als mogelijk is te steven naar “education and development”. Ook deze aanbeveling gaat vergezeld van een uitvoerige artikelsgewijze toelichting, waarin frequent verbanden worden gelegd met andere internationale

30 Recommendation of the Committee of Ministers to member states on the European Rules for juvenile offenders subject to sanctions or measures, adopted on 5 November 2008, CM/Rec(2008)11

31 Zie ook Rom en Herbots 2009.

richtlijnen op dit gebied (waaronder de hieronder nog te bespreken *Beijing en Havana Rules* van de VN).<sup>32</sup> De aanbeveling behandelt veel algemene thema's. De tabel geeft een overzicht van de bepalingen uit de aanbeveling die specifiek van belang zijn in relatie tot gedwongen zorg.

*Tabel 6 – Rules for juvenile offenders: belangrijkste c.q. kenmerkende normen in relatie tot gedwongen zorg*

#### **Placement**

57 Juveniles who are suffering from mental illness and who are to be deprived of their liberty shall be held in mental health institutions.

#### **Health**

69.2 The health of juveniles deprived of their liberty shall be safeguarded according to recognized medical standards applicable to juveniles in the wider community.

70.1 Particular attention should be paid to dealing with health hazards linked to deprivation of liberty.

70.2 Special policies shall be developed and implemented to prevent suicide and self-harm by juveniles, particularly during their initial detention, segregation and other recognised high risk periods.

72.1 Medical interventions, including the use of medication, shall be made only on medical grounds and not for purposes of maintaining good order or as a form of punishment. The same ethical principles and principles of consent governing medical interventions in free society shall be applied. A record shall be kept of any medical treatment or any drugs administered.

72.2 Juveniles deprived of their liberty shall never be subject to experimental use of drugs or treatment.

#### **Use of force, physical restraint and weapons**

90.1 Staff shall not use force against juveniles except, as a last resort, in self-defence or in cases of attempted escape, physical resistance to a lawful order, direct risk of self-harm, harm to others or serious damage to property.

90.2 The amount of force used shall be the minimum necessary and be applied for the shortest time necessary.

90.3 Staff who deal directly with juveniles shall be trained in techniques that enable the minimal use of force in the restraint of aggressive behavior

91.1 Handcuffs or restraint jackets shall not be used except when less intensive forms of the use of force have failed. Handcuffs may also be used if essential as a precaution against violent behavior or escape during a transfer. They shall be removed when a juvenile appears before a

---

32 [http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/prisons/Commentary\\_Rec\\_2008\\_11E.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/prisons/Commentary_Rec_2008_11E.pdf).

judicial or administrative authority unless that authority decides otherwise.

- 91.2 Instruments of restraint shall not be applied for any longer time than is strictly necessary. The use of chains and irons shall be prohibited.
- 91.3 The manner of use of instruments of restraint shall be specified in national law.
- 91.4 Isolation in a calming down cell as a means of temporary restraint shall only be used exceptionally and only for a few hours and in any case shall not exceed twenty-four hours. A medical practitioner shall be informed of such isolation and given immediate access to the juvenile concerned.

#### **Separation for security and safety reasons**

- 93.1 If in very exceptional cases a particular juvenile needs to be separated from the others for security or safety reasons, this shall be decided by the competent authority on the basis of clear procedures laid down in national law, specifying the nature of the separation, its maximum duration and the grounds on which it may be imposed.
- 93.2 Such separation shall be subject to regular review. In addition, the juvenile may lodge a complaint in terms of Rule 121 about any aspect of such separation. A medical practitioner shall be informed of such separation and given immediate access to the juvenile concerned.

Ook in deze aanbeveling vallen de strikte bepalingen op met betrekking tot dwangmiddelen als fixatie en afzondering.

Zie voor een algemene beschouwing over de vraag in welke mate deze aanbeveling een inspiratiebron kan vormen voor het nationale beleid Uit Beijerse (2012).<sup>33</sup> Zij concludeert dat in de Europese rules een mooi evenwicht is gevonden in het spanningsveld tussen juridische beginselen en de pedagogische praktijk. Deze regels bieden inspiratie om de nationale wetgeving (en met name de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen) op diverse punten aan te vullen en te concretiseren. Om een meer op kinderrechten gericht klimaat te scheppen in de justitiële jeugdinrichtingen, kunnen de regels in de Beginselenwet, naar het voorbeeld van de Europese rules, meer worden toegesneden op de doelgroep: jongeren in ontwikkeling die in de problemen zijn gekomen en daarbij veel steun kunnen gebruiken. We komen daarop in hoofdstuk 5 terug.

### **2.2.7 Guidelines of the Council of Europe on Child-friendly Justice**

De *Guidelines on child-friendly justice*<sup>34</sup> dateren uit 2010 en geven richtlijnen voor een kindgericht rechtssysteem, die niet alleen gelding hebben voor het strafrecht, maar ook voor het privaatrecht en bestuursrecht. Deze richtlijnen betreffen “the issue of the place and role, and the views, rights and needs of the child in judicial proceedings and in alternatives to such proceedings”. Behandeld worden een groot aantal onderwerpen op dit gebied. De betekenis van de richtlijnen met betrekking tot

---

33 Uit Beijerse 2012, p. 65-81.

34 (Recommendation containing) Guidelines of the Committee of Ministers of the Council of Europe on Child-friendly justice, Strasbourg 30 June 2010, CJ-S-CH (2010) 12.

gedwongen zorg is beperkt. Anders dan de hiervoor behandelde aanbevelingen richten deze richtlijnen zich hoofdzakelijk op procedurele kwesties, en blijven inhoudelijke onderwerpen als de toegang tot de gezondheidszorg of het toepassen van dwang op dat gebied buiten beschouwing.

## 2.2.8 Recommendation Rec(2012)5 on the European Code of Ethics for Prison Staff

Deze aanbeveling richt zich vooral op de (ethische) attitude van gevangenispersoneel en noemt ter zake een aantal algemene regels en uitgangspunten. De aanbeveling bevat geen specifieke normen die relevant zijn in de context van gedwongen zorg.

## 2.3 De Verenigde Naties

### 2.3.1 Internationaal Verdrag inzake Burgerlijke en Politieke Rechten

Het Internationale verdrag inzake burgerlijke en politieke rechten (IVBPR) stamt uit 1966 en vertoont tot op zekere hoogte inhoudelijke grote overeenkomsten met het EVRM. De doelstelling van beide verdragen is het beschermen van de fundamentele mensenrechten. De impact van het IVBPR op de Nederlandse rechtsorde is betrekkelijk gering. Dat komt niet alleen door de sterke Europese focus op het EVRM, maar vooral door de bij dat verdrag behorende rechtsgang bij het Europese Hof voor de Rechten van Mens. Het IVBPR voorziet wel in een eigen toezichtmechanisme, maar niet in een gerechtshof dat voor lidstaten bindende uitspraken kan doen. Het Verdrag is vooral van betekenis daar waar de inhoud ervan verder gaat dan het EVRM.

De bepalingen van het IVBPR die van betekenis zijn met betrekking tot gedwongen zorg zijn de artikelen 9 en 10 (recht op persoonlijke vrijheid) en 17 (recht op een privéleven). In vergelijking met de overeenkomende normen uit het EHRM hebben deze bepalingen van het IVBPR geringe meerwaarde. Van belang is wel dat, anders dan in het EVRM gebeurt, in art. 10 IVPBR positief geformuleerde normen bevat voor de behandeling van ingeslotenen. Daartoe behoort vooral de norm van art. 10 lid 1 dat allen die van hun vrijheid zijn beroofd, dienen te worden behandeld met menselijkheid en met eerbied voor de waardigheid, inherent aan de menselijke persoon.

### 2.3.2 Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment

Net als de Raad van Europa (zie par. 2.2.3) hebben ook de Verenigde Naties een verdrag opgesteld tegen marteling en onmenselijke behandeling. Dit verdrag uit 1984 is door Nederland geratificeerd. In 2002 kwam een 'optional protocol' bij dit verdrag tot stand (OPCAT), ten gevolge waarvan een toezichthoudend systeem werd geïntroduceerd. Het OPCAT voorziet onder meer in de verplichting tot oprichting van nationale mechanismen (National Preventive Mechanisms). Voorts wordt in dit systeem een belangrijke rol gespeeld door het Committee against Torture (CAT). Deze commissie brengt landenrapportages uit, waarin kritisch wordt gekeken naar de wijze waarop de aangesloten lidstaten in de praktijk omgaan met de in het verdrag genoemde waarborgen en rechten. Af te



wachten is in hoeverre dit nieuwe mechanisme inhoudelijk van toegevoegde waarde zal zijn ten opzichte van het vergelijkbare Europese mechanisme.

De inhoud van het verdrag komt overeen met het betreffende verdrag van de Raad van Europa en heeft in dit kader geen nadere bespreking. Vermeldenswaard zijn wel de observaties van het CAT met betrekking tot gedwongen zorg in Nederland. In een commentaar uit mei 2013 is de commissie nogal kritisch over de Nederlandse situatie inzake “forced internment in mental health care”. Het gaat de commissie daarbij met name om de frequente toepassing van afzondering, fixatie en dwangmedicatie. Ook meent de commissie dat er onvoldoende onafhankelijk onderzoek wordt gedaan naar de “excessive use” van dwangmiddelen in de psychiatrie.<sup>35</sup> In oktober 2013 ontving de Nederlandse regering een verzoek om inlichtingen van twee ‘special rapporteurs’ van de VN (waaronder de ‘special rapporteur on torture and inhuman treatment’) over een individuele klacht van een Nederlandse ingezetene met betrekking tot dwangtoepassing in de psychiatrie. In deze brief spreken de rapporteurs nog geen oordeel uit, maar er klinkt wel een zeer terughoudende visie op de toepassing van gedwongen zorg binnen instellingen in door, zoals blijkt uit de volgende passage: “It is essential that an absolute ban on all coercive and non-consensual measures, including restraint and solitary confinement of people with psychological or intellectual disabilities, should apply in all places of deprivation of liberty, including in psychiatric and social care institutions (...), with the sole possible exception of temporary measures to prevent harm to the patient or others, and strictly limited to the exigencies of the circumstances”.<sup>36</sup> In december 2013 reageerde de Nederlandse regering op de vragen en opmerkingen van de rapporteurs, door uiteen te zetten welke rechtswaarborgen zijn opgenomen in de geldende (Bopz) en komende (Wvvggz) wetgeving met betrekking tot dwangtoepassing in de psychiatrie.<sup>37</sup>

### 2.3.3 Verdrag inzake de rechten van het kind

Het Internationale Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK) is op 20 november 1989 aanvaard door de Verenigde Naties en sinds 2 september 1990 van kracht. Nederland ratificeerde en bekrachtigde dit verdrag in 1995.<sup>38</sup> Het verdrag biedt een minimumstandaard aan kinderrechten. Een algemene richtlijn voor de uitleg en tenuitvoerlegging van het verdrag biedt artikel 3 lid 1, waarin staat dat bij alle maatregelen betreffende kinderen de belangen van het kind een eerste overweging moeten vormen. Dit zijn maatregelen van rechterlijke instanties, maar ook van bestuurlijke autoriteiten, wetgevende lichamen en openbare of particuliere hulpverleningsinstanties. Het belang van het kind heeft geen absolute voorrang, maar moet bij een conflict van belangen wel als regel de doorslag geven. Toezicht op de naleving van het verdrag vindt plaats doordat er elke vijf jaar een rapportage moet worden uitgebracht aan het Kinderrechtencomité van de Verenigde Naties.

---

35 UN Committee against Torture, Concluding observations on (...) the Netherlands. Adopted by the Committee at its fiftieth session (6-13 May 2013).

36 Brief d.d. 8 oktober 2013 van ‘special rapporteurs’ Grover en Méndez aan de Nederlandse regering, kenmerk AL Health (2002-7) G/SO 214 (53-24) NLD 2/2013.

37 Zie [https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/Netherlands\\_05.12.13\\_\(2.2013\).pdf](https://spdb.ohchr.org/hrdb/24th/Netherlands_05.12.13_(2.2013).pdf).

38 *Kamerstukken II*, 1992/93, 22855, nr.3.

Daarnaast is er sinds 2012 de Kinderombudsman dat als onafhankelijk instituut toezicht moet houden op de implementatie van het verdrag.<sup>39</sup> Deze Kinderombudsman moet bevorderen dat de in het IVRK opgenomen rechten van jeugdigen door bestuursorganen en privaatrechtelijke organisaties worden geëerbiedigd.

In dit verdrag komen bijna alle aspecten van het leven van kinderen aan de orde. Het gaat daarbij zowel om goed onderwijs, goede en bereikbare gezondheidszorg, bescherming tegen discriminatie, mishandeling, uitbuiting, kinderarbeid of oorlogsgeweld als om vrijheid van meningsuiting en meepraten en meebeslissen over zaken die kinderen aangaan. Onderzoek wijst uit dat het IVRK relatief frequent in de Nederlandse rechtspraak wordt toegepast, vooral door lagere rechters.<sup>40</sup> Daarbij gaat het vooral om familiezaken, civiele jeugdzaken, vreemdelingenzaken en procedures op het gebied van de sociale zekerheid. In het strafrecht is het IVRK steeds vaker aan de orde. Naast de mogelijkheid om bepalingen van het IVRK in te roepen in nationale juridische procedures, kunnen klachten over de schending van kinderrechten worden voorgelegd aan het VN Comité voor de Rechten van het Kind, dat zetelt in Genève. Dat individuele klachtrecht is in Nederland echter nog niet van toepassing. Nederland heeft het daartoe strekkende Facultatief Protocol Klachtenprocedure tot op heden nog niet geratificeerd.

*Tabel 7 – De relevante bepalingen uit het IVRK*

### **Artikel 3**

- 1 Bij alle maatregelen betreffende kinderen, ongeacht of deze worden genomen door openbare of particuliere instellingen voor maatschappelijk welzijn of door rechterlijke instanties, bestuurlijke autoriteiten of wetgevende lichamen, vormen de belangen van het kind de eerste overweging.

### **Artikel 9**

- 1 De Staten die partij zijn, waarborgen dat een kind niet wordt gescheiden van zijn of haar ouders tegen hun wil, tenzij de bevoegde autoriteiten, onder voorbehoud van de mogelijkheid van rechterlijke toetsing, in overeenstemming met het toepasselijke recht en de toepasselijke procedures, beslissen dat deze scheiding noodzakelijk is in het belang van het kind. Een dergelijke beslissing kan noodzakelijk zijn in een bepaald geval, zoals wanneer er sprake is van misbruik of verwaarlozing van het kind door de ouders, of wanneer de ouders gescheiden leven en er een beslissing moet worden genomen ten aanzien van de verblijfplaats van het kind.
- 2 In procedures ingevolge het eerste lid van dit artikel dienen alle betrokken partijen de gelegenheid te krijgen aan de procedures deel te nemen en hun standpunten naar voren te brengen.
- 3 De Staten die partij zijn, eerbiedigen het recht van het kind dat van een ouder of beide ouders is gescheiden, op regelmatige basis persoonlijke betrekkingen en rechtstreeks contact met beide

---

<sup>39</sup> Wet van 20 september 2010, *Stb.2010*, 201, 716.

<sup>40</sup> De Graaf e.a. 2012, p. 275.

ouders te onderhouden, tenzij dit in strijd is met het belang van het kind.

#### **Artikel 12**

- 1 De Staten die partij zijn, verzekeren het kind dat in staat is zijn of haar eigen mening te vormen, het recht die mening vrijelijk te uiten in alle aangelegenheden die het kind betreffen, waarbij aan de mening van het kind passend belang wordt gehecht in overeenstemming met zijn of haar leeftijd en rijpheid.
- 2 Hiertoe wordt het kind met name in de gelegenheid gesteld te worden gehoord in iedere gerechtelijke en bestuurlijke procedure die het kind betreft, hetzij rechtstreeks, hetzij door tussenkomst van een vertegenwoordiger of een daarvoor geschikte instelling, op een wijze die verenigbaar is met de procedureregels van het nationale recht

#### **Artikel 19**

- 1 De Staten die partij zijn, nemen alle passende wettelijke en bestuurlijke maatregelen en maatregelen op sociaal en opvoedkundig gebied om het kind te beschermen tegen alle vormen van lichamelijk of geestelijk geweld, letsel of misbruik, lichamelijk of geestelijke verwaarlozing of nalatige behandeling, mishandeling of exploitatie, met inbegrip van seksueel misbruik, terwijl het kind onder de hoede is van de ouder(s), wettige voogd(en) of iemand anders die de zorg voor het kind heeft.

#### **Artikel 20**

- 1 Een kind dat tijdelijk of blijvend het verblijf in het gezin waartoe het behoort, moet missen, of dat men in zijn of haar belang niet kan toestaan in het gezin te blijven, heeft het recht op bijzondere bescherming en bijstand van staatswege.

#### **Artikel 24**

- 1 De Staten die partij zijn, erkennen het recht van het kind op het genot van de grootst mogelijke mate van gezondheid en op voorzieningen voor de behandeling van ziekte en het herstel van de gezondheid. De Staten die partij zijn, streven ernaar te waarborgen dat geen enkel kind zijn of haar recht op toegang tot deze voorzieningen voor gezondheidszorg wordt onthouden.

#### **Artikel 37**

De Staten die partij zijn, waarborgen dat:

- a geen enkel kind wordt onderworpen aan foltering of aan een andere wrede, onmenselijke of ontorende behandeling of bestraffing. Doodstraf noch levenslange gevangenisstraf zonder de mogelijkheid van vrijlating wordt opgelegd voor strafbare feiten gepleegd door personen jonger dan achttien jaar;
- b geen enkel kind op onwettige of willekeurige wijze van zijn of haar vrijheid wordt beroofd. De aanhouding, inhechtenisneming of gevangenneming van een kind geschiedt overeenkomstig de

- wet en wordt slechts gehanteerd als uiterste maatregel en voor de kortst mogelijke passende duur;
- c ieder kind dat van zijn of haar vrijheid is beroofd, wordt behandeld met menselijkheid en met eerbied voor de waardigheid inherent aan de menselijke persoon, en zodanig dat rekening wordt gehouden met de behoeften van een persoon van zijn of haar leeftijd. Met name wordt ieder kind dat van zijn of haar vrijheid is beroofd, gescheiden van volwassenen tenzij het in het belang van het kind wordt geacht dit niet te doen, en heeft ieder kind het recht contact met zijn of haar familie te onderhouden door middel van correspondentie en bezoeken, behalve in uitzonderlijke omstandigheden;
  - d ieder kind dat van zijn of haar vrijheid is beroofd het recht heeft onverwijld te beschikken over juridische en andere passende bijstand, alsmede het recht de wettigheid van zijn vrijheidsberoving te betwisten ten overstaan van een rechter of een andere bevoegde, onafhankelijke en onpartijdige autoriteit, en op een onverwijld beslissing ten aanzien van dat beroep.

#### **Artikel 40**

- 1 De Staten die partij zijn, erkennen het recht van ieder kind dat wordt verdacht van, vervolgd wegens of veroordeeld terzake van het begaan van een strafbaar feit, op een wijze van behandeling die geen afbreuk doet aan het gevoel van waardigheid en eigenwaarde van het kind, die de eerbied van het kind voor de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden van anderen vergroot, en waarbij rekening wordt gehouden met de leeftijd van het kind en met de wenselijkheid van het bevorderen van de herintegratie van het kind en van de aanvaarding door het kind van een opbouwende rol in de samenleving.

Het IVRK bevat geen expliciete bepalingen die handelen over gedwongen zorg. Wel is het zo dat in de rechtspraak over de bovengenoemde verdragsbepalingen af en toe aspecten aan de orde komen die ook relevant kunnen zijn in relatie tot gedwongen zorg. Zo overwoog de rechtbank Maastricht in een zaak dat een langdurig verblijf van de minderjarige in een voor hem niet geschikte instelling in strijd is met artikel 20 IVRK.<sup>41</sup> In juni 2014 oordeelde de rechtbank Amsterdam dat de financiële onmogelijkheid (door 'schotten' in de zorg) om een minderjarige de meest geschikte behandeling te geven, vragen oproep in relatie tot art. 3 IVRK.<sup>42</sup> Meer in het algemeen laat de rechtspraak overigens ook zien dat door rechters verschillend wordt gedacht over de vraag of aan de bepalingen van het IVRK rechtstreekse werking toekomt.<sup>43</sup>

De kinderrechten die betrekking hebben op het jeugdstraf(proces)recht zijn vooral te vinden in de artikelen 37 en 40 IVRK. Artikel 37 bevat voorschriften waaraan moeten worden voldaan met

---

41 Rechtbank Maastricht 6 juli 2010, *LJN* BN2472.

42 Rechtbank Amsterdam 24 juni 2014, *ECLI:NL:RBAMS:2014:3910*: "De kinderrechter roept alle betrokken instanties op om in het belang van de minderjarige (art. 3 IVRK) vooral te kijken naar wat het beste is voor de minderjarige en niet naar de regels. Deze regels zijn in zijn algemeenheid zeker nodig, maar zijn niet heilig".

43 De Graaf e.a. 2012.

betrekking tot de vrijheidsbenaming van jeugdigen en artikel 40 bevat rechten voor jeugdigen die worden verdacht van een strafbaar feit of daarvoor worden vervolgd of veroordeeld. Beide artikelen kunnen rechtstreekse werking hebben, maar het is aan de Nederlandse rechter om dat in het concrete geval te bepalen. Volgens de Hoge Raad spelen daarbij de aard, de inhoud en de strekking van de bepaling alsmede de formulering daarvan een rol. Ook kan worden gekeken naar de bedoeling van de opstellers van het verdrag en naar de bedoeling van de nationale wetgever bij de totstandkoming van de goedkeuringswetgeving.<sup>44</sup> In 2007 verscheen General Comment nr.10, 'Children's Rights in Juvenile Justice'<sup>45</sup>, waarin de artikelen 37 en 40 IVRK nader worden toegelicht op basis van opgedane ervaringen bij het beoordelen van de prestaties van de verdragsstaten.<sup>46</sup>

### 2.3.4 Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap

Het VN Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (VPH) kwam tot stand in 2006. Dit verdrag is door Nederland wel ondertekend, maar nog niet geratificeerd. De ratificatie is echter wel in voorbereiding.<sup>47</sup> Het VPH gaat uit van een ruime definitie van het begrip mensen met een handicap. Hieronder worden volgens art. 1 verstaan: "Persons with disabilities include those who have long-term physical, mental, intellectual or sensory impairments which in interaction with various barriers may hinder their full and effective participation in society on an equal basis with others". Art. 25 VPH heeft betrekking op gezondheid en gezondheidszorg.

Tabel 8 – Artikelen 12, 13, 14, 15 en 25 VPH

#### **Artikel 12. Gelijkheid voor de wet**

- 1 De Staten die Partij zijn bevestigen opnieuw dat personen met een handicap overal als persoon erkend worden voor de wet.

#### **Artikel 13. Toegang tot de rechter**

- 1 De Staten die Partij zijn waarborgen personen met een handicap op voet van gelijkheid met anderen de toegang tot een rechterlijke instantie, met inbegrip van procedurele en leeftijdsconforme voorzieningen, teneinde hun effectieve rol als directe en indirecte partij, waaronder als getuige, in alle juridische procedures, met inbegrip van de onderzoeksfase en andere voorbereidende fasen, te faciliteren.
- 2 Teneinde effectieve toegang tot rechterlijke instanties voor personen met een handicap te helpen

44 *Kamerstukken II*, 1992/93, 22855, nr.3, p.8-9.

45 UN Committee on the Rights of the Child, General Comment No. 10, Children's rights in juvenile justice, 25 April 2007, CRC/C/GC/10.

46 Mijnarends 1999, p. 36-37.

47 *Kamerstukken II*, 2012/13, 29355, nr. 54. In deze brief aan de Tweede Kamer meldt de verantwoordelijke staatssecretaris dat uit een analyse door het Studie- en Informatiecentrum Mensenrechten (SIM) is gebleken dat het verdrag geen nieuwe rechten creëert.

waarborgen, bevorderen de Staten die Partij zijn passende training voor diegenen die werkzaam zijn in de rechtsbedeling, met inbegrip van medewerkers van politie en het gevangeniswezen.

#### **Artikel 14 .Vrijheid en veiligheid van de persoon**

- 1 De Staten die Partij zijn waarborgen dat personen met een handicap op voet van gelijkheid met anderen:
  - a het recht op vrijheid en veiligheid van hun persoon genieten;
  - b niet onrechtmatig of willekeurig van hun vrijheid worden beroofd, en dat iedere vorm van vrijheidsontneming geschiedt in overeenstemming met de wet, en dat het bestaan van een handicap in geen geval vrijheidsontneming rechtvaardigt.
- 2 De Staten die Partij zijn waarborgen dat indien personen met een handicap op grond van enig proces van hun vrijheid worden beroofd, zij op voet van gelijkheid met anderen recht hebben op de waarborgen in overeenstemming met internationale mensenrechtenverdragen en in overeenstemming met de doelstellingen en beginselen van dit Verdrag worden behandeld, met inbegrip van de verschaffing van redelijke aanpassingen

#### **Artikel 15. Vrijwaring van foltering en andere wrede, onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing**

- 1 Niemand zal worden onderworpen aan folteringen of aan wrede, onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen. In het bijzonder zal niemand zonder zijn of haar in vrijheid gegeven toestemming worden onderworpen aan medische of wetenschappelijke experimenten.
- 2 De Staten die Partij zijn nemen alle doeltreffende wetgevende, bestuurlijke, juridische of andere maatregelen om, op gelijke wijze als voor anderen, te voorkomen dat personen met een handicap worden onderworpen aan folteringen of aan wrede, onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen.

#### **Artikel 25. Gezondheid**

De Staten die Partij zijn erkennen dat personen met een handicap zonder discriminatie op grond van hun handicap recht hebben op het genot van het hoogst haalbare niveau van gezondheid. De Staten die Partij zijn nemen alle passende maatregelen om personen met een handicap de toegang te waarborgen tot diensten op het gebied van seksespecifieke gezondheidszorg, met inbegrip van revalidatie. In het bijzonder zullen de Staten die Partij zijn:

- a personen met een handicap voorzien van hetzelfde aanbod met dezelfde kwaliteit en volgens dezelfde normen voor gratis of betaalbare gezondheidszorg en –programma's die aan anderen worden verstrekt, waaronder op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid, en op de populatie toegesneden programma's op het gebied van volkgezondheid;
- b die diensten op het gebied van gezondheidszorg verschaffen die personen met een handicap in het bijzonder vanwege hun handicap behoeven, waaronder vroegtijdig opsporen en, zonedig, ingrijpen, diensten om het ontstaan van nieuwe handicaps te beperken en te voorkomen, ook onder kinderen en ouderen;
- c deze gezondheidsdiensten zo dicht mogelijk bij de eigen gemeenschap van de mensen

- verschaffen, ook op het platteland;
- d van vakspecialisten in de gezondheidszorg eisen dat zij aan personen met een handicap zorg van dezelfde kwaliteit verlenen als aan anderen, met name dat zij de in vrijheid, op basis van goede informatie, gegeven toestemming verkrijgen van de betrokken gehandicapte, door onder andere het bewustzijn bij het personeel van de mensenrechten, waardigheid, autonomie en behoeften van personen met een handicap te vergroten door middel van training en het vaststellen van ethische normen voor de publieke en private gezondheidszorg;
  - e discriminatie van personen met een handicap bij de acceptatie voor een ziektekostenverzekering en levensverzekering verbieden, indien een dergelijke verzekering is toegestaan volgens het nationale recht en op basis van redelijkheid en billijkheid wordt verstrekt;
  - f voorkomen dat gezondheidszorg, gezondheidsdiensten, voedsel en vloeistoffen op discriminatoire gronden vanwege een handicap worden ontzegd.

Het VPH is met name gericht op het tegengaan van discriminatie. In veel bepalingen staat centraal dat een persoon met een handicap in gelijke mate toegang moet kunnen hebben tot voorzieningen als onderwijs, gezondheidszorg, rechtssysteem en arbeidsmarkt als personen zonder een handicap. Naast bepalingen met directe betekenis op het terrein van gedwongen zorg, zoals artikel 14, kan het VPH op een meer indirecte manier kan bijdragen aan de rechtsbescherming in relatie tot gedwongen zorg, met name waar dit verdrag de aangesloten staten ertoe verplicht om mensen met een handicap ondersteuning te bieden bij het nemen van beslissingen en hun procedurele rechten te waarborgen (zie de artikelen 13 en 15 VPH). Dit kan aan de orde zijn in situaties waarin wilsonbekwame patiënten worden geconfronteerd met omstandigheden die als vrijheidsbeperking of vrijheidsbeneming kunnen worden gekarakteriseerd. De bepalingen van het VPH kunnen dan mensenrechten die in andere verdragen (als het EVRM) worden genoemd aanvullen of accentueren.<sup>48</sup>

De VPH voorziet in een Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Deze commissie publiceerde in maart 2014 een 'general comment' betreffende de inhoud van art. 12 van het verdrag en de samenhang tussen art. 12 en een aantal andere verdragsbepalingen.<sup>49</sup> De commissie hangt het standpunt aan dat het VPH toepassing van gedwongen zorg bij mensen met beperkingen verbiedt, omdat er dan sprake zou zijn van het maken van een ongerechtvaardigd onderscheid op basis van die beperking. Hierop is kritiek geuit door Blankman, die erop wijst dat de nogal absolute stellingname van het comité zich niet verdraagt met andere internationale verdragen, zoals het EVRM, die dwangbehandeling weliswaar typeren als een uiterst middel, maar niet helemaal uitsluiten.<sup>50</sup> Blankman pleit ervoor dat de Nederlandse regering, in het kader van de ratificatie van het VPH, zich nadrukkelijk uit laat over de interpretatie van art. 12.

---

48 Zie de noot van Hendriks bij EHRM 14 februari 2012, D.D. v. Litouwen, JVGZ 2012/25.

49 UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General comment No 1 (2014). 11 april 2014.

50 Blankman 2014, p. 10-14.

## 2.3.5 UN Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care 1991

Deze 25 *Principles* dateren uit 1991 en richten zich op de minimale mensenrechtenstandaarden die in acht genomen dienen te worden ten aanzien van psychiatrische patiënten. De *Principles* gaan niet alleen over dwangopneming en dwangbehandeling, maar richten zich ook op ambulante behandeling en op de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg. Exemplarisch voor de aanpak en mate van detaillering van de UN *Principles* is Principle 11, die handelt de behandeling van de patiënt.

Tabel 9 – Principle 11: Consent to treatment

- 1 No treatment shall be given to a patient without his or her informed consent, except as provided for in paragraphs 6, 7, 8, 13 and 15 of the present principle.
- 2 Informed consent is consent obtained freely, without threats or improper inducements, after appropriate disclosure to the patient of adequate and understandable information in a form and language understood by the patient on:
  - (a) The diagnostic assessment;
  - (b) The purpose, method, likely duration and expected benefit of the proposed treatment;
  - (c) Alternative modes of treatment, including those less intrusive;
  - (d) Possible pain or discomfort, risks and side-effects of the proposed treatment.
- 3 A patient may request the presence of a person or persons of the patient's choosing during the procedure for granting consent.
- 4 A patient has the right to refuse or stop treatment, except as provided for in paragraphs 6, 7, 8, 13 and 15 of the present principle. The consequences of refusing or stopping treatment must be explained to the patient.
- 5 A patient shall never be invited or induced to waive the right to informed consent. If the patient should seek to do so, it shall be explained to the patient that the treatment cannot be given without informed consent.
- 6 Except as provided in paragraphs 7, 8, 12, 13, 14 and 15 of the present principle, a proposed plan of treatment may be given to a patient without a patient's informed consent if the following conditions are satisfied:
  - (a) The patient is, at the relevant time, held as an involuntary patient;
  - (b) An independent authority, having in its possession all relevant information, including the information specified in paragraph 2 of the present principle, is satisfied that, at the relevant time, the patient lacks the capacity to give or withhold informed consent to the proposed plan of treatment or, if domestic legislation so provides, that, having regard to the patient's own safety or the safety of others, the patient unreasonably withholds such consent;
  - (c) The independent authority is satisfied that the proposed plan of treatment is in the best interest of the patient's health needs.
- 7 Paragraph 6 above does not apply to a patient with a personal representative empowered by law to consent to treatment for the patient; but, except as provided in paragraphs 12, 13, 14 and 15 of the present principle, treatment may be given to such a patient without his or her informed consent if the personal representative, having been given the information described in paragraph 2 of the present principle, consents on the patient's behalf.



- 8 Except as provided in paragraphs 12, 13, 14 and 15 of the present principle, treatment may also be given to any patient without the patient's informed consent if a qualified mental health practitioner authorized by law determines that it is urgently necessary in order to prevent immediate or imminent harm to the patient or to other persons. Such treatment shall not be prolonged beyond the period that is strictly necessary for this purpose.
- 9 Where any treatment is authorized without the patient's informed consent, every effort shall nevertheless be made to inform the patient about the nature of the treatment and any possible alternatives and to involve the patient as far as practicable in the development of the treatment plan.
- 10 All treatment shall be immediately recorded in the patient's medical records, with an indication of whether involuntary or voluntary.
- 11 Physical restraint or involuntary seclusion of a patient shall not be employed except in accordance with the officially approved procedures of the mental health facility and only when it is the only means available to prevent immediate or imminent harm to the patient or others. It shall not be prolonged beyond the period which is strictly necessary for this purpose. All instances of physical restraint or involuntary seclusion, the reasons for them and their who is restrained or secluded shall be kept under humane conditions and be under the care and close and regular supervision of qualified members of the staff. A personal representative, if any and if relevant, shall be given prompt notice of any physical restraint or involuntary seclusion of the patient.
- 12 Sterilization shall never be carried out as a treatment for mental illness.
- 13 A major medical or surgical procedure may be carried out on a person with mental illness only where it is permitted by domestic law, where it is considered that it would best serve the health needs of the patient and where the patient gives informed consent, except that, where the patient is unable to give informed consent, the procedure shall be authorized only after independent review.
- 14 Psychosurgery and other intrusive and irreversible treatments for mental illness shall never be carried out on a patient who is an involuntary patient in a mental health facility and, to the extent that domestic law permits them to be carried out, they may be carried out on any other patient only where the patient has given informed consent and an independent external body has satisfied itself that there is genuine informed consent and that the treatment best serves the health needs of the patient.
- 15 Clinical trials and experimental treatment shall never be carried out on any patient without informed consent, except that a patient who is unable to give informed consent may be admitted to a clinical trial or given experimental treatment, but only with the approval of a competent, independent review body specifically constituted for this purpose.
- 16 In the cases specified in paragraphs 6, 7, 8, 13, 14 and 15 of the present principle, the patient or his or her personal representative, or any interested person, shall have the right to appeal to a judicial or other independent authority concerning any treatment given to him or her.

De UN *Principles* zijn in de literatuur bekritiseerd om het feit dat zij vrij ruime inhoudelijke criteria voor het toepassen van dwang bevatten en daarmee wellicht te weinig bescherming bieden tegen

inbreuken op de grondrechten van psychiatrische patiënten.<sup>51</sup> Zo zijn de criteria in Principle 16 over dwangopneming sterk gefocust op behandeldoelinden en laat Principle 11 onder meer de dwangbehandeling van wilsbekwame patiënten toe (zie onder 6b van Principle 11). Daar staat tegenover dat de Principles een groot aantal procedurele waarborgen bevatten.<sup>52</sup> Zo is voor het kunnen uitvoeren van een dwangbehandeling de beslissing van een “independent authority” vereist. Aan die voorwaarde voldoet de huidige Wet Bopz bijvoorbeeld niet, maar het wetsvoorstel verplichte ggz overigens wel.<sup>53</sup> Maar de sterk procedurele benadering is wel het meest opvallende kenmerk van de UN Principles. Sinds de Principles meer dan 20 jaar geleden tot stand kwamen, is er in het denken over de rechtspositie van psychiatrische patiënten wel het nodige veranderd. Niettemin kunnen de Principles ten aanzien van mogelijke keuzen betreffende de rechtsbescherming van deze groep patiënten nog steeds inspiratie bieden. Opvallend is dat het EHRM nog in 2012, in de zaak Plesó tegen Hongarije, naar Principle 16 verwees<sup>54</sup>, en niet naar de vergelijkbare, en recentere, aanbeveling van de Raad van Europa op dit gebied (Recommendation Rec(2004)10 concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder, zie hiervoor § 2.2.4).

### 2.3.6 UN Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (Beijing Rules, 1985) en de UN Rules for the Protection of Juveniles Deprived of their Liberty (Havana Rules, 1990)

In 1985 werden de *United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (Beijing Rules)* aangenomen<sup>55</sup> met normen voor de toepassing van het jeugdstrafrecht, die zijn opgesteld vanuit het oogpunt van de rechten van het kind en zijn ontwikkeling. In 1990 zijn specifiek voor jeugdigen die van hun vrijheid zijn beroofd, de *United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of their Liberty (Havana Rules)*.<sup>56</sup> Deze resoluties van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties hebben naar internationaal recht de status van een aanbeveling. Het zijn richtlijnen in de vorm van minimumgrenzen waarop de lidstaten hun beleid en regels kunnen baseren.<sup>57</sup> Naar deze al wat oudere teksten van de Verenigde Naties wordt in de tekst van of de toelichting bij recentere verdragen en richtlijnen op dit gebied regelmatig verwezen. Beide Rules vormden jarenlang een belangrijke inspiratiebron voor de praktijk en het beleid inzake ‘juvenile justice’. Inmiddels zijn de belangrijkste uitgangspunten en onderdelen ervan dus ook te vinden in recentere teksten, zij het niet altijd met de mate van detaillering van de Rules zelf. Beide Rules hebben nog steeds normatieve betekenis. Van belang in dit kader is zijn vooral de *Havana Rules*. Het vertrekpunt daarvan is:

---

51 Rosenthal en Rubenstein 1993, p. 257-300.

52 Legemaate, Frederiks en De Roode 2007, p. 25.

53 In het wetsvoorstel verplichte ggz is dwangbehandeling een onderdeel van een door de rechter toe te kennen zorgmachtiging. Zie nader hoofdstuk 3.

54 EHRM 2 oktober 2012, Plesó v. Hongarije, NJ 2014/245, m.nt. Legemaate, r.o. 38 en 68.

55 United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice, 29 November 1985, A/RES/40/33.

56 United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of their Liberty, 14 December 1990, A/RES/45/113.

57 Blaak e.a. 2012, p. 833-835.

Deprivation of the liberty of a juvenile should be a disposition of last resort and for the minimum necessary period and should be limited to exceptional cases” (preamble).

*Tabel 10 – De belangrijkste normen uit de Beijing en Havana Rules van de VN*

### **Beijing Rules (1995)**

- 5.1 The juvenile justice system shall emphasize the well-being of the juvenile and shall ensure that any reaction to juvenile offenders shall always be in proportion to the circumstances of both the offenders and the offence.
- 18.1 A large variety of disposition measures shall be made available to the competent authority, allowing for flexibility so as to avoid institutionalization to the greatest extent possible.
- 24.1 Efforts shall be made to provide juveniles, at all stages of the proceedings, with necessary assistance such as lodging, education or vocational training, employment or any other assistance, helpful and practical, in order to facilitate the rehabilitative process.
- 26.1 The objective of training and treatment of juveniles placed in institutions is to provide care, protection, education and vocational skills, with a view to assisting them to assume socially constructive and productive roles in society.
- 26.2 Juveniles in institutions shall receive care, protection and all necessary assistance - social, educational, vocational, psychological, medical and physical - that they may require because of their age, sex and personality and in the interest of their wholesome development.
- 26.3 Juveniles in institutions shall be kept separate from adults and shall be detained in a separate institution or in a separate part of an institution also holding adults.

### **Havana Rules (1990)**

- 11 For the purposes of the Rules, the following definitions should apply:
  - ( b ) The deprivation of liberty means any form of detention or imprisonment or the placement of a person in a public or private custodial setting, from which this person is not permitted to leave at will, by order of any judicial, administrative or other public authority.
- 12 The deprivation of liberty should be effected in conditions and circumstances which ensure respect for the human rights of juveniles. Juveniles detained in facilities should be guaranteed the benefit of meaningful activities and programmes which would serve to promote and sustain their health and selfrespect, to foster their sense of responsibility and encourage those attitudes and skills that will assist them in developing their potential as members of society.
- 32 The design of detention facilities for juveniles and the physical environment should be in keeping with the rehabilitative aim of residential treatment, with due regard to the need of the juvenile for privacy, sensory stimuli, opportunities for association with peers and participation in sports, physical exercise and leisure-time activities (...).
- 49 Every juvenile shall receive adequate medical care, both preventive and remedial, including dental, ophthalmological and mental health care, as well as pharmaceutical products and special diets as medically indicated. All such medical care should, where possible, be provided to detained juveniles through the appropriate health facilities and services of the community in which the detention facility is located, in order to prevent stigmatization of the juvenile and promote self-

respect and integration into the community.

- 51 The medical services provided to juveniles should seek to detect and should treat any physical or mental illness, substance abuse or other condition that may hinder the integration of the juvenile into society.
- 53 A juvenile who is suffering from mental illness should be treated in a specialized institution under independent medical management. Steps should be taken, by arrangement with appropriate agencies, to ensure any necessary continuation of mental health care after release.
- 63 Recourse to instruments of restraint and to force for any purpose should be prohibited, except as set forth in rule 64 below.
- 64 Instruments of restraint and force can only be used in exceptional cases, where all other control methods have been exhausted and failed, and only as explicitly authorized and specified by law and regulation. They should not cause humiliation or degradation, and should be used restrictively and only for the shortest possible period of time. By order of the director of the administration, such instruments might be resorted to in order to prevent the juvenile from inflicting self-injury, injuries to others or serious destruction of property. In such instances, the director should at once consult medical and other relevant personnel and report to the higher administrative authority.

## 2.4 Conclusies

Uit het in dit hoofdstuk opgenomen overzicht van internationale verdragen en richtlijnen en de daarop betrekking hebbende jurisprudentie van het EHRM komt naar voren dat een belangrijk internationaal normenkader met betrekking tot gedwongen zorg voorhanden is. Dit normenkader bestaat zowel uit de globale mensenrechten zoals verwoord in de relevante verdragen als uit veel preciezere normstellingen, zoals deze in de genoemde richtlijnen zijn opgenomen. De betreffende teksten komen qua inhoud in belangrijke mate overeen. Internationale richtlijnen worden ook wel aangeduid als 'soft law', en hebben als zodanig geen bindende juridische kracht. Zij zijn vooral adviserend en richtinggevend bedoeld. Toch moet de juridische betekenis van deze 'soft law' niet worden onderschat. Niet alleen het EHRM maar ook toezichthoudende instanties als het CPT verwijzen regelmatig expliciet naar 'soft law'. De vraag is of de inhoud van deze 'soft law' in Nederland voldoende bekend is.

In de volgende hoofdstukken zal op geëigende momenten een verbinding worden gelegd tussen het nationale recht en het internationale normenkader. Dan zal ook blijken of er in de Nederlandse regelgeving bepalingen aan te wijzen zijn die op gespannen voet staan met of juist inspiratie kunnen putten uit internationale bepalingen. Het in dit hoofdstuk gegeven overzicht biedt daarvoor een aantal aanknopingspunten. Daarbij valt in het bijzonder te denken aan de volgende thema's:

- de feitelijke benadering van het EHRM met betrekking tot vrijheidsbeneming als bedoeld in art. 5 EVRM;
- de dwangbehandeling van wilsbekwame patiënten;
- de mate van wettelijke rechtsbescherming bij de opnemings van patiënten uit de categorie 'geen bereidheid, geen bezwaar';
- de grote terughoudendheid in de internationale richtlijnen (en ook bij organisaties van de VN) ten aanzien van het toepassen van afzondering en fixatie;

- het pleidooi in internationale richtlijnen om de positie van jeugdigen in het civiele en in het strafstelsel zoveel mogelijk op één lijn te stellen, en het belang dat wordt gehecht aan de mogelijkheden voor een goede opvoeding;
- de betekenis die in internationale teksten wordt gegeven aan het zoveel mogelijk respecteren van de wensen en opvattingen van personen die gedwongen zorg ondergaan.



# 3

## Gedwongen zorg in de ggz, verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric

In dit hoofdstuk worden het huidige en toekomstige wettelijke kader voor de toepassing van dwang en drang bij psychiatrisch patiënten, psychogeriatric patiënten en personen met een verstandelijke beperking besproken,<sup>58</sup> evenals de bevindingen uit het empirisch onderzoek over de toepassing van dwang en drang in de praktijk. Bij de huidige wetgeving gaat het voor beide sectoren om de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Deze wet zal naar verwachting worden vervangen door de Wet verplichte geestelijke gezondheid (Wvvgz) – die gaat over gedwongen zorg bij psychiatrisch patiënten – en de Wet zorg en dwang (WZD) – die gaat over gedwongen zorg bij psychogeriatric patiënten en personen met een verstandelijke handicap. De opzet van dit hoofdstuk is als volgt. In par. 3.1 wordt eerst een beeld gegeven van beide sectoren, de ontwikkelingen daarbinnen en de opzet van het empirisch onderzoek. In par. 3.2 wordt ingegaan op de belangrijkste Wet Bopz-bepalingen voor toepassing van dwang en drang bij patiënten uit genoemde doelgroepen. Het grootste deel van het empirisch onderzoek wordt in par. 3.3 weergegeven. Hierna zullen de mogelijkheden en grenzen voor gedwongen zorg in de context van de toekomstige wetgeving uiteengezet worden. In par. 3.4 zal de Wvvgz worden besproken, en in par. 3.5 de WZD. Vervolgens wordt in par. 3.6 in meer beschouwende zin bij de genoemde wetsvoorstellen stilgestaan. In dat verband wordt niet alleen aandacht besteed aan elk van beide wetten afzonderlijk, maar ook aan punten die bij een vergelijking van de toekomstige wetsvoorstellen naar voren komen.

### 3.1 Inleiding

#### 3.1.1 Typering van de sectoren

##### 3.1.1.1 Psychiatric

Binnen de sector van de algemene GGZ staat de hulpverlening aan jeugdigen en volwassenen die psychisch ziek zijn centraal. Bij sommige GGZ-patiënten is bovendien sprake van delinquent gedrag.

---

<sup>58</sup> In bijlage G, schema A wordt een overzicht gegeven van de mogelijkheden tot toepassing van dwang en drang op grond van de huidige en toekomstige wetgeving op het terrein van de GGZ.

De hulp binnen de GGZ strekt er toe psychiatrische zorg (behandeling, verzorging en preventie) aan genoemde patiëntengroepen te verlenen, en hen of hun omgeving tegen door hen veroorzaakt gevaar te beschermen. Men vergelijkte dit met de jeugdzorg en de forensische zorg waarin ook andere doelen aan de orde zijn, zoals ondersteuning van de ontwikkeling van het kind respectievelijk tenuitvoerlegging van een straf of maatregel die aan de betrokkene is opgelegd. Binnen de sector van de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatric ligt het accent binnen de zorgverlening op verzorging en begeleiding; behandeling en preventie zijn binnen die sector maar beperkt mogelijk. Mensen met een psychische aandoening zijn niet altijd bereid aan de daarvoor noodzakelijke zorg of bijstand hun medewerking te verlenen. Dit kan samenhangen met hun ziekte, maar ook met hun verwachtingen en wensen aangaande de hulpverlening, in de zin dat die niet goed aansluiten bij de zorgverleningspraktijk. Sommigen keren zich zelfs af van de zorgverlening, de zogenaamde 'zorgwekkende zorgmijders'. Normaal gesproken wordt alleen zorg verleend indien de patiënt/cliënt daarom vraagt en daarmee vervolgens instemt, maar als binnen de GGZ onverkort aan dit uitgangspunt zou worden vastgehouden, kunnen mensen die zorg behoeven van hulp verstoken blijven. Hierdoor zou hun toestand nog verder kunnen verslechteren en het gevaar dat zij door hun geestelijke stoornis veroorzaken nog verder kunnen toenemen. Het evenwicht tussen zelfbeschikking door het individu en bescherming van individu en samenleving luistert wel zeer nauw, en omdat bij gedwongen zorg inbreuk wordt gemaakt op fundamentele rechten, dient hiervoor een wettelijke grondslag aanwezig te zijn (legaliteitsbeginsel).

Vooralsnog moet de juridische basis voor gedwongen zorg in het kader van zowel de (jeugd)psychiatrie als de geriatrie en verstandelijk gehandicaptenzorg in de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) en de daarop gebaseerde uitvoeringsregelingen worden gezocht. Er zijn momenteel twee wetsvoorstellen bij het Parlement aanhangig die in de toekomst voor deze twee sectoren afzonderlijk in de wettelijke grondslagen voor gedwongen zorg zullen voorzien: de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (kamerstuk 32399) en de Wet zorg en dwang psychogeriatric en verstandelijk gehandicapte cliënten (kamerstuk 31996). De hoofddoelstelling van de huidige en voorgenomen wetgeving is eensluidend: het afwenden van gevaar voor personen of goederen en het bieden van zorg en behandeling aan patiënten die zorg of hulp behoeven, waarbij hun lichamelijke integriteit en hun persoonlijke vrijheid zoveel mogelijk moeten worden gerespecteerd. Genoemde wetten verschillen echter in de accentuering binnen deze doelstelling, de vertaling daarvan in uitgangspunten en criteria voor gedwongen zorg en in de wettelijke modaliteiten die deze mogelijk maken.

### **3.1.1.2 Verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric**

Psychogeriatric patiënten zijn ouderen die lijden aan ziekten die gepaard gaan met onder andere cognitieve problemen, problemen in het alledaagse leven en het tijdsbesef; in verreweg de meeste gevallen gaat het daarbij om dementie ( een progressieve neurodegeneratieve aandoening). In feite fungeert 'dementie' vaak als verzamelnaam voor psychogeriatric aandoeningen. Bij verstandelijk gehandicapten is sprake van functioneringsproblemen die voor het 18<sup>e</sup> levensjaar ontstaan zijn en worden gekenmerkt door significante (maar per individu in ernst variërende) beperkingen in zowel het intellectuele functioneren als in het adaptieve gedrag en de daarvoor noodzakelijke conceptuele,



sociale en praktische vaardigheden.<sup>59</sup> Van deze beide populaties woont een deel thuis en een ander deel in instellingen of speciale woonvormen. Bij psychogeriatrische patiënten betreft het psychogeriatrische verpleeghuizen of psychogeriatrische afdelingen van verpleeg- of verzorgingshuizen. Bij verstandelijk gehandicapten is sprake van een breder scala aan woonvormen. De traditionele grote instituten zijn steeds meer vervangen door kleinere voorzieningen en woningen in de wijk, en instellingen voor verstandelijk gehandicaptenzorg bieden zorgvormen aan die variëren van intensieve 24-uurszorg tot begeleiding bij zelfstandig wonen. Over de uitgangspunten van de te verlenen zorg bestaat in grote mate overeenstemming: de zorg dient gebaseerd te zijn op respect voor de persoon met zijn eigen voorkeuren en wensen en zoveel mogelijk gericht te zijn op de mogelijkheden tot zelfbeschikking/ zelfontplooiing die de betreffende patiënt nog heeft. Tegelijk houdt goede zorg ook in dat patiënten beschermd worden tegen de consequenties die hun gedrag kan hebben voor de veiligheid en het welzijn van henzelf of anderen; als daarvoor vrijheidsbeperkende maatregelen nodig zijn, dient de toepassing daarvan zo beperkt mogelijk te zijn en te berusten op zorgvuldige besluitvorming.

### 3.1.1.3 Aantallen dwangopnames en dwangtoepassingen in deze sectoren

Om een inschatting van de grootte van de sector te krijgen, is in onderstaande tabel weergegeven hoeveel dwangopnames er in de afgelopen vier jaar op grond van de Wet Bopz zijn opgelegd. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen de sectoren.

Tabel 3.1: Aantal dwangopnames Wet Bopz

	2010	2011	2012	2013
Inbewaringstelling	7.422	7.458	7.382	7.965
Voorlopige machtiging	5.690	5.837	5.941	6.174
Machtiging voortgezet verblijf	3.455	3.620	3.705	3.966
Machtiging eigen verzoek betrokkene	77	86	92	64

Bron: Raad voor de Rechtspraak

Bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wordt het aantal dwangbehandelingen en het aantal middelen en maatregelen bijgehouden. Dit is in de onderstaande tabel opgenomen, waarbij onderscheid is gemaakt tussen de sectoren GGZ, verstandelijk gehandicaptenzorg en ouderenzorg. In de tabellen is te zien dat in de GGZ separatie en medicatie het meest voorkomen, in de verstandelijk gehandicaptenzorg afzondering en fixatie en in de ouderenzorg dwangmedicatie. In de ouderenzorg worden het minst frequent dwangmaatregelen ingezet. Het aantal dwangbehandelingen en middelen en maatregelen is niet verdisconteerd naar de omvang van de sector, omdat de cijfers over dwangopnames per sector niet beschikbaar zijn.

59 Zie (ook voor een uitvoeriger schets van patiëntenpopulaties en zorgvormen) Arends 2005 en Frederiks 2004.

Tabel 3.2: Aantal dwangbehandelingen en middelen & maatregelen in 2013

2013	Dwang	M&M	Dwang	M&M	Dwang	M&M
	GGZ	GGZ	VG	VG	ouderen	ouderen
Separatie	726	5509	57	64	3	1
Afzondering	317	1270	317	588	13	3
Fixatie	100	396	280	969	59	5
Medicatie	1163	2823	33	47	229	48
Vocht en voeding	54	71	1	0	3	0

Bron: BOPZis, IGZ.

## 3.1.2 Ontwikkelingen binnen de wetgevingsterreinen

### 3.1.2.1 Psychiatrie

De huidige Wet Bopz<sup>60</sup> verving op 17 januari 1994 de Krankzinnigenwet. Achtergrond van die (overigens moeizaam verlopen) wetgevingsoperatie waren de zich ontwikkelende maatschappelijke opvattingen en de jurisprudentie, en met name de gedachte dat een persoon die gedwongen in een psychiatrisch ziekenhuis wordt opgenomen, aanspraak maakt op meer rechtsbescherming dan waarin door de Krankzinnigenwet werd voorzien.<sup>61</sup> De voornaamste verandering van de Wet Bopz ten opzichte van haar voorganger is dat deze als vertrekpunt heeft, dat de zelfbeschikking van patiënten maximaal moet worden gerespecteerd. Dit komt met name tot uitdrukking in twee belangrijke uitgangspunten van de wet: patiënten kunnen alleen indien zij gedwongen opgenomen zijn aan dwangbehandeling worden onderworpen; en de door de rechter afgegeven machtiging legitimeert alleen tot gedwongen opname van de betrokkene, en niet tot gedwongen behandeling. De Wet Bopz wordt daarom ook wel gekarakteriseerd als een 'opnamewet'.<sup>62</sup> In de afgelopen decennia zijn het behandelperspectief en het belang van gedwongen behandeling echter steeds meer op de voorgrond komen te staan.<sup>63</sup> Belangrijke wetswijzigingen in dit verband betreffen de invoering van de voorwaardelijke machtiging in 2004<sup>64</sup> en de zelfbindingsverklaring (tot opname, verblijf en behandeling of voorzetting van onvrijwillige opname),<sup>65</sup> en de uitbreiding van de mogelijkheden tot dwangbehandeling in 2008.<sup>66</sup> Bij wet van 13 juli 2002 werd ook de 'observatiemachtiging' aan de wet toegevoegd (bedoeld om te bezien of iemand lijdt aan een geestelijke stoornis en voor zichzelf gevaar

60 Stb. 1992, 669.

61 Keurentjes 2004, p. 17.

62 Zie bijv. een uitspraak van de Rechtbank Assen van 16 februari 2010 waarin de beslissing over (voortzetting van) gedwongen opname uitsluitend wordt gebaseerd op het afwenden van gevaar voor derden; het behandelperspectief is daarvoor niet relevant. ECLI:NL:RB:2010:77463, NJ 2010, 617 (m.nt. J. Legemaate).

63 Dörenberg 2011a, p. 280.

64 Wet van 13 juli 2002, Stb. 2002, 431, laatstelijk gewijzigd bij wet van 25 februari 2008, Stb. 2008, 80.

65 Wet van 20 november 2006, Stb. 2006, 680.

66 Wet van 25 februari 2008, Stb. 2008, 80.

veroorzaakt), maar die werd, omdat er in de praktijk geen gebruik van werd gemaakt, in 2009 weer uit de wet geschrapt.

De brede reikwijdte van de Wet Bopz – zij geldt voor gedwongen zorg die wordt verleend in psychiatrische ziekenhuizen, instellingen voor psychogeriatrische zorg en verstandelijk gehandicaptenzorg, psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen, instellingen voor verslavingszorg en instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie – was tijdens de parlementaire behandeling van de wet een belangrijke discussiepunt: was zij wel geschikt voor toepassing op psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten? Uit onderzoek naar de werking van de Wet Bopz kwam naar voren dat die twijfels terecht zijn geweest: met name deze sectoren blijken minder goed met de bepalingen van de wet uit de voeten te kunnen.<sup>67</sup> Aan de discussie kwam een einde toen de regering in 2004 (in haar standpunt op het rapport van de Tweede evaluatiecommissie Wet Bopz) besloot voor de sector van de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicapten zorg een aparte wettelijke regeling tot stand te brengen.<sup>68</sup> In 2005 schetste de regering de contouren van een nieuwe wettelijke regeling voor vrijheidsbeperking en -beneming bij mensen met dementie of een verstandelijke handicap; zie verder par. 3.5.

De Wet Bopz is sinds haar inwerkingtreding drie keer geëvalueerd.<sup>69</sup> Uit die evaluatieonderzoeken volgt niet alleen dat de wet vanwege haar complexiteit (die mede het gevolg is van de vele wijzigingen die zij heeft ondergaan) moeilijk uitvoerbaar is, maar ook dat zij tekortschiet in de mogelijkheden om vorm te geven aan de zorgplicht en het recht op behandeling van mensen met een psychische stoornis. Een ander in de evaluatieonderzoeken geconstateerde tekortkoming is dat de principes van doelmatigheid, subsidiariteit en proportionaliteit onvoldoende door de wet worden gewaarborgd. De jeugdpsychiatrie krijgt in de evaluatieonderzoeken veel aandacht. Hier doen zich bijzondere problemen voor, waarbij het met name gaat om jeugdigen met ernstige, gevaar veroorzakende gedragsproblemen.<sup>70</sup> Een probleem dat zich niet beperkt tot de jeugdpsychiatrie, maar daar wel hoog opspeelt, betreft de gebrekkige afstemming van de Wet Bopz met wetgeving op aanpalende terreinen zoals dat van de jeugdzorg, de forensische psychiatrie<sup>71</sup> en de zorg voor verstandelijk gehandicapten.<sup>72</sup> Daardoor kan het in de praktijk voorkomen, dat niet de zorgbehoefte van de jeugdige, maar de mogelijkheden tot dwang en drang of een toevallige keuze van een Officier

---

67 Evaluatie Wet Bopz 2002 (tweede evaluatiecommissie), p. 50-51.

68 *Kamerstukken II*, 2003/04, 25763 en 28950, nr. 4.

69 Op grond van art. 71 Wet Bopz dient de Minister van VWS in overeenstemming met de Minister van Justitie elke vijf jaar een verslag aan de Staten-Generaal te zenden over de wijze waarop de wet in de praktijk is toegepast. Er verschenen totnuotoe evaluatierapporten in 1996, 2002 en 2007.

70 De Groot & Donker 2002; Evaluatie Wet Bopz 2007 (derde evaluatiecommissie), p. 89-92.

71 Zie hierover Beekman & Koenraad 2002.

72 Bij jeugdigen met ernstige gedragsproblemen kan via verschillende wetten een gedwongen opname worden gerealiseerd. Dit kan op basis van (art. 29a en verder van) de Wet op de jeugdzorg, maar ook op basis van (art. 2 van) de Wet Bopz.

van Justitie of een rechter<sup>73</sup> bepalend is voor de zorg die de betrokkene uiteindelijk krijgt. Ook is daardoor de continuïteit van een bepaald zorg- of (behandel)traject dat een psychiatrische patiënt behoort te (kunnen) doorlopen, onvoldoende gewaarborgd.

In het voetspoor van haar voorgangers komt de derde evaluatiecommissie tot de conclusie dat er een nieuwe, toekomstbestendige regeling voor gedwongen zorg moet komen. In het derde evaluatierapport worden daarvoor de contouren en uitgangspunten geschetst.<sup>74</sup> De nieuwe wet, die zich, net als de Krankzinnigenwet indertijd, weer exclusief moet richten op mensen met een geestelijke stoornis, dient meer dan de huidige wet gericht te zijn op het behandeling en resocialisatie. Voor patiënten moet er, waar ze zich ook bevinden, passende, flexibele en continue zorgverlening zijn. De opgelegde maatregel (civiel- of strafrechtelijk) mag daarbij geen verschil maken. Daardoor komt ook het onderscheid tussen de externe en de interne rechtpositie van psychiatrische patiënten op de achtergrond te staan. De derde evaluatiecommissie stelt ook voor '(...) om bij het bepalen van de (gedwongen) passende zorg de verschillende belangen met elkaar te verbinden in een onafhankelijke commissie psychiatrische zorg, die zal bestaan uit een psychiater, een jurist en een deskundige die de belangen van de patiënt, familie en maatschappij vertegenwoordigt'.<sup>75</sup> Dit orgaan lijkt '(...) de instantie bij uitstek om ervoor te zorgen dat een goede afweging wordt gemaakt over de passende zorg die aansluit op de zorgbehoefte van de patiënt. Op deze wijze komt er meer ruimte voor de keuze van de minst restrictieve variant van dwang en wordt het optimale gebruik van de mogelijkheden van vrijwillige zorg bevorderd', aldus de evaluatiecommissie.<sup>76</sup>

Veel van de zojuist geschetste elementen zijn in het in 2010 ingediende<sup>77</sup> voorstel van wet 'houdende regels voor het kunnen verlenen van verplichte zorg aan een persoon met een psychische stoornis', of wel 'Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg' terug te vinden. Hoofddoel van de nieuwe wet is de rechtpositie van personen met een psychische stoornis aan wie tegen hun wil zorg wordt verleend, te versterken door meer aandacht te schenken aan hun preferenties, de zelfbindingsverklaring daarin een belangrijke rol te laten spelen, langdurige dwang zoveel mogelijk te voorkomen, integrale zorg op maat te bieden (niet alleen gedwongen opname, maar ook nazorg) en de kwaliteit van de verleende

---

73 Neijmeijer, Place, Rijkaart & Kroon 2012, p. 108: '(...) een substantieel deel van de patiëntenpopulatie (...) uit de forensische zorg en de reguliere GGZ [wordt] gelabeld als 'grensgeval'. Deze patiënten krijgen soms een strafrechtelijke titel en worden het justitiële systeem in geleid, en soms ook niet. Diverse factoren zijn van invloed op de 'routing' van de (forensisch) psychiatrische patiënt, zoals de aangiftebereidheid van de hulpverlener, de aard van het delict, het al dan niet bekend zijn bij de politie en/of de GGZ, het beoordelingsvermogen van de politiebeampte, de verstandelijke vermogens van betrokkene, etc. Soms lijkt slechts door een toevallige keuze van de OvJ of rechter de carrière van een patiënt richting de GGZ of Justitie te gaan'.

74 Evaluatie Wet Bopz 2007 (derde evaluatiecommissie), p. 110 e.v.

75 Evaluatie Wet Bopz 2007 (derde evaluatiecommissie), p. 6.

76 Evaluatie Wet Bopz 2007 (derde evaluatiecommissie), p. 118.

77 *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nrs. 1-3. Zie voor een aantal technische kritiekpunten op het (oorspronkelijke) wetsvoorstel: Dijkers 2011a.

verplichte zorg te verhogen.<sup>78</sup>

Ook de door de derde evaluatiecommissie bepleitte commissie psychiatrische zorg kreeg een plaats in de nieuwe wet, maar werd via de in 2013 ingediende nota van wijziging<sup>79</sup> weer uit het wetsvoorstel geschrapt. De multidisciplinair samengestelde commissie zou als voornaamste taak krijgen het adviseren van de rechter over een verzoek tot afgifte van een machtiging voor gedwongen zorg, en het beëindigen daarvan,<sup>80</sup> en zou daarmee taken van het OM, de geneesheer-directeur en de Inspectie voor de Gezondheidszorg overnemen.<sup>81</sup> Aanvankelijk waren overheid en veld verwachtingsvol gestemd over de invoering van deze commissie (in 2009 werd hiermee in een viertal regio's proefgedraaid). De ervaringen met de experimentele commissie maakten echter duidelijk dat de commissie ook extra bureaucratie met zich mee zou kunnen brengen vanwege de dubbele procedure (eerst bij de commissie, vervolgens bij de rechter),<sup>82</sup> en dat zij onvermijdelijk gepaard zou gaan met budgettaire consequenties die dan weer ten koste zouden gaan van de al beperkt beschikbare mensen en middelen in de geestelijke gezondheidszorg. Hoewel de bij de pilot betrokken stuurgroep, die hierover begin 2010 advies uitbracht, nog concludeerde dat de inhoudelijke voordelen zoals die in de praktijk van de pilotcommissies naar voren waren gekomen opwogen tegen de nadelen,<sup>83</sup> laat het kabinet de commissie uiteindelijk toch sneuvelen, overwegend dat het 'de doelstellingen van het wetsvoorstel wil bereiken met bestaande instituties en een verankering in de bestaande praktijk; niet door de introductie van een nieuw instituut'. De regering maakt in de toelichting op de nota van wijziging duidelijk dat het schrappen van de commissie geen gevolgen heeft voor de doelstellingen, uitgangspunten en criteria van het wetsvoorstel, en belegt de taken van de commissie grotendeels bij de geneesheer-directeur omdat deze op grond van de huidige Wet Bopz

---

78 *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nrs. 3, p. 1-2.

79 Nota van Wijziging voorstel van Wvvgz, *Kamerstukken II*, 2013/14, 32399, nr. 9 en 10.

80 De derde evaluatiecommissie had deze commissie ('commissie psychiatrische zorg') overigens een veel uitvoeriger takenpakket toebedacht, waaronder niet alleen adviserende, maar ook besluitvormende en toezichthoudende taken zouden vallen; zie Evaluatie Wet Bopz 2007 (derde evaluatiecommissie), p. 118-120.

81 Voor een kritische reflectie op het takenpakket van de commissie zie Widdershoven 2009, p. 180.

82 Legemaate vreesde op voorhand al dat de combinatie van procedures zou leiden tot een topzwaar en bureaucratiserend systeem, hetgeen alleen zou kunnen worden voorkomen indien zou worden gekozen voor een besluitvormende commissie of een multidisciplinaire rechtbankkamer; zie Legemaate 2008. Dijkers, die niet zoveel problemen had met de tweetrapsraket, sprak zich vervolgens uit voor een besluitvormende commissie; Dijkers 2011b. Daar heeft Widdershoven weer tegen ingebracht dat multidisciplinaire besluitvorming over gedwongen zorg op fundamentele gronden moet worden afgewezen; zie Widdershoven 2011. Dat standpunt was overigens al eerder door Widdershoven ingenomen; zie Widdershoven 2008.

83 De stuurgroep ziet '[m]et name de positieve ervaringen van patiënten en familie, en de te verwachten kwaliteitsverbetering van de informatie over de patiënt en daarmee van de besluitvorming over verplichte GGz, (...) als belangrijke verbeteringen die moeilijk zonder de commissies gerealiseerd kunnen worden'; zie Stuurgroep VGGZ 2010, p. 16-17. Zie in die zin ook Kips & Van der Hoeven-Molenaar 2011.

nu ook al een groot aantal taken en bevoegdheden heeft ten aanzien van gedwongen opgenomen patiënten.<sup>84</sup>

### 3.1.2.2 Verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric

Voordat de Wet Bopz in 1994 in werking trad, vond opname in instellingen voor psychogeriatric patiënten of verstandelijk gehandicapten doorgaans plaats op gezag van de familie, ook als de betrokkene protesteerde. Als de familie en de betrokken hulpverlener van de noodzaak van opname overtuigd waren, werd slechts zelden een rechterlijke machtiging of inbewaringstelling aangevraagd.<sup>85</sup> Onder invloed van de toenemende erkenning van rechten van patiënten groeide het besef dat ook de opname en behandeling in deze instellingen (waarbij allerlei vrijheidsbeperkende maatregelen werden toegepast) met wettelijke waarborgen diende te worden omgeven. Het in 1971 ingediende wetsvoorstel Bopz strekte zich dan ook mede uit over psychogeriatric verpleeghuizen en inrichtingen voor zwakzinnigenzorg. Dat betekende dat (in de vorm waarin het wetsvoorstel in 1983 door de Tweede Kamer aanvaard werd) ook voor opneming in dergelijke instellingen een rechterlijke machtiging vereist zou zijn, tenzij de betrokkene zelf de nodige bereidheid tot opneming liet blijken. Uitvoering van deze regeling zou betekend hebben dat het aantal rechterlijke machtigingen (en daarmee de werklast van de rechterlijke macht) exponentieel zou zijn toegenomen. Om dat te voorkomen keerde de wetgever op zijn schreden terug en werd het wetsvoorstel alsnog bijgesteld: voor patiënten die zich niet verzetten zou een lichtere vorm van rechtsbescherming moeten volstaan (te weten toetsing van de noodzaak tot opneming door daartoe aangewezen commissies in plaats van door de rechter). Dat lichtere regime is momenteel in hoofdstuk VIII (artikel 60 e.v.) van de Wet Bopz te vinden; de interne rechtspositie voor de op deze wijze opgenomen patiënten is overigens (ook waar het mogelijkheden tot dwangtoepassing betreft) in grote trekken gelijk aan die van patiënten die wel (op grond van hoofdstuk II) met een rechterlijke machtiging zijn opgenomen (zie over een en ander verder par. 3.2.3.2).

Werd bij de eerste evaluatie van de Wet Bopz<sup>86</sup> al gesignaleerd dat de wet – die immers primair op de gedwongen opneming van psychiatrische patiënten is gericht – niet goed aansloot bij het eigen karakter van de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg, in de tweede evaluatie (en met name in het deelonderzoek dat de interne rechtspositie in deze sectoren betreft<sup>87</sup>) komt dit in sterke mate naar voren. In de bedoelde sectoren is de zorg niet gericht op curatieve behandeling en herstel, maar op begeleiding en verzorging van patiënten/bewoners met onomkeerbare (en in de psychogeriatric progressieve) chronische aandoeningen. Dwang en drang worden anders gepercipieerd (als onvermijdelijke consequentie van de verantwoordelijkheid van de zorgverlener

---

84 De regering stelt dat de geneesheer-directeur op grond van de Wet Bopz nu al verantwoordelijk is voor o.m. het tot stand komen van een behandelplan en de voortgang en evaluatie daarvan, de toegepaste middelen en maatregelen in noodsituaties, eventueel toegepaste dwangbehandelingen en verlenging daarvan, (voorwaardelijk) verlof en (voorwaardelijk) ontslag, overplaatsing en de rechtspositie van de patiënt binnen de instelling. Zie *Kamerstukken II, 2013/14, 32399, nr. 10, p. 44.*

85 Van Ginniken 2002, p. 11.

86 Evaluatie Wet Bopz 1996 (eerste evaluatiecommissie).

87 Arends e.a. 2002.

voor het welzijn en de bescherming van de aan hem/haar toevertrouwde cliënten) en kunnen in de verstandelijk gehandicaptenzorg ook uit 'pedagogische' overwegingen worden toegepast. Een aantal van de op de psychiatrie toegespitste procedures en begrippen uit de Wet Bopz laten zich – aldus de tweede evaluatie – maar moeilijk vertalen naar de genoemde sectoren en zijn niet geschikt om grip te krijgen op het brede scala aan vrijheidsbeperkingen dat van oudsher in deze sectoren gangbaar is; ook de rol van familie/vertegenwoordigers is een andere. In beide sectoren verblijven verhoudingsgewijs veel bewoners die geen Bopz-status hebben (dat wil zeggen dat zij niet opgenomen zijn op grond van hoofdstuk II of hoofdstuk VIII van de wet) – in de psychogeriatricatie betrof dit ruim 20%, in de verstandelijk gehandicaptensector bijna 70% van de bewoners. Tegelijkertijd wordt in de praktijk – ook waar het vrijheidsbeperkende maatregelen betreft – nauwelijks onderscheid gemaakt tussen bewoners die wel en die niet krachtens een Bopz-procedure zijn opgenomen; de rechtsbeschermende functie van de wet schiet dus duidelijk tekort.<sup>88</sup> In het evaluatieonderzoek wordt een aantal aanbevelingen gedaan om de discrepantie tussen wet en praktijk tegemoet te treden, maar bovenal wordt met klem de vraag gesteld of de Wet Bopz wel op deze sectoren van toepassing moet blijven, met name waar het patiënten betreft die weliswaar geen bereidheid tot opneming (kunnen) tonen, maar zich daar ook niet tegen verzetten. Aanbevolen wordt voor deze zogenaamde 'gbgb' (geen bereidheid/geen bezwaar)-groep tot een afzonderlijke rechtspositieregeling te komen.<sup>89</sup> In het kabinetsstandpunt op de tweede wetsevaluatie (2004) wordt deze laatste aanbeveling overgenomen. Erkend wordt dat in deze sectoren de nadruk vooral ligt op verpleging, verzorging, begeleiding en bescherming, en dat een wet als de Wet Bopz daar minder op gericht is. Het kabinet zegde dan ook toe voor deze sectoren een meer passende regeling te ontwerpen die beter bij de praktijk zou aansluiten en meer rechtsbescherming zou bieden aan de betreffende kwetsbare groepen.<sup>90</sup> Een klein jaar later schetste de staatssecretaris van VWS in een beleidsbrief de contouren van de nieuwe regeling voor deze patiëntengroepen waarin de cliënt centraal komt te staan en de locatie waar vrijheidsbeperking plaatsvindt, een minder grote rol speelt dan in de Wet Bopz.<sup>91</sup> Nadat een 2007 een voorontwerp verscheen, in 2008 gevolgd door een richtinggevend kader (waarin voor zorgverleners handvatten worden gegeven om vooruitlopend op de nieuwe wet verantwoord met vrijheidsbeperkingen om te gaan),<sup>92</sup> werd eind juni 2009 het wetsvoorstel zorg en dwang bij de Tweede Kamer ingediend. Het voorstel (en de behandeling ervan in het parlement) leidde tot veel reacties uit het veld en commentaren in de literatuur.<sup>93</sup> Na ampele discussie en zeven nota's van wijziging (inclusief een extra advies van de Raad van State) is het in september 2013 door de Tweede Kamer aangenomen; sindsdien ligt het ter behandeling voor bij de Eerste Kamer.<sup>94</sup> Die heeft begin oktober 2013 laten weten dat zij de procedure voor behandeling zal aanhouden in afwachting van

---

88 Dat geldt blijkens het tweede deelonderzoek van de evaluatie overigens ook voor de bijzondere opnemingsprocedure ex artikel 60 e.v.; die procedure zou niet of nauwelijks rechtsbescherming bieden; zie Van Ginneken 2002.

89 Evaluatie Wet Bopz 2002 (tweede evaluatiecommissie), zie (m.n.) p. 28-29, p. 34-35 en p. 51-52.

90 Brief van 11 augustus 2004 van de Minister van VWS, *Kamerstukken II*, 2003/04, 25763 en 28950, nr. 4.

91 *Kamerstukken II*, 2004/05, 28950, nr. 5; zie voor een kritische bespreking: Arends & Frederiks 2006.

92 *Kamerstukken II*, 2007/08, 24170, nr. 83 (bijlage Verbeterplan kwaliteit gehandicaptenzorg)

93 Voor die laatste zie bijv. Frederiks e.a. 2010; Widdershoven 2010.

94 *Kamerstukken I*, 2013-2014, 31996, A.

wetsvoorstel 32 399 (Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg) teneinde beide voorstellen in samenhang te kunnen behandelen.

### 3.1.3 Opzet van het empirisch onderzoek

Voor het empirische deel van dit onderzoek is gebruik gemaakt van een aantal onderzoeksmethoden. Er is een vragenlijst uitgezet onder hulpverleners van GGZ-instellingen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten en verpleeghuizen. De vragenlijst is in totaal ingevuld door 314 medewerkers van GGZ-instellingen, 412 medewerkers van instellingen van verstandelijk beperkten en 100 medewerkers van verpleeghuizen. In tabel 3.3 is weergegeven welke beroepen de respondenten hebben.

Tabel 3.3: Beroep respondenten enquête – sector GGZ, VG en VPH<sup>95</sup>

	GGZ N=314	VG N=412	VPH N=100
Psychiater	182	4	–
Arts verstandelijk gehandicapten	–	12	–
Arts – specialist ouderengeneeskunde	–	–	30
Gedragsdeskundige/Psycholoog/(ortho)pedagoog	52	116	62
Verpleegkundige / SPV	12	59	3
Verzorgende	4	28	1
Sociotherapeut	12	9	1
Begeleider	12	138	1
Anders	40	74	3

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Naast een vragenlijstonderzoek zijn interviews gehouden met betrokken actoren, zoals rechters, advocaten, patiëntvertrouwenspersonen, koepelorganisaties, patiënten en andere betrokkenen uit de praktijk. Per sector is een casestudie uitgevoerd bij één instelling. Deze omvat het bestuderen van protocollen, een gesprek met een aantal medewerkers uit de instelling<sup>96</sup> en – indien mogelijk – gesprekken met patiënten of hun vertegenwoordiger. In totaal is gesproken met 19 personen in de GGZ en met 17 personen in de verstandelijk gehandicaptensector en de psychogeriatric. Op die manier is inzicht verkregen in de praktijk met betrekking tot het opleggen van een titel en het toepassen van dwang en drang in deze sectoren. Omdat in elke sector met een beperkt aantal personen gesproken is, zijn de verkregen resultaten met name indicatief van aard en geven daardoor

95 GGZ staat voor respondenten die werkzaam zijn in de geestelijke gezondheidszorg, VG voor respondenten die werkzaam zijn in instellingen voor verstandelijk gehandicapten, VPH voor respondenten die werkzaam zijn in verpleeg- en verzorgingshuizen.

96 In de instelling voor verstandelijk gehandicapten gaat het om een AVG, een orthopedagoog en een begeleider. In de GGZ-instelling gaat het om een psychiater en afdelingshoofd. Bij de psychogeriatric afdeling van een verpleeghuis ging het om een ouderenspecialist en een afdelingshoofd.



voornamelijk inzicht in de wijze waarop deze personen de praktijk ervaren. De informatie uit het empirisch onderzoek is hoofdzakelijk verwerkt in par. 3.2 en is een weergave van de knelpunten en problemen waar geïnterviewden tegenaan lopen en de informatie afkomstig uit het vragenlijstonderzoek.

## 3.2 Wet BOPZ

### 3.2.1 Inleidende opmerkingen

De in 1994 in werking getreden Wet Bopz bracht, zoals al gezegd, belangrijke veranderingen teweeg in de rechtsbescherming van psychiatrische patiënten. De belangrijkste betreft het onderscheid tussen gedwongen opname en gedwongen behandeling. Onder de vroegere Krankzinnigenwet van 1884 werd tussen deze twee vormen van dwangtoepassing geen onderscheid gemaakt waardoor een rechterlijke machtiging voor gedwongen opname van een patiënt automatisch diens gedwongen behandeling legitimeerde. Tot eind jaren 60 van de vorige eeuw verloren patiënten die met een rechterlijke machtiging waren opgenomen ook hun handelingsbekwaamheid zij werden geacht het vermogen tot vrije wilsbepaling te ontberen.<sup>97</sup> Maar onder invloed van de antipsychiatrie en de emancipatie van psychiatrische patiënten werd die opvatting in de loop van de jaren 70 verlaten. Sinds inwerkingtreding van de Wet Bopz behoudt een gedwongen opgenomen patiënt in beginsel zijn handelingsbekwaamheid.

De Wet Bopz-bepalingen betreffende opname en verblijf gelden voor zowel psychiatrische patiënten als mensen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap. Opname krachtens de wet is slechts mogelijk in een door de minister van VWS in het kader van de wet als psychiatrisch ziekenhuis, verpleeginrichting dan wel zwakzinnigeninrichting aangemerkte zorginstelling of afdeling daarvan (artikel 1 lid 1 sub h Wet Bopz); sinds 1999 kunnen ook verzorgingshuizen met een psychogeriatrische afdeling een Bopz-aanmerking aanvragen (daarvan is overigens slechts in beperkte mate gebruik gemaakt).

### 3.2.2 Externe rechtspositie

#### 3.2.2.1 Psychiatrie

Hoofdstuk II van de Wet Bopz (artikel 2 tot en met artikel 35) regelt gedwongen opname en verblijf in een door de Minister van VWS aangewezen zorginstelling of afdeling, gericht op het verlenen van psychiatrische zorg en verbindt die aan strikte voorwaarden. Overigens kan een patiënt ook op grond van een beslissing van een strafrechter (artikel 37 Wetboek van Strafrecht) in een psychiatrisch ziekenhuis worden geplaatst. Deze groep (forensische) patiënten valt op grond van artikel 51 lid 1 Wet Bopz onder het bereik van deze wet; zie verder hoofdstuk 4.

Voor opname in een psychiatrisch ziekenhuis is, omdat het hier gaat om een vrijheidsbeneming, een

---

97 Zie ook Van de Klippe 1997, p. 43: 'Wie [onder de Krankzinnigenwet] met een rechterlijke machtiging werd opgenomen, raakte zijn burgerrechten dus praktisch kwijt. Feitelijk was zo iemand niet langer een rechtssubject; hij was nog slechts object van dwangverpleging'.

machtiging van de rechter vereist indien: a) een patiënt van twaalf jaar of ouder geen blijkt geeft van de nodige bereidheid ('bereidheids criterium'); b) de vertegenwoordiger(s) van een wilsonbekwame patiënt van oordeel is (zijn) dat opname in een instelling niet moet plaatsvinden; of c) de ouders die gezamenlijk het gezag over hun kind uitoefenen van mening verschillen.<sup>98</sup> Het bereidheids criterium impliceert dat een machtiging ook nodig is wanneer een patiënt zich niet tegen opname verzet, maar hiermee evenmin instemt; ook in die situatie moet de rechter beoordelen of opname noodzakelijk is.

### **De rechterlijke machtiging (RM)**

Op grond van de huidige wet kunnen de volgende machtigingen worden afgegeven: een voorlopige machtiging (artikel 2), een machtiging tot voortgezet verblijf (artikel 15), een voorwaardelijke machtiging (artikel 14a), een machtiging op eigen verzoek (artikel 32) en een machtiging die volgt op een zelfbindingsverklaring (artikel 34a).<sup>99</sup> Met uitzondering van de machtiging die volgt op een zelfbindingsverklaring geldt voor alle rechterlijke machtigingen dat ze alleen (door de rechter) mogen worden afgegeven als aan het 'gevaars criterium' is voldaan.<sup>100</sup> Dat betekent dat de betrokkene een stoornis van de geestvermogens moet hebben die gevaar voor hemzelf, voor anderen of voor de algemene veiligheid van personen of goederen veroorzaakt, en dat gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten het psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. De laatste voorwaarde geldt echter niet voor de voorwaardelijke machtiging: die kan worden afgegeven indien het door de stoornis van de patiënt veroorzaakte gevaar kan worden afgewend door met de betrokkene af te spreken dat deze zich onder behandeling stelt en zich aan nader te bepalen voorwaarden houdt.<sup>101</sup> Wanneer die afspraken niet worden nagekomen, of wanneer het gevaar niet

---

98 Een instelling die een patiënt opneemt zonder daarbij over een afschrift van de RM of last tot IBS te beschikken, maakt zich op grond van art. 69 lid 1 Wet Bopz schuldig aan een misdrijf.

99 De rechter is niet bevoegd een andere machtiging af te geven dan waarom is verzocht. Hij kan eventuele twijfels over de verzochte machtiging wel kenbaar maken aan de OJV en de behandeling van het verzoek op een later tijdstip voortzetten; zie art 8a Wet Bopz.

100 De zelfbindingsverklaring is m.n. bedoeld voor chronische psychiatrische patiënten die soms nagenoeg vrij zijn van klachten en soms kampen met ernstige ziekteverschijnselen. Via opstelling en ondertekening van een zelfbindingsverklaring kan betrokkene zich verbinden tot opname, verblijf en behandeling binnen een GGZ-instelling s of tot voorzetting van een onvrijwillige opname. Op het moment dat de betrokkene geen bereidheid vertoont om opgenomen en behandeld te worden, of om opgenomen te blijven, is een rechterlijke machtiging noodzakelijk (de rechter geeft die af indien de in de verklaring omschreven omstandigheden zich voordoen (zie art. 34a e.v. Wet Bopz). Er is kritiek gekomen op de zelfbindingsmachtiging. Die heeft geen betrekking op de modaliteit zelf (die sluit naadloos aan bij de gedachte dat de betrokkene zoveel mogelijk de regie voert over zijn eigen behandeling), maar op de complexiteit van de regeling en toepassing daarvan in de praktijk. Om die reden wordt er van de zelfbindingsmogelijkheid waarschijnlijk weinig gebruik gemaakt. Zie hierover Van der Zanden 2010, p. 143-149.

101 Art. 14a lid 4 bepaalt dat '[d]e rechter (...) een voorwaardelijke machtiging slechts [verleent] indien een behandelingsplan wordt overgelegd dat na overleg met de betrokkene door de psychiater die verantwoordelijk zal zijn voor de behandeling (...) is opgesteld. Aan het behandelingsplan wordt een passage toegevoegd waaruit

meer buiten de instelling kan worden afgewend, zal de betrokkene alsnog gedwongen moeten worden opgenomen.<sup>102</sup> Op die manier fungeert deze machtiging als ‘stok achter de deur’.

In artikel 1 lid 1 *sub f* Wet Bopz wordt ‘gevaar’ ruim gedefinieerd.<sup>103</sup> Bij gevaar voor de betrokkene zelf moet niet alleen worden gedacht aan acute risico’s zoals suïcidegevaar, maar bijvoorbeeld ook aan maatschappelijke teloorgang, het opwekken van agressie en ernstige zelfverwaarlozing.<sup>104</sup> Ook gevaar voor anderen moet ruim worden geïnterpreteerd: dit omvat niet alleen de dreiging van fysiek geweld, maar bijvoorbeeld ook schade aan de psychische gezondheid en verwaarlozing van een ander (zoals een kind).

Alleen de Officier van Justitie kan bij de rechter een verzoek tot afgifte van een machtiging indienen. Het gaat hier om een *bevoegdheid* die hij ambtshalve of op verzoek van de behandelend psychiater, een of meer familieleden, een voogd, curator of mentor, of – in het geval van een machtiging op eigen verzoek – op verzoek van de patiënt, kan uitoefenen. Indien een patiënt mogelijk strafbare feiten heeft begaan, kan de Officier van Justitie ook kiezen voor een strafrechtelijk traject (artikel 37 Sr, in de toekomst artikel 2.3 Wet forensische zorg; zie verder hoofdstuk 4).

De Officier van Justitie voegt bij zijn verzoek een geneeskundige verklaring<sup>105</sup> van een onafhankelijke psychiater;<sup>106</sup> die verklaring moet inzicht verschaffen in de actuele situatie<sup>107</sup> van de betrokkene, in

---

blijkt dat het overleg tot overeenstemming heeft geleid of (...) op welke grond de behandelaar tot het oordeel komt dat redelijkerwijs is aan te nemen dat betrokkene de voorwaarde[n] (...) zal naleven. Het behandelingsplan bevat de therapeutische middelen die zullen worden toegepast teneinde buiten de inrichting het gevaar af te wenden (...) [en] regelt de wijze waarop de behandelaar er op toeziet dat het gevaar buiten de inrichting wordt afgewend. (...) In het behandelingsplan wordt mededeling gedaan van het psychiatrisch ziekenhuis dat bereid is de betrokkene op te nemen als deze de voorwaarden niet naleeft of het gevaar niet langer buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend door de naleving van de voorwaarden’. Zie over het vereiste dat de betrokkene zich bereidheid moet verklaren de voorwaarden na te leven ECLI:NL:HR:2008:BC7239, *BJ* 2008/26 (m.nt. W. Dijkers).

102 Zie art. 14d Wet Bopz. Voorafgaand aan de opneming dient de geneesheer-directeur zich op de hoogte te stellen van de actuele geestelijke gezondheidstoestand van de patiënt. Hij mag zelf bepalen (...) hoe hij invulling geeft aan deze verplichting. Hij kan daartoe overleg plegen met de behandelaar, maar hij kan ook de patiënt zelf onderzoeken of hem laten onderzoeken’. Zie *Kamerstukken II*, 2005/06, 30492, nr. 3, p. 7-8.

103 Deze brede, niet-limitatieve omschrijving volgt uit de jurisprudentie en werd in 2000 in de wet opgenomen.

104 Het is niet te vermijden dat criteria zoals ‘maatschappelijke teloorgang’ en ‘zelfverwaarlozing’ tot op bepaalde hoogte subjectief door rechters worden uitgelegd. Duidelijk is wel dat hoe dan ook sprake moet zijn van achteruitgang van de toestand van de betrokkene; zie Dörenberg 2011b, p. 414. In een recente uitspraak oordeelde de Rechtbank Amsterdam dat gevaar er ook uit kan bestaan dat betrokkene zich door een waanstoonnis (in casu was betrokkene ervan overtuigd dat de hele medische wereld hem tegenwerkte) niet op reguliere wijze laat behandelen voor kanker waardoor de kans groot is op ernstige progressie van de ziekte en voortijdig overlijden; zie ECLI:NL:RBAMS:2012:4553.

105 Bij de aanvraag van een machtiging tot voortgezet verblijf of een voorwaardelijke machtiging wordt ook een behandelplan bij het verzoek gevoegd.

106 Of een psychiater die een patiënt in het verleden heeft behandeld voldoende onafhankelijk is, hangt met name af van het tijdsverloop sinds de beëindiging van de behandelrelatie, en de duur en intensiteit daarvan; zie ook ECLI:NL:HR:2009:BK0342, *BJ* 2009/47 (m.nt. W. Dijkers).

het bijzonder of er sprake is van: een stoornis des geestvermogens; gevaar; en het causale verband daartussen.<sup>108</sup> Wanneer zo'n verklaring niet wordt afgegeven, zijn er geen mogelijkheden om de betrokkene gedwongen op te nemen en te behandelen of om – via de constructie van een voorwaardelijke machtiging – drang uit oefenen.<sup>109</sup>

Patiënten (of hun vertegenwoordigers) die tegen het opleggen van een machtiging hoger beroep willen instellen, kunnen – nu de Wet Bopz niet in de mogelijkheid van hoger beroep voorziet – alleen in cassatie bij de Hoge Raad.

Onderbreking en beëindiging van gedwongen opname en behandeling zijn geregeld in hoofdstuk IV (artikelen 45 tot en met 50 Wet Bopz). Zowel verlof als ontslag worden door de geneesheer-directeur verleend die daaraan voorwaarden kan verbinden. De patiënt zelf kan erom verzoeken. Dat laatste kan nodig zijn om een veilige terugkeer in de samenleving te bewerkstelligen of terugval te voorkomen. Een patiënt komt voor verlof of voorwaardelijk ontslag in aanmerking indien het uit zijn geestelijke stoornis voortvloeiende gevaar zover verminderd is dat het verantwoord is hem tijdelijk en/of onder voorwaarden in de maatschappij te laten terugkeren. Als dat op grond van het gevaarscriterium noodzakelijk is, wordt een verlof ingetrokken. Onvoorwaardelijk ontslag uit de instelling komt in beeld als het door de geestelijke stoornis van de patiënt veroorzaakte gevaar geweken is of ook buiten de instelling kan worden afgewend.

### **De inbewaringstelling (IBS)**

Voor een spoedopname (of crisisopvang) hoeft, wanneer de betrokkene of diens vertegenwoordigers daarmee niet instemmen, in eerste instantie geen RM te worden aangevraagd. De burgemeester (of de door hem daartoe gemandateerde wethouder) is in dit soort situaties bevoegd om via een schriftelijke beschikking de IBS te gelasten,<sup>110</sup> en stelt de Officier van Justitie hiervan mondeling of telefonisch onverwijld in kennis. De betrokkene zelf en de Officier van Justitie krijgen van de beschikking ook een afschrift. Doel van de crisismaatregel is het acute gevaar dat de betrokkene voor

---

107 De verklaring mag daarom niet ouder zijn dan zeven dagen; zie art. 33 lid 4 Wet Bopz.

108 Die verklaring wordt opgesteld volgens de hiertoe bij Koninklijk Besluit vastgesteld model; voor de verschillende machtigingen zijn afzonderlijke modellen vastgesteld; zie Regeling vaststelling modellen BOPZ, *Stcrt.* 2003, 217, laatstelijk gewijzigd bij Besluit van 11 juni 2008, *Stcrt.* 2008, 117.

109 De beslissing van de psychiater om geen verklaring af te geven is niet toetsbaar. Hierop is door de derde evaluatiecommissie kritiek geuit: het gaat bij de toetsing aan het gevaarscriterium immers niet alleen om een medisch oordeel, maar ook om een juridische toets die (exclusief) is toebedeeld aan het OM en de rechter. De evaluatiecommissie ' (...) acht het zuiverder dat de psychiater zich in de geneeskundige verklaring beperkt tot een medisch oordeel over de psychische gesteldheid van de onderzochte persoon. (...) Bij gevaar voor de persoon zelf als gevolg van bijvoorbeeld anorexia of suïcidaliteit zal de beoordeling van het gevaar [ook] tot het domein van de psychiater behoren. Indien het gevaar voor derden betreft zal de beoordeling door de rechter of het OM kunnen plaatsvinden op grond van informatie in de politieregisters'. Evaluatie Wet Bopz 2007 (derde evaluatiecommissie), p. 59-61.

110 Indien IBS is opgelegd aan een minderjarige die onder toezicht is gesteld, geldt die last als een machtiging in de zin van art. 1:261 BW (zie art. 20 lid 8 Wet Bopz).

zich zelf, anderen of diens omgeving veroorzaakt, gedurende een korte periode af te wenden (in die periode kan worden gezien of de IBS moet worden verlengd).<sup>111</sup> Ook hier moet het besluit tot IBS de toets van het gevaarscriterium doorstaan, met dien verstande dat het gevaar dat de betrokkene veroorzaakt zich weliswaar nog niet hoeft te hebben geopenbaard, maar wel zo reëel en dringend moet zijn dat de procedure die leidt tot een RM niet kan worden afgewacht. Voorts is een ernstig vermoeden dat de geestelijke stoornis gevaar doet veroorzaken voldoende. De geneeskundige verklaring die voor de lastgeving vereist is, hoeft niet, zoals bij de afgifte van een RM, afkomstig te zijn van een onafhankelijke psychiater, ofschoon dit wel de voorkeur verdient. Ook aanvaardbaar is dat deze wordt afgegeven door een (bij voorkeur niet-behandelend) arts, mits die – zo mogelijk – overleg pleegt met een psychiater, bij voorkeur degene die de patiënt behandelt, en de huisarts van de betrokkene (als deze niet de arts is die de verklaring opstelt).<sup>112</sup> Voor een onderzoek bij de patiënt is in een spoedsituatie meestal geen tijd, maar voordat de verklaring wordt afgegeven dient de betrokkene – voor zover mogelijk – wel door de arts die de verklaring opstelt, te worden onderzocht. De tenuitvoerlegging van de beschikking is opgedragen aan politieambtenaren, die zich kunnen laten bijstaan door psychiaters en andere deskundigen. Om hun taak goed te kunnen vervullen kunnen ze elke plaats betreden waar de op te nemen persoon zich bevindt, hem aan kleding of lichaam onderzoeken, en hem gevaarlijke voorwerpen ontnemen (die worden zo mogelijk in bewaring gegeven bij de instelling waar de betrokkene wordt opgenomen).

Over verlenging van IBS besluit de rechter; de aanvraag daartoe wordt, net als bij de RM, gedaan door de Officier van Justitie.<sup>113</sup> De verlenging geldt maximaal voor een periode van 3 weken. Van zijn voornemen (voortzetten of niet) stelt hij de geneesheer-directeur schriftelijk in kennis.

Patiënten die menen dat de hun opgelegde IBS onrechtmatig is geweest kunnen een verzoek tot schadevergoeding indienen; het betreft hier, vergeleken met het reguliere schadevergoedingsrecht, een relatief laagdrempelige procedure.

### **3.2.2.2 Verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric**

Was in een eerdere, door de Tweede Kamer aangenomen versie van de wet opnemings- en verpleeginrichtingen van een patiënt die niet zelf de bereidheid daartoe te kennen geeft, slechts met tussenkomst van de rechter mogelijk (zie par. 3.1.2.2), in de uiteindelijke versie van de wet is ook in een Bopz-opname ‘zonder rechterlijke tussenkomst’ voorzien (hoofdstuk VIII, artikelen 60-62), namelijk voor patiënten die weliswaar geen bereidheid tonen, maar zich ook niet verzetten. Betrokkenheid van de rechter bij opnemings- d.w.z. dat (conform hoofdstuk II

---

111 De Wet Bopz bindt de IBS niet aan een maximale termijn; de last eindigt op het moment waarop de IBS door de rechter wordt verlengd en hiervoor staan maximaal 3 dagen vanaf de dag na indiening van het verzoekschrift door de OvJ. De last eindigt ook nadat de OvJ heeft medegedeeld dat hij geen verzoek tot voortzetting van de IBS bij de rechter zal indienen. In dat laatste geval zal aan de (gedwongen opgenomen) patiënt ontslag moeten worden verleend.

112 Als zulk overleg niet heeft plaatsgevonden wordt in de verklaring aangegeven waarom dat niet is gebeurd.

113 Indien de OvJ van oordeel is dat het gevaar m.b.t. betrokkene zich voordoet, dient hij uiterlijk op de dag na de datum van het bericht dat betrokkene in bewaring is gesteld een verzoek tot het verlenen van een machtiging tot voortzetting van de IBS bij de rechter in; zie art. 27 lid 1 Wet Bopz.

van de wet) een RM moet worden verleend<sup>114</sup> – is pas nodig als de patiënt zich verzet (artikel 3).<sup>115</sup> Voor de patiënten die zich niet verzetten, voorziet de wet in opnemingsmodaliteit via een daartoe aangewezen commissie. Als de betreffende patiënt zich na opnemingsmodaliteit alsnog tegen het verblijf gaat verzetten en dat wil beëindigen, moet – als men hem niet wil laten gaan – in een RM worden voorzien; in die zin is heeft het verblijf ook na opnemingsmodaliteit op grond van artikel 60 nog steeds een vrijwillig karakter: zonder RM kan men de patiënt niet tegenhouden.

In par. 3.2.2.1 is reeds de RM (bij spoedopneming: IBS door de burgemeester) besproken. In het navolgende komt derhalve alleen de opnemingsmodaliteit ex artikel 60 aan de orde.

Doel van deze opnemingsmodaliteit is te zorgen dat ook bij opnemingsmodaliteit in psychogeriatrische verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten van zich niet verzettende patiënten van een zekere rechtsbescherming sprake is. De achtergrond daarvan is dat het verblijf in die instellingen, ook als is dat primair op zorg gericht, aspecten van onvrijheid heeft. Dat noopt tot rechtsbescherming, zonder dat die even zwaar zou hoeven te zijn als bij gedwongen opnemingsmodaliteit in de psychiatrie. Vandaar dat – in plaats van rechterlijke toetsing – gekozen is voor toetsing door een bij algemene maatregel van bestuur ingestelde of aangewezen commissie. Zo'n commissie mag niet aan de betreffende instellingen verbonden zijn; het gaat dus om een externe toetsing. Ingevolge het Zorgindicatiebesluit (artikel 3) is deze taak (tegenwoordig) belegd bij het Centrale Indicatieorgaan (CIZ). Dit beoordeelt niet alleen de verzekeringsindicatie uit hoofde van de AWBZ, maar ook of sprake is van noodzaak van opnemingsmodaliteit, dat wil zeggen of 'de betrokkene zich ten gevolge van de stoornis van de geestvermogens niet buiten de inrichting kan handhaven' (artikel 60 lid 4). Voordat het CIZ de aanvraag tot opnemingsmodaliteit in behandeling neemt en zich over het bedoelde punt een oordeel vormt, 'wordt de betrokkene schriftelijk en mondeling medegedeeld dat hij zich kan verzetten tegen opnemingsmodaliteit en verblijf' (artikel 60 lid 5), zodat zo nodig alsnog een RM kan worden aangevraagd. In hoofdstuk VIII van de Wet Bopz is niet verder geregeld door wie de aanvraag kan worden ingediend, of ouders/vertegenwoordigers daarbij betrokken moeten zijn, of in rechtsbijstand moet worden voorzien, en of daartegen beroep kan worden ingesteld en dergelijke. Uit systeem en strekking van de wet valt echter ten aanzien van een aantal van deze punten wel af te leiden wat de wetgever voor ogen stond. Zo volgt uit het feit dat bij bezwaar van een vertegenwoordiger tussenkomst van de rechter noodzakelijk is, dat bij minderjarigheid of wilsonbekwaamheid ouders/vertegenwoordigers bij een aanvraag betrokken moeten worden. Dat niet in de verplichting tot rechtsbijstand is voorzien hangt samen met het veronderstelde niet-conflicteuze karakter van de betreffende opnameprocedure. Ten aanzien van de mogelijkheid van beroep is in de literatuur de opvatting verdedigd dat terzake van het besluit van het CIZ een onderscheid moet worden gemaakt tussen het zorgindicatiebesluit (ex AWBZ) en het Bopz-oordeel (ex artikel 60 van die wet); in elk geval dat laatste zou dan een beschikking zijn in de zin van de Algemene wet bestuursrecht, waartegen bezwaar en beroep openstaan.<sup>116</sup> Lijkt deze opvatting theoretisch juist, de praktische betekenis ervan is gering nu de patiënt feitelijk gezien op elk moment zou kunnen vertrekken. Dit nog afgezien van het feit dat

---

114 In geval van een spoedopneming kan het ook gaan om een RM tot voortzetting van de inbewaringstelling.

115 Of als zijn vertegenwoordiger van oordeel is dat geen opnemingsmodaliteit moet plaatsvinden (art. 60 lid 1 jo. art. 2 lid 3 sub b en c Wet Bopz).

116 Van Ginniken 2002, p. 16 en p. 25.

patiënten die tot de zogenaamde ‘geen bereidheid/geen bezwaar’ groep behoren, in de meeste gevallen niet zelf in staat zullen zijn rechtsmiddelen in te stellen tegen een CIZ besluit of zelfs op die mogelijkheid betrekking hebbende informatie te verwerken.

In het Zorgindicatiebesluit zijn (summiere) regels opgenomen over de aanvraag van een indicatiebesluit en het terzake door het CIZ te verrichten onderzoek (artikelen 5 – 9). Aangenomen moet worden dat die regels van overeenkomstige toepassing zijn voor zover het besluit van het CIZ tevens een Bopz-oordeel omvat. Het Zorgindicatiebesluit kent slechts één specifieke bepaling voor dat laatste geval: volgens artikel 17 moet de patiënt/cliënt dan (conform artikel 60 lid 5 Wet Bopz) ‘mondeling en schriftelijk’ worden meegedeeld dat hij ‘bedenkingen’ kan inbrengen tegen de voorgenomen opname en verblijf. In het besluit van het CIZ moet dan zijn opgenomen hoe hem dat is meegedeeld, alsmede hoe hij daarop heeft gereageerd.

Gelet op het feit dat het verblijf volgend op een artikel 60 opname in wezen een vrijwillig karakter heeft, hoeft het niet te verbazen dat de regeling voor ontslag (artikel 48 e.v.) niet op de betreffende patiënten van toepassing is. Voor de verlofregeling (artikel 45 e.v.) geldt in principe hetzelfde. Wel is het in 2000 aan de wet toegevoegde artikel 46a (dat inhoudt dat een met RM opgenomen psychogeriatrische patiënt of verstandelijk gehandicapte verlof dient te worden verleend in zoverre het verantwoord is hem buiten de inrichting te laten verblijven) in artikel 61 van overeenkomstige toepassing verklaard op patiënten die op grond van artikel 60 opgenomen zijn.

De opname van artikel 60 kan zoals aangegeven opgevolgd/vervangen worden door een RM (of bij spoed: inbewaringstelling) als de patiënt het verblijf wil beëindigen en men hem in verband met gevaar voor zichzelf of anderen het vertrek wil beletten; in dat geval is sprake van overgang (van de ene opnemingsmodaliteit naar de andere) binnen dezelfde wettelijke context. Uiteraard gelden dan de in hoofdstuk II van de wet opgenomen voorwaarden en procedures (zie ook par. 3.2.2.1).

## 3.2.3 Interne rechtspositie

### 3.2.3.1 Psychiatrie

#### **Dwangbehandeling**

Als patiënten eenmaal gedwongen zijn opgenomen, hebben ze te maken met de bepalingen van Hoofdstuk III van de Wet Bopz (artikel 36 tot en met artikel 44). Dit hoofdstuk, dat geen onderdeel uitmaakte van de oude Krankzinnigenwet, bevat alle rechten en plichten met betrekking tot patiënten die onvrijwillig in een psychiatrische instelling verblijven. Het kan dus nooit de juridische grondslag zijn voor dwangtoepassing bij vrijwillig opgenomen patiënten (zie hierna).

De – onder bijzondere voorwaarden onder dwang uit te voeren – behandeling van psychiatrische patiënten wordt sinds 1 juni 2008<sup>117</sup> in de artikelen 38a tot en met 38c Wet Bopz geregeld. Uitgangspunt is dat er zo spoedig mogelijk na opname onder de verantwoordelijkheid van de

---

117 Deze drie nieuwe artikelen werden ingevoerd bij wetwijziging van 23 mei 2008, *Stb.* 2008, 187. Art. 38 adresseert dwangbehandeling van verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische patiënten.

geneesheer-directeur een behandelplan wordt opgesteld.<sup>118</sup> Dat is gericht '(...) op het zodanig wegnemen van het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de betrokkene doet veroorzaken, dat betrokkene niet langer in het ziekenhuis 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.' Het behandelplan wordt na overleg met de patiënt of, als de betrokkene wilsonbekwaam is, met diens eventuele vertegenwoordigers opgesteld. De behandelaar pleegt ook voorafgaand overleg met eerdere behandelaars en de huisarts van de patiënt. Mocht het overleg niet tot overeenstemming leiden, dan kan bij de betrokkene in beginsel geen behandeling worden uitgevoerd. Hetzelfde geldt voor de situatie waarin van overeenstemming wel sprake is en door de patiënt of zijn vertegenwoordigers ook met de behandeling is ingestemd, maar de betrokkene zich vervolgens tegen de behandeling verzet. In twee situaties is niettemin dwangbehandeling mogelijk, namelijk wanneer een behandeling volstrekt noodzakelijk is om het door de stoornis van de patiënt veroorzaakte gevaar binnen de instelling te keren, of wanneer aannemelijk is dat zonder die behandeling het door de betrokkene veroorzaakte gevaar niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen.<sup>119</sup> Belangrijke voorbeelden van dwangbehandeling zijn dwangmedicatie en het beperken van iemands bewegingsvrijheid via separatie, afzondering en een kamerprogramma. De termijn van dwangbehandeling dient zo kort mogelijk te zijn, maar mag in beginsel niet langer zijn dan 3 maanden. Voor een langere periode is een schriftelijke (goed gemotiveerde) beslissing van de geneesheer-directeur vereist.

### **Dwangbehandeling bij vrijwillig opgenomen patiënten**

De juridische basis voor psychiatrische dwangbehandeling van vrijwillig opgenomen patiënten moet worden gezocht in artikel 7: 465 lid 6 BW,<sup>120</sup> dat ten gevolge van een amendement<sup>121</sup> op de valreep aan die wet werd toegevoegd. Opsteller Kohnstamm wilde hiermee een ongerechtvaardigd onderscheid tussen Wet Bopz- en WGBO-patiënten wegnemen. Uitgangspunt van de betreffende WGBO-bepaling is dat als de (vrijwillig opgenomen) patiënt wilsonbekwaam is<sup>122</sup> en zich verzet tegen handelingen van 'ingrijpende aard' aard waarvoor zijn ouders of vertegenwoordiger toestemming hebben gegeven, deze niet bij hem mogen worden uitgevoerd. Behandeling zou anders een te sterke inbreuk vormen op de lichamelijke integriteit van de wilsonbekwame patiënt.<sup>123</sup> Maar als de betreffende handelingen niet ingrijpend zijn, of als deze kennelijk nodig zijn om 'ernstig nadeel' voor de patiënt te voorkomen,<sup>124</sup> mogen deze op grond van deze bepaling, ondanks het verzet van de

---

118 De geneesheer-directeur is o.g.v. art. 56 lid 1 Wet Bopz tevens verantwoordelijk voor de voortgang en uitvoering van het behandelplan en de maandelijkse evaluatie ervan.

119 Er geldt in deze situatie ook een aantal procedurele waarborgen, zoals een schriftelijke beslissing (hiervoor gelden de algemene eisen van de Algemene wet bestuursrecht) en melding aan de geneesheer-directeur. Zie art. 38c Wet Bopz.

120 Zie ook: Sluyters & Biesart 2005, p. 157-159.

121 *Kamerstukken II, 1993/94, 21561, nr. 28.*

122 Deze bepaling biedt geen ruimte voor dwangbehandeling bij vrijwillig opgenomen *wilsbekwame* patiënten.

123 Sluyters & Biesart 2005, p. 157.

124 Art. 7: 465 lid 6 BW kan dus niet, zoals art. 38 lid 5, worden ingezet om gevaar voor anderen te voorkomen.



betrokkene, toch worden uitgevoerd. Een belangrijk verschil met de Wet Bopz is dat niet vereist is dat het ernstig nadeel voortvloeit uit een geestelijke stoornis. Cruciale vraag is wat onder handelingen van ingrijpende aard moet worden verstaan. In de toelichting op het amendement wordt gesteld dat hieronder bijvoorbeeld niet valt een tandartsbezoek, maar wel het toedienen van medicatie met ernstige bijwerkingen.

Nu de Wet Bopz alleen een grondslag biedt voor gedwongen zorg gericht op het behandelen van de geestelijke stoornis, vormt artikel 7: 465 lid 6 BW ook de rechtsbasis voor de behandeling van somatische aandoeningen bij onvrijwillig opgenomen patiënten.

### **Dwang in noodsituatie**

Naast dwangbehandeling is het onder strikte voorwaarden mogelijk om dwangmiddelen en dwangmaatregelen ten aanzien van een patiënt in te zetten (art. 39 Wet Bopz). Het gaat hier om maatregelen die niet in het behandelplan zijn voorzien en die noodzakelijk zijn om een door de stoornis van de patiënt veroorzaakte tijdelijke noodsituatie (ernstig en acuut gevaar) te overbruggen.<sup>125</sup> Het Besluit middelen en maatregelen<sup>126</sup> noemt vijf categorieën: afzondering, separatie, fixatie, medicatie en toediening van vocht of voeding. Deze mogen ten hoogste gedurende zeven opeenvolgende dagen worden toegepast (die periode dient voor opstelling of bijstelling van het behandelplan).

De behandelaar kan hiernaast besluiten het briefgeheim, de bezoekmogelijkheden, het telefoongebruik en de bewegingsvrijheid van de patiënt te beperken, mits deze nodig zijn om zijn gezondheid te beschermen of de orde binnen de instelling te handhaven. Dat zijn geen dwangmaatregelen, maar vrijheidsbeperkende maatregelen die als zodanig afzonderlijk geregeld zijn in artikel 40 Wet Bopz.

Ten slotte kan, aldus de rechtspraak van de Hoge Raad,<sup>127</sup> het gebruik van nieuwsvoorzieningen, zoals radio, televisie, kranten en internet, door patiënten (in het kader van dwangbehandeling) aan banden worden gelegd. Omdat de Wet Bopz op dit punt echter geen specifieke regels bevat, is onduidelijk welke nieuwsvoorzieningen in beginsel bij dwangopneming aanwezig moeten zijn.<sup>128</sup>

---

125 Bijv. een patiënt die een ernstige psychose heeft, of waarbij een meer dan normale kans bestaat dat deze in een dergelijke situatie terecht komt.

126 *Stb.* 1993, 563, laatstelijk gewijzigd bij besluit van 2 april 2001, *Stb.* 2001, 214.

127 Een beperking van de nieuwsvoorziening is voor het eerst aan de orde in: ECLI:NL:HR:2011:BO7126, *NJ* 2011, 370 (m.nt. J. Legemaate), *Jurisprudentie Verplichte gzz* 2011/5 (m. nt. T.P. Widdershoven).

128 Van den Bos, H. van Koeven & T.P. Widdershoven 2013 die – op basis van door hen uitgevoerd onderzoek – concluderen dat er voor wat betreft de beschikbaarheid van nieuwsvoorzieningen aanzienlijke verschillen tussen afdelingen bestaan. Ze wijzen op het grondrecht op vrije nieuwsgaring en pleiten voor de ontwikkeling van een standaard van nieuwsvoorzieningen die op iedere afdeling minimaal aanwezig moeten zijn; op grond daarvan kan t.a.v. iedere individuele patiënt beleid worden afgesproken. Zie ook Widdershoven 2012.

### 3.2.3.2 Verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric

Op eenmaal opgenomen psychogeriatric patiënten en verstandelijk gehandicapten zijn – via de schakelbepaling van artikel 61 – de (meeste van de) daarin opgenomen bepalingen inzake de interne rechtspositie van toepassing. Behalve het reeds genoemde art 46a (verlof), worden in die schakelbepaling de artikelen 36 tot en met 39, 40 (lid 3 en lid 5), 41 tot en met 44, 56 en 57 op deze groepen van overeenkomstige toepassing verklaard. Die bepalingen hebben voor zover hier van belang onder meer betrekking op:

- het opstellen van een behandelingsplan in overleg met de patiënt of diens vertegenwoordiger en het desnoods uitvoeren van onderdelen daarvan ondanks het ontbreken van overeenstemming of bij verzet, dat laatste slechts indien dat nodig is ter afwending van gevaar voor de patiënt zelf of anderen (artikel 38);
- de mogelijkheid om anders dan ter uitvoering van een behandelingsplan middelen en maatregelen toe te passen ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties (artikel 39)<sup>129</sup>,
- de mogelijkheid om onder bepaalde voorwaarden de bewegingsvrijheid in en rond de instelling te beperken (artikel 40 lid 3),
- de mogelijkheid een klacht in te dienen tegen besluiten die dwang of vrijheidsbeperking inhouden op basis van een speciale daarvoor in de wet opgenomen klachtprocedure (artikel 41).

Uit artikel 61 blijkt dat het merendeel van de bepalingen inzake de interne rechtspositie die ingevolge hoofdstuk III van de Wet Bopz van toepassing is op patiënten die daar op grond van hoofdstuk II verblijven, ook van toepassing is op patiënten die zijn opgenomen op grond van hoofdstuk VIII (artikel 60 e.v.). Dat betekent onder meer dat op hen onder dwang medicatie kan worden toegediend, of dat sprake kan zijn van afzondering of fixatie, of van gedwongen toediening van voedsel of vocht. Voor de daarbij geldende criteria en procedures zij verwezen naar hoofdstuk 3.

### 3.2.4 Klachtrecht

Indien de betrokkene ten gevolge van het opleggen van een machtiging, een ontslagbeslissing of dwangbehandeling nadeel ondervindt, kan de rechter hem desgevraagd een naar billijkheid vast te stellen schadevergoeding toekennen (artikel 35 Wet Bopz). Voorts is het voor patiënten (en hun naasten) mogelijk om tegen de toepassing van dwang of het niet volgen van het behandelplan een (schriftelijke) klacht in te dienen (artikel 41 Wet Bopz).<sup>130</sup> De klachtencommissie dient binnen twee weken resp. vier weken (als de dwangtoepassing beëindigd is) een gemotiveerde beslissing te nemen over de ontvankelijkheid en de (on)gegrondheid van de klacht, en stelt alle betrokkenen (klager, patiënt, behandelaar) en de geneesheer-directeur daarvan in kennis. Als de klacht gegrond is, kan aan de behandelaar worden opgedragen om binnen een bepaalde termijn een nieuwe beslissing over

---

129 In verpleeginrichtingen kan echter geen separatie worden toegepast, aldus het Besluit middelen en maatregelen Bopz, artikel 2 sub b.

130 De klachtenprocedure is uitgewerkt in het Besluit klachtenbehandeling Bopz (*Stb.* 1993, 564). Het klachtrecht ex art. 41 Wet Bopz werd voor het laatst in 2005 meer ingrijpend gewijzigd; zie wet van 17 november 2005, *Stb.* 2005, 617.

dwangtoepassing te nemen of andere handelingen te verrichten. Als de klager niet tevreden is, kan hij in beroep gaan bij de rechtbank; tegen de beslissing van de rechtbank staat alleen cassatieberoep open bij de Hoge Raad.

### 3.2.5 Toezicht

Op de kwaliteit van de gedwongen zorg wordt toezicht gehouden door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (hoofdstuk IX Wet Bopz). De inspecteurs dienen, aldus artikel 63, eerste lid Wet Bopz '(...) te waken voor de op het terrein van de volksgezondheid betrekking hebbende belangen van alle personen wier geestvermogens zijn gestoord. Zij zien deswege toe op een verantwoorde behandeling, verpleging, verzorging en bejegening van deze personen'. In het kader van een goede taakuitoefening beschikt de IGZ over een aantal (deels ook al in de Algemene wet bestuursrecht geregelde) bevoegdheden, waaronder de bevoegdheid om inlichtingen op te vragen bij hulpverleners, inzage in dossiers te verlangen en een woning binnen te treden tegen de wil van de bewoner(s). Belangrijk voor het kunnen uitoefenen van toezicht door de IGZ is ook de in artikel 38a, zesde en zevende lid en artikel 39 derde lid neergelegde verplichting voor de geneesheer-directeur om dwangbehandeling en de toepassing van middelen of maatregelen te melden aan de IGZ.<sup>131</sup> Hiertoe moet een landelijk vastgesteld formulier worden gebruikt.<sup>132</sup> De inspecteur dient na beëindiging van elke dwangbehandeling of in ieder geval na afloop van de voor de dwangbehandeling vastgestelde termijn te bezien of de beslissing daartoe zorgvuldig is genomen en of de uitvoering van de behandeling zorgvuldig is geschied.

## 3.3 Empirisch onderzoek

### 3.3.1 Externe rechtspositie

#### **Gedwongen en vrijwillig verblijf van patiënten in instelling**

In de praktijk blijkt dat op een afdeling of groep vaak zowel vrijwillig als gedwongen opgenomen patiënten verblijven. In de GGZ geven de meeste respondenten aan dat ze werken op een afdeling waar patiënten zijn opgenomen op grond van een rechterlijke machtiging (RM). Daarna komt vrijwillige opname het vaakst voor, patiënten zijn dan opgenomen met hun eigen instemming (bereidheid). Ook IBS of voorwaardelijke machtiging is door de respondenten veel genoemd. In de verstandelijk gehandicaptensector en in de psychogeriatric is een groot deel van de cliënten zonder Bopz-titel opgenomen. De meeste cliënten verblijven vrijwillig in de instelling. Daarnaast

---

<sup>131</sup> De geneesheer-directeur dient uiterlijk bij het begin van de dwangbehandeling hiervan kennis te geven aan de IGZ. Bij de melding moet minimaal worden aangegeven wie verantwoordelijk is voor de beslissing tot dwangbehandeling en waarom hiertoe is overgegaan; ook moet worden aangegeven of betrokkene in staat is gebruik te maken van de klachtregeling ex art. 41 Wet Bopz; als dat niet het geval is, kan worden bezien of er redenen zijn om namens de betrokkene een klacht in te dienen.

<sup>132</sup> Zie art. 39a en 77 Wet Bopz en de Regeling kennisgeving en toepassing dwangbehandeling en middelen of maatregelen en registratie middelen of maatregelen Bopz, *Stcrt.* 2002, 109.

verblijven in deze instellingen ook veel cliënten op grond van een artikel-60 indicatie, het gaat daarbij om cliënten die zowel *geen bereidheid* als *geen bezwaar* hebben laten blijken.

Tabel 3.4: Welke (zorg)titel, of titels, hebben de patiënten die aanwezig zijn op de afdeling / groep waar u werkzaam bent?

Meerdere antwoorden mogelijk	GGZ	VG	VPH
	N=265	N=390	N=100
Vrijwillige opneming	76%	87%	83%
Inbewaringstelling Wet Bopz	57%	9%	32%
Rechterlijke machtiging Wet Bopz	80%	6%	12%
Voorwaardelijke machtiging Wet Bopz	58%	6%	12%
Artikel 60 Wet Bopz (geen bereidheid, geen bezwaar)	10% <sup>133</sup>	55%	93%
TBS met voorwaarden	3% <sup>134</sup>	–	–
Overplaatsing vanuit gevangeniswezen/forensische zorg/TBS	3%	–	–
Anders	5%	8%	1%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Indien de patiënt of cliënt al in een instelling verblijft, is het veelal de behandeld psychiater, orthopedagoog of specialist ouderengeneeskunde die het initiatief neemt tot het aanvragen van een titel voor gedwongen opname. De reden dat op dat moment een titel wordt aangevraagd is vanwege een verandering in de situatie. In gesprekken in de verstandelijk gehandicaptensector bleken deze vaak gerelateerd aan de (on)mogelijkheden om dwang toe te passen. Wanneer de cliënt zich bijvoorbeeld gaat verzetten tegen behandelingen, wordt een RM aangevraagd.

### Initiëren van een IBS

Een advocaat gaf aan dat het aanvraagproces voor een IBS in zijn regio snel verloopt doordat gebruik wordt gemaakt van een gestandaardiseerde digitale procedure. Na opname door bijvoorbeeld de crisisdienst wordt door de psychiater een inhoudelijke boordeling gedaan. Die beoordeling wordt ingevoerd in een programma. De burgemeester (of zijn plaatsvervanger) krijgt vervolgens een melding dat er een aanvraag is en kan direct in hetzelfde programma de machtiging verlenen. De

133 GGZ-patiënten kunnen niet opgenomen worden met een artikel 60-titel. In artikel 60 zijn alleen verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten genoemd als verblijf- en opnameinrichtingen. Het percentage GGZ-respondenten dat 'artikel 60' heeft geantwoord, is te verklaren doordat deze respondenten waarschijnlijk niet uitsluitend in de GGZ werkzaam zijn.

134 Het lage percentage TBS met voorwaarden en overplaatsing vanuit gevangeniswezen/forensische zorg/TBS is geen indicatie dat dit weinig voorkomt in deze sectoren, maar wordt veroorzaakt doordat in dit hoofdstuk enkel de respondenten zijn meegenomen die geantwoord hebben met name in de GGZ werkzaam te zijn. In hoofdstuk 4 zijn de antwoorden van de respondenten weergegeven die voornamelijk in FPA's en FPK's werkzaam zijn met patiënten met deze titels.

burgemeester (of zijn plaatsvervanger) is altijd stand-by. Voor de opname maakt het daarom niet uit of het bijvoorbeeld weekend is.

In de psychogeriatric duurt het vaak lang voordat een opname geïnitieerd wordt. Door een gesprekspartner van een koepelorganisatie is hierover gezegd dat de mate van zorg die mantelzorgers leveren aan hun familie daarbij een grote factor is. Zij zijn vaak degenen die voor moeder, vader of partner zorgen wanneer deze een psychogeriatrisch ziektebeeld gaat vertonen. Sommige mantelzorgers blijven zo lang mogelijk voor het familielid zorgen, tot het niet meer kan waardoor daarna een acute opname nodig is. Vaak wordt het verzoek vervolgens via de huisarts of de psychiater ingediend bij de Officier van Justitie. Uiteindelijk is het in alle gevallen formeel de Officier van Justitie die de aanvraag voor een titel op grond van de Wet Bopz doet.

Een deel van de patiënten bevindt zich in situaties waar sprake is van meervoudige problematiek. Indien de patiënt strafbare feiten heeft gepleegd terwijl hij psychotisch is of slachtoffer is van een strafbaar feit, kan het de politie zijn die als eerste de patiënt in zicht krijgt. Ook kan de politie verwarde personen tegenkomen op straat en meenemen naar het bureau. Wanneer de politie vermoedt dat sprake is van een stoornis, zal zo snel mogelijk de GGD of een GGZ-instelling geraadpleegd worden. In het geval dat personen vaker in aanraking komen met de politie en bekend zijn bij de GGZ, kan de politie gelijk contact opnemen met de crisisdienst van de GGZ-instelling. De officier van dienst van de politie controleert dit in het eigen systeem. GGZ Nederland en de Raad van Korpschefs hebben hiertoe een landelijk convenant uitgewerkt.<sup>135</sup> Wanneer de verwarde persoon niet in het systeem van de politie staat, wordt eerst de GGD/arts ingeschakeld. Indien de GGD arts vervolgens oordeelt dat er sprake is van een vermoedelijke geestesstoornis, wordt de GGZ ingeschakeld.

Hoewel met het convenant duidelijke werkafspraken gemaakt zijn, blijkt uit een gesprek met de politie dat de informatievoorziening van de GGZ naar politie en andersom nog niet optimaal functioneert. Een voorbeeld is de communicatie tussen GGZ en de politie bij de opheffing van de vrijheidsbeperking van patiënten. De politie zou graag zien dat zij op de hoogte gesteld worden van de vrijlating, maar goed hulpverlenerschap en het medisch beroepsgeheim van de arts verzetten zich hiertegen.

Afhankelijk van bijvoorbeeld de aard van het delict kan de Officier van Justitie ervoor kiezen om een strafrechtelijk traject te starten. Dit wordt verder toegelicht in hoofdstuk 4.

---

135 Convenant politie – GGZ 2012, door GGZ Nederland en Raad van Korpschefs, 2 december 2011. Het convenant bestaat sinds 2003. Ook op regionaal niveau zijn afspraken met de GGZ gemaakt. Zo heeft bijvoorbeeld de politie Fryslân afspraken gemaakt met GGZ Friesland in het 'Convenant tussen politie district Fryslân en GGZ Friesland, juli 2013. Deze regionale afspraken zijn een uitwerking van de landelijke afspraken, toegespitst op de regionale partijen.

## De beslissing van de rechter over gedwongen opname

Voor rechters in alle sectoren is het belangrijkste document ter zitting de geneeskundige verklaring. Wanneer patiënten eerder opgenomen zijn geweest kunnen het dossier van de patiënt en het behandelplan ook een belangrijke rol spelen. Rechters gaan in beginsel uit van de juistheid van de geneeskundige verklaring tenzij anders wordt aangedragen of indien (ter zitting) wordt getwijfeld aan de juistheid van de verklaring. De rechters waarmee gesproken is geven aan dat de kwaliteit van de door psychiaters aangedragen verklaringen in het algemeen goed is maar dat de verklaring ook wel eens rudimentair van aard is. Slechts in enkele gevallen is een verklaring van een psychiater niet afdoende. De rechter kan dan ter zitting om een verduidelijking vragen. Als de rechter nog niet tevreden is, kan er een contra-expertise worden gelast. Ook de advocaat van de patiënt kan hier ter zitting om verzoeken en indien daarvoor goede gronden aanwezig zijn kan de rechter dit toewijzen. Op eigen initiatief kan een advocaat ook een contra-expertise laten uitvoeren. De kosten daarvan komen dan voor de patiënt. Ter zitting kan de behandellocatie ter discussie staan maar dat punt komt volgens de rechters waarmee gesproken is niet terug in het oordeel van de rechter.

Uit de interviews komt naar voren dat er in de GGZ bij de verlenging een spanningsveld bestaat tussen de inschatting van de behandelde psychiater en de beoordeling door de rechter. De rechter toetst of voldaan is aan de criteria van de wet. Dit op basis van de door de psychiater gedane inschatting. De psychiater heeft echter ook een behandelrelatie met de patiënt. Uit dat oogpunt blijkt, volgens rechters en advocaten, dat psychiaters soms een titel willen verlengen omdat een behandeling nog niet is afgerond; de criteria van de wet krijgen in het oordeel van de psychiater niet altijd de vereiste aandacht. De rechter toetst strikt op het gevaarscriterium; als er geen gevaar meer is, kan de RM niet verlengd worden. Dat de behandeling nog niet afgerond is, is geen argument bij de verlenging van een RM. Wel kan dan worden overwogen een voorwaardelijke RM te verlenen.

Verschillende rechters geven aan dat, indien daar aanleiding voor is, een rechter soms ook actief onderzoek doet. Het horen van de patiënt is volgens hen ook van groot belang voor het onderzoek. Al het mogelijke wordt gedaan dit te faciliteren. De zitting vindt daarom veelal plaats op de locatie waar de patiënt zich bevindt, bijvoorbeeld in de instelling of bij de patiënt thuis. Een rechter gaf tijdens het interview aan dat alleen wordt afgezien van het recht om te horen als de patiënt dit persoonlijk aangeeft en ook in staat is zich uit te drukken. Wanneer tijdens de zitting een psychiatrisch patiënt bijvoorbeeld psychotisch is, zal de rechter bijvoorbeeld niet snel aanvaarden dat hij afziet van het recht om te worden gehoord.

Indien de patiënt niet wilsbekwaam is, kan zijn vertegenwoordiger in zijn plaats gehoord worden. Uit de gesprekken die in het kader van dit onderzoek zijn gehouden blijkt dat dit in de GGZ nauwelijks voorkomt. Volgens de geïnterviewde rechters is de patiënt over het algemeen goed in staat het woord te voeren en zijn mening naar voren te brengen, al dan niet met ondersteuning van zijn advocaat. Bij de verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische zorg speelt de familie juist een grote rol; er wordt aan hen gevraagd of zij opname van de betrokkene noodzakelijk achten en om welke reden. Zij zijn volgens rechters een grote bron van informatie, mede doordat cliënten niet altijd goed voor zichzelf kunnen spreken. Wel geven rechters aan dat zij terughoudendheid bemerken bij familieleden of partner om te zeggen dat hun familielid opgenomen moet worden. De gesproken rechters geven

aan dat het zaak is om te balanceren tussen beide belangen; “*Je wilt betrokkenen niet in een onmogelijke positie brengen*”.

### **Een patiënte over verlenging van de RM**

Voor patiënten blijkt het niet altijd duidelijk te zijn hoe de verlenging wordt beoordeeld. Een patiënte gaf tijdens het interview aan dat het voor haar leek alsof de RM telkens automatisch verlengd werd, zonder inhoudelijke beoordeling. Volgens haar kwamen bij de verlenging telkens dezelfde argumenten in de geneeskundige verklaring terug. Advocaten geven ook aan dat bij de verlenging het risico bestaat dat voornamelijk wordt voortgeborduurd op eerdere geneeskundige verklaringen.

Hoewel een RM niet voor de maximale termijn die in de wet genoemd is opgelegd hoeft te worden, geven de rechters waarmee gesproken is aan dat hier nauwelijks van afgeweken wordt. Eén van de rechters gaf aan dat slechts een kortere duur wordt opgelegd indien daarvoor een speciale reden is (zie daarvoor het onderstaande kader).

### **Gesprek met een rechter**

Een rechter gaf als voorbeeld een patiënt die ieder contact weigerde. Deze patiënt kon en wilde niet ter zitting komen. Omdat niet duidelijk was of dit werd veroorzaakt door de toestand of dat het een welbewuste keuze was heeft de rechter een RM voor een maand verleend. Op die manier zou de patiënt op korte termijn bij de verlenging van de titel een tweede kans krijgen om zich uit te laten over de opname.

Deze werkwijze hanteerde de rechter wel vaker bij weigerachtige patiënten. Haar ervaring was dat patiënten na de eerste periode van behandelen zich beter gingen voelen en daardoor wel ter zitting aanwezig willen zijn om hun opname te bespreken. Door de korte voorlopige machtiging is dat mogelijk.

Hoewel het opleggen van een RM in principe hetzelfde verloopt bij psychogeriatrisch patiënten als bij de andere twee doelgroepen, hebben de rechters die in het kader van dit onderzoek zijn gesproken aangegeven dat zij terughoudend zijn in het opleggen van een RM bij ouderen, vanwege de onomkeerbaarheid van het besluit. Ouderen die via een RM gedwongen opgenomen worden in een verpleeghuis, gaan vaak nooit meer naar huis, waardoor het om een definitieve beslissing gaat. Daar staat tegenover dat uit gesprekken met verpleeghuizen en koepelorganisaties blijkt dat een RM bij ouderen vaak pas laat wordt aangevraagd, bijvoorbeeld wanneer de thuissituatie uit de hand is gelopen. Rechters geven aan dat dit ook meegenomen wordt in het oordeel; er moet volgens deze rechters sprake zijn van ‘uitputting van het systeem’; er moet sprake zijn van een situatie waarin het niet meer mogelijk is voor de betrokkene om thuis te wonen.

### **Gesprek met koepelorganisatie ouderenzorg**

*“Voordat mensen opgenomen worden gaat er een heel proces aan vooraf. De situatie moet houdbaar gehouden worden door de omgeving en die factoren moeten allemaal meegenomen worden. Familieleden nemen bijvoorbeeld als het steeds slechter gaat iemands autosleutels af, zodat hij deze niet meer kan vinden en geen gevaarlijke situaties kan veroorzaken. Sommige mantelzorgers hebben vroeger beloofd dat hun familielid of partner nooit opgenomen zou worden. Dit levert een spanningsveld van willen en kunnen op. Zij voelen zich schuldig als ze deze belofte niet kunnen waarmaken. Vaak blijven mensen doorsukkelen, soms door zelf dwangmaatregelen toe te passen zoals iemand tijdelijk vastbinden met lakens aan de stoel zodat hij even boodschappen kan doen, totdat het niet meer gaat. Vaak wordt er dan pas hulp gezocht als er dingen spaak lopen, zoals een heupbreuk bij de mantelzorger, waardoor opname onvermijdelijk is.”*

In de sectoren verstandelijk gehandicapten en psychogeriatricie gaat het bij een onvrijwillige opname in de meeste gevallen om opname door middel van een artikel 60-indicatie, die opgelegd wordt door het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ). Het gaat om cliënten die zowel *geen bereidheid* als *geen bezwaar* bij de opname hebben.

### **Gesprek met een directeur medische zaken, ouderenzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg**

*“De wet is duidelijk wanneer artikel 60 opgelegd kan worden, maar in de praktijk blijkt het lastig. Je ziet dat het CIZ noch bereidheid noch bezwaar op een bijzondere manier uitlegt, zij gaan er namelijk vanuit dat ‘iemand die geen idee heeft en ja zegt’ als vrijwillig wordt bestempeld. Deze persoon krijgt dan geen artikel 60 indicatie. Ik vind dat het gaat om de bekwaamheid, vrijwillig gaat over de wil van de persoon. Doordat het CIZ in deze gevallen geen artikel 60-indicatie oplegt, gaat het in de praktijk mis. Vaak zeggen verstandelijk beperkten tegen de indicatiecommissie ‘ja’, maar zodra ze in de instelling komen zeggen ze ‘ik wil weg’. Dan kunnen wij bepaalde dingen in de zorg niet doen, dan zouden we de deur open moeten doen terwijl zij onbekwaam zijn. Volgens mij snappen ze wel dat het iemand is die het niet helemaal weet, maar ze denken dat iemand wel blijft. In de verstandelijk gehandicaptenzorg ben je naast zorgverlener ook opvoeder, kinderen zijn ook weleens boos en zeggen ‘ik wil weg’, maar je wil in de verstandelijk gehandicaptenzorg dan graag een grond om iemand in de instelling te houden”*

### **Rechtsbijstand en informatievoorziening over de procedure**

Patiënten/cliënten krijgen in alle drie de sectoren een advocaat toegewezen van de piketlijst. Indien de patiënt in het verleden in aanraking is gekomen met eenzelfde situatie wordt geprobeerd dezelfde advocaat toe te voegen. Ook wanneer de patiënt reeds een advocaat heeft, zal deze advocaat worden toegevoegd. Deze werkwijze heeft volgens geïnterviewden de voorkeur; rechters, advocaten en patiëntvertrouwenspersonen (PVP's) zijn van mening dat inschakeling van de oorspronkelijke advocaat meerwaarde heeft omdat gebruik kan worden gemaakt van de voorkennis die de advocaat reeds bezit. Advocaten geven aan dat de werkwijze ook van meerwaarde kan zijn wanneer de cliënt niet goed zijn eigen wil kan verwoorden; wanneer de advocaat al ervaring met de cliënt heeft weet hij eerder wat de cliënt bedoelt. Daarnaast vervult de advocaat tevens een belangrijke rol bij het



informereren van de cliënt, ook in dat kader heeft het meerwaarde als advocaat en cliënt elkaar al kennen. Een advocaat heeft aangegeven dat de advocaat een rol heeft in het informeren/overtuigen van het belang van opname, als blijkt dat dit het beste voor de cliënt is.

### **Rechtsbijstand bij IBS**

Indien een patiënt wordt opgenomen op grond van een IBS, wordt pas na het verlenen van de titel een advocaat toegewezen. Dit heeft te maken met de crisissituatie en het actuele gevaar waardoor onmiddellijk opname vereist is. De advocaat heeft voornamelijk een rol van betekenis bij de rechterlijke toetsing van de IBS.

Het is gebruikelijk dat een advocaat binnen 24 uur na de opname en/of het verlenen van de titel bij een patiënt langs gaat. Een advocaat die in het kader van dit onderzoek gesproken is gaf aan dat de advocaat niet te snel na de opname moet langskomen; *“Het bezoeken moet niet te snel na opname plaatsvinden omdat de patiënt dan nog niet aanspreekbaar is. Soms weet een patiënt niet eens meer dat ik ben langs geweest.”*

Zorgverleners die de enquête ingevuld hebben is gevraagd wie de cliënt informeert als het gaat om de redenen voor het opleggen van de titel en de duur van deze titel. Behalve de rechter worden verschillende belangrijke intermediairs in de instellingen genoemd. Per sector gaat het om verschillende personen. In de GGZ worden patiënten met name geïnformeerd door de arts, namelijk de psychiater. In de verstandelijk gehandicaptensector worden zij juist geïnformeerd door de orthopedagoog/gedragsdeskundige en de begeleiders. In de verpleeghuiszorg is met name het antwoord ‘anders’ gegeven. Omdat respondenten niet gevraagd is dit antwoord uit te leggen, is niet te achterhalen wat respondenten hiermee bedoeld hebben. Uit gevoerde gesprekken blijkt dat het kan gaan om specialisten ouderengeneeskunde, maar ook mogelijk is dat respondenten hier een rol voor de familieleden of voor het CIZ zien.

Ook is in de enquête aan zorgverleners gevraagd of respondenten vinden dat patiënten voldoende gehoord worden bij een beslissing tot verlenging of beëindiging van de titel. De meeste respondenten in de GGZ zijn het met deze stelling eens. In de verstandelijk gehandicapten zorg en psychogeriatric zijn respondenten het minder vaak eens met deze stelling, maar oneens wordt ook niet veel geantwoord. Dit kan verklaard worden doordat tijdens de interviews bleek dat het bij deze laatste twee doelgroepen erg per cliënt verschilt in hoeverre zij zichzelf kunnen verwoorden.

Tabel 3.5: Stelling: 'Voorafgaand aan de beslissing tot het verlengen of beëindigen van een juridische titel, worden patiënten voldoende in staat gesteld hun mening en visie hierover te geven. Patiënten worden naar mijn mening voldoende gehoord.'

	GGZ N=238	VG N=254	VPH N=80
(Geheel) mee eens	76%	38%	45%
Niet mee eens, niet mee oneens	19%	43%	45%
(Geheel) mee oneens	6%	20%	10%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

### 3.3.2 Interne rechtspositie

#### Informatie over de afdeling waar respondenten werkzaam zijn

In de verpleeghuissector zijn de meeste respondenten werkzaam op een afdeling waar patiënten aanwezig zijn met verschillende titels; door 90% (N=90) wordt dat geantwoord. In de GGZ is dit door 63% (N=306) geantwoord en in de verstandelijk gehandicaptensector door 54% (N=410). Hierbij moet worden gedacht aan de eerder genoemde titels, zie hiervoor tabel 3.2.

Aan de respondenten die werkzaam zijn in instellingen waar patiënten met meerdere titels op de afdeling verblijven, is gevraagd of dit onduidelijke situaties oplevert wanneer dwang toegepast moet worden. De meerderheid geeft aan dat dit geen onduidelijke situaties oplevert. Dit kan worden verklaard doordat alle titels op grond van de Wet Bopz vrijwel dezelfde uitgangspositie hebben. Aanpassing van de dwangtoepassing wordt instellingsbreed in de huisregels opgenomen en/of in het persoonlijke behandelplan van de cliënt.

In de GGZ en de zorg voor verstandelijk gehandicapten blijkt dat de titel van de patiënten/cliënten bepalend is voor de werkwijze die binnen een afdeling wordt gevolgd. Het overgrote deel, 87% respectievelijk 83% van de respondenten geeft aan dat het daarom per patiënt verschilt op welke manier dwang toegepast mag worden (N=183, N=218). Dit sluit aan bij hetgeen in de interviews naar voren is gekomen. De gesprekspartners geven aan per patiënt te bekijken wat de beste behandeling/aanpak is. In de verpleeghuissector is eveneens aangegeven dat er per cliënt gekeken wordt op welke manier dwang toegepast mag worden (55%, N=87), maar de andere helft van de respondenten geeft aan dat de afdeling waar de cliënt zich bevindt leidend is, hoewel tweederde daarbij aangeeft dat er uitzonderingen mogelijk zijn bij een afwijkende titel van een cliënt.

#### Kennis over dwang

Respondenten bij de enquête geven zelf aan dat zij weten wie dwang mag toepassen in specifieke situaties, zie tabel 3.6. Met name in verpleeghuizen is aangegeven dat deze dwang pas toegepast wordt wanneer de bevoegde persoon daarover besloten heeft. Ook in de GGZ en verstandelijk gehandicaptenzorg wordt dit vaak geantwoord.

Met betrekking tot de feitelijke toepassing van dwang geven vooral de respondenten in de GGZ aan dat het personeel op de werkvloer goed in staat is om dwang toe te passen. Bij de verpleeghuissector en de zorg voor verstandelijk gehandicapten is dit in mindere mate het geval. Een groot deel van de respondenten (29% in de verstandelijk gehandicapten sector, 43% in de verpleeghuissector) geeft aan dat dit slechts bij uitzondering het geval is. Het antwoord 'altijd' is in alle sectoren slechts een enkele keer gegeven. Hiervoor is geen duidelijke verklaring. Uit de gevoerde gesprekken met verschillende betrokken actoren is wel duidelijk geworden dat de incidenten waarbij dwang noodzakelijk is erg variëren, waardoor het personeel op de werkvloer vaak moet reageren op onvoorziene situaties.

Tabel 3.6: Verschillende stellingen over toepassen van dwang

% altijd/vaak	GGZ	VG	VPH
	N=261	N=303	N=88
Als ik in een situatie terecht kom waarin ik dwang wil toepassen, weet ik wie hierover het besluit moet nemen.	91%	86%	95%
Ik pas in de praktijk alleen dwang toe op een patiënt, nadat de persoon die hierover moet besluiten, hierover besloten heeft.	84%	70%	92%
Het personeel op de werkvloer is goed in staat om dwang toe te passen.	80%	60%	53%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Over het algemeen zijn de zorgverleners bekend met de criteria bij de toepassing van dwang. In alle sectoren geeft tweederde van de respondenten aan op de hoogte te zijn. Circa een kwart van de respondenten geeft aan gedeeltelijk op de hoogte te zijn.

### Terugdringen van dwang

Uit alle gesprekken die in instellingen zijn gevoerd blijkt dat dwang ultimum remedium en alleen kan worden toegepast indien voldaan is aan bepaalde eisen. Over het algemeen staat preventie centraal maar in bepaalde gevallen is de toepassing van dwang niet te voorkomen. De geneesheer-directeur of Bopz-arts is verantwoordelijk voor de juiste toepassing van dwangmaatregelen en moet er op toezien dat de bij de behandeling betrokken actoren zich houden aan de gestelde kaders. De evaluatie van dwangtoepassing speelt hierbij ook een rol. De toepassing van dwangmiddelen mag, in tegenstelling tot de forensische sector, niet worden ingezet als straf.

De terughoudende houding ten opzichte van dwang past bij de ontwikkelingen die het veld de afgelopen jaren heeft meegemaakt. Landelijk wordt ingezet op minder (ingrijpende) dwangtoepassing. Sinds 2008 is door Actiz, VGN, cliëntenorganisaties, beroepsorganisaties en de IGZ afgesproken om vrijheidsbeperkende maatregelen voor zover mogelijk terug te dringen.<sup>136</sup> Daarbij is onder andere afgesproken dat onrustbanden niet meer gebruikt zullen worden. Tijdens gesprekken in instellingen bleek dat dit bereikt wordt door meer begeleiding vooraf, beter in de gaten houden van de

<sup>136</sup> Intentieverklaring Samen naar minder vrijheidsbeperking in 2011, Ede: 18 november 2008.

emotionele gesteldheid van de cliënt enzovoort. Met name in de psychogeriatric wordt door vertegenwoordigers die al jarenlang gewend zijn aan het gebruik van onrustbanden in bed bij hun familielid, gevraagd om dit toch door te zetten. Ook gemaakt afspraken in de verstandelijk gehandicaptenzorg worden door vertegenwoordigers als prettig ervaren. Vraag die daarbij aan de orde komt is onder andere of het afbouwen van deze maatregelen niet juist voor onrust bij de cliënt leidt. De cultuurverandering die bij instellingen plaatsgevonden heeft lijkt nog niet voldoende bij de familieleden doorgedrongen, zo blijkt uit de gesprekken in de instellingen. Zorgverleners dienen te beschikken over overredingskracht om de maatregelen af te bouwen met instemming van de familie.

Ook in de GGZ zijn afspraken gemaakt over het reduceren van dwang door GGZ Nederland, het ministerie en cliënt- en beroepsorganisaties.<sup>137</sup> Vanuit GGZ Nederland en het werkveld is de laatste jaren aandacht voor het reduceren van het aantal separaties. Ook de IGZ heeft bij haar toezichthoudende taak met name aandacht voor separaties (zie par. 3.2.7). Alle registraties van dwang vinden daarnaast plaats in Argus.<sup>138</sup> Sinds 1 januari 2012 is registratie in Argus verplicht voor zorgaanbieders in de GGZ. Om separaties en andere dwangmaatregelen te kunnen reduceren wordt ingezet op alternatieven. Voorbeelden zijn holding<sup>139</sup> of de inzet van medicatie. Bij deze voorbeelden is nog steeds sprake van een dwangmaatregel, maar de (gekozen vorm van) dwang is minder ingrijpend voor de patiënt. De informatievoorziening, registratie en verantwoording vindt beide keren op dezelfde manier plaats. In de praktijk wordt – om dwang te beperken – steeds vaker het kamerprogramma ingezet. Door verschillende gesprekspartners, waaronder de PVP, werden hierbij vraagtakens gesteld: *“Het kamerprogramma wordt steeds vaker ingezet, maar hierbij zijn er minder rechtswaarborgs dan bij de zwaardere vormen van dwang”*.

### **Toepassing van verschillende dwangmaatregelen**

In de onderstaande tabel zijn de verschillende dwangmaatregelen, die bij de respondenten op de afdelingen plaatsvinden, opgenomen. In de GGZ wordt met name separatie, gedwongen medicatie en beperking van de bewegingsvrijheid toegepast. In de verpleeghuiszorg komt ook gedwongen medicatie voor, maar wordt ook door een groot gedeelte ‘gedwongen handelingen ter verzorging van de patiënt genoemd’; dit laatste kan verklaard worden doordat in deze sector de verzorging van

---

137 Intentieverklaring Preventie dwang in de ggz, 2011.

138 Argus is een systeem voor een eenduidige registratie separatie, afzondering en fixatie (en andere vormen van fysieke en ruimtelijke vrijheidsbeperkende interventies) en de toepassing van parenterale medicatie en vocht en voeding die wordt toegediend met fysiek verzet van de patiënt, ongeacht de juridische status van de patiënt. Naast de items van de Bopz-registratie houdt het systeem de daadwerkelijke duur van de interventies bij. De IGZ heeft toegang tot het systeem en kan alle interventies bekijken. Daarnaast dient de toepassing van middelen en maatregelen ook via een apart (wettelijk voorgeschreven) formulier gemeld te worden bij de IGZ.

139 Holding wordt steeds vaker ingezet in de GGZ. Het gaat om een fysieke techniek waarbij de cliënt in geval van controleverlies op de buik op de grond ligt en door begeleiders wordt vastgehouden. Het is een minder beperkte vorm dan fixatie, waarbij de cliënt de mogelijkheid behoudt om spanning middels beweging af te laten vloeien, waardoor na enige tijd ontspanning ontstaat. Deze en andere alternatieven zijn opgenomen in GGZ-Nederland, *Best practices rondom dwangreductie in de Geestelijke Gezondheidszorg*, Amsterdam: december 2011.

cliënten meer centraal staat, waardoor ook dergelijke dwanghandelingen meer voorkomen. Fixatie komt vaker voor in de verstandelijk gehandicaptenzorg en in de verpleeghuiszorg dan in de GGZ, reden hiervoor is dat separatie in deze beide sectoren niet mogelijk is waardoor een ander dwanginstrument gebruikt wordt. Beperking van telefoonverkeer wordt met name in de GGZ en verstandelijk gehandicaptenzorg genoemd; problematiek met bijvoorbeeld loverboys en mogelijke slechte invloeden vanuit de vrienden- en familiekring van de patiënt spelen daarbij een rol. Ten slotte is het gebruik van domotica met name in de verpleeghuiszorg genoemd. Mogelijk is door respondenten in de GGZ een te beperkte opvatting van domotica gevolgd; camera's in de separeerruimte vallen bijvoorbeeld ook onder domotica.

*Tabel 3.7: Met welke van de onderstaande maatregelen heeft u in de praktijk te maken?*

Meerdere antwoorden mogelijk	GGZ	VG	VPH
	N=247	N=368	N=100
Afzondering	59%	51%	37%
Separatie / isolatie	72%	21%	6%
Fixatie	41%	58%	65%
Gedwongen medicatie	76%	25%	75%
Gedwongen toedienen van voeding en/of vocht	19%	10%	14%
Controle op verdovende middelen (bijvoorbeeld urineonderzoek)	57%	14%	0%
Gedwongen handelingen ter verzorging van de patiënt (bijvoorbeeld onder dwang douchen)	25%	17%	59%
Beperking van bewegingsvrijheid (tot bijvoorbeeld de afdeling waar patiënt verblijft)	75%	74%	93%
Beperking van bezoek of telefoonverkeer	44%	44%	11%
Het gebruik van domotica (technische hulpmiddelen)	10%	42%	81%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

De casestudies in alle drie de sectoren laten zien dat overleg over het behandelplan of zorgplan – en daarmee de daarin opgenomen dwangbehandelingen – plaatsvindt direct nadat de patiënt binnenkomt in de instelling. In datzelfde gesprek kan in het geval van wilsonbekwaamheid overleg worden met de vertegenwoordiger – bij vrijwillige opname – in hoeverre de vrijwillige status passend is voor de cliënt of dat een gedwongen titel aangevraagd moet worden.

Er bestaat in de praktijk onduidelijkheid – in de sectoren verstandelijk gehandicapten en psychogeriatric – voor wat betreft de benodigde titel bij het opleggen van dwangbehandelingen. In sommige gesprekken kwam naar voren dat wanneer er dwangbehandelingen afgesproken worden, de artikel 60 Wet Bopz-titel niet voldoende zou zijn. Voor het sluiten van deuren zou een artikel 60 indicatie voldoende zijn, maar voor fixatie altijd een RM. Daarmee wordt vaker dan noodzakelijk is een RM aangevraagd, terwijl een RM of vrijwillige status ook passend zou kunnen zijn.

De autonomie van een patiënt blijft centraal staan, ook wanneer sprake is van wilsonbekwaamheid. Dit betekent dat maatregelen altijd worden toegelicht aan de patiënt of cliënt, in voor hen

begrijpelijke woorden, maar ook dat wanneer de patiënt zich verzet en afstand neemt van de gemaakte afspraken in het behandelplan, dat de dwang alsnog via een middelen en maatregelen in het kader van een noodmaatregel moet worden opgelegd. Als cliënten met een artikel 60 Wet Bopz-titel zich verzetten, zal de instelling moeten nadenken over het aanvragen van een RM of IBS. In alle sectoren is aangegeven dat het beoordelen van verzet soms moeilijk is. In de GGZ is het voornaamste probleem dat het lastig is te beoordelen of het verzet gericht is tegen de dwang of dat het gaat om het intrekken van de instemming. In de verstandelijk gehandicapten zorg en psychogeriatricie is het probleem met name dat cliënten zich niet altijd goed kunnen uiten. De geschiedenis van de cliënt en gesprekken met familie kunnen helpen dit te interpreteren.

Uit de gesprekken met de betrokken actoren blijkt dat het afbouwen van dwang kan door middel van bijvoorbeeld preventie, overleg en de toepassing van drang. Respondenten is ook gevraagd naar het gebruik van drang in de praktijk. Drang wordt met name toegepast om de toepassing van dwang te voorkomen; in mindere mate wordt het als dreigmiddel gebruikt. Zie tabel 3.8. Drang wordt daarnaast ook gezien als informeren van een patiënt. Patiënten waar mee gesproken is ervaren drang negatiever dan de behandelaren omdat ze bijvoorbeeld weinig keus hebben. Wel geven de patiënten aan dat na verloop van tijd er een besef komt dat het voor hun bestwil wordt gedaan.

Tabel 3.8: Vink de stelling aan die het beste bij uw mening past.

drang wordt in de praktijk gebruikt....	GGZ N=246	VG N=300	VPH N=88
Om het toepassen van dwang te voorkomen	92%	79%	84%
Als dreigmiddel	7%	19%	13%
Om te voorkomen dat allerlei papierwerk nodig is	1%	2%	4%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

### Voorbeeld toepassen drang in de verstandelijk gehandicapten sector (gesprek met een orthopedagoog)

De inzet is altijd proberen te praten met een cliënt om maatregelen te voorkomen. Een goed voorbeeld daarvan was een meisje op de afdeling dat niet wilde eten en suïcidaal was. In het verleden heeft ze regelmatig een IBS gehad. Ook heeft ze al eens gedwongen voedsel gekregen via een sonde. Dat vond ze zeer onprettig. Door op haar in te praten – *“als je niet gaat eten moet je straks weer via een sonde voedsel toegediend krijgen”* – eet ze nu toch weer.

### Werkbaarheid van de dwangmaatregelen

Over de werkbaarheid van criteria is slechts iets minder dan de helft van de respondenten in alle sectoren tevreden. Een kwart van de respondenten in de sector verstandelijk gehandicapten en een vijfde van de respondenten in de GGZ en verpleeghuiszorg is zelfs van mening dat de criteria niet goed werkbaar zijn. In alle drie sectoren worden soortgelijke verklaringen gegeven voor de beperkte werkbaarheid van de criteria. Er wordt onder andere genoemd dat bij vrijwillig opgenomen patiënten

na een noodsituatie een IBS of RM moet worden aangevraagd terwijl dit in sommige gevallen te ver gaat. Daarnaast geven de respondenten aan dat de criteria niet duidelijk zijn omschreven of elkaar tegenspreken. Het gaat bijvoorbeeld om de beoordeling van het 'gevaar'; door respondenten is aangegeven dat het opleggen van dwangmaatregelen bij gevaar eigenlijk te laat is, bij een werkwijze die op preventie gericht is zou je eerder dergelijke maatregelen in een minder ingrijpende vorm willen kunnen opleggen. Bij de sector verstandelijk gehandicapten en de GGZ wordt eveneens aangegeven dat het bepalen van verzet en wilsonbekwaamheid per situatie lastig is. Dit laatste wordt ook in de verpleeghuiszorg aangegeven, met name wanneer het gaat om vergesorderde dementie. De werkelijkheid in alle sectoren is veelal ook complexer dan dat de criteria veronderstellen, mede doordat patiënten allemaal verschillen. In de verstandelijk gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg wordt door respondenten uitgesproken dat zij zich zorgen maken over het kennisniveau van de begeleiders op de werkvloer om dwang toe te passen. Ten slotte worden ook administratie en bureaucratie genoemd als redenen dat de toepassing van criteria/voorwaarden niet goed werkbaar zijn. Met name wanneer het gaat om "lichte" dwangmaatregelen, zoals in de verpleeghuiszorg bij het vastzetten van de rolstoel, het sluiten van deuren en het plaatsen van sensoren.

### **Definitie dwang**

Tijdens de gesprekken in instellingen bleek eveneens dat de definitie van dwang vraagpunten oplevert bij de medewerkers. In instellingen werd bijvoorbeeld fixatie gezien als 'stevig vastpakken' en bijvoorbeeld begeleiden naar de kamer, het in de kamer zitten wordt als afzondering of zelfs als separatie betiteld. Hieruit blijkt onduidelijkheid over wat de dwangmaatregelen precies inhouden. Vraag is vervolgens of dit wel op de juiste manier geregistreerd wordt.

Opvallend is dat op de vraag of dwang wordt toegepast bij patiënten of cliënten die op basis van vrijwilligheid verblijven, door 38% van de GGZ respondenten (N=199), 28% van de respondenten in de verpleeghuiszorg (N=83) en 49% van de respondenten in de sector verstandelijk gehandicapten (N=328) is aangegeven dat ook dwang wordt opgelegd bij vrijwillig verblijvende patiënten/cliënten. In zowel de verstandelijk gehandicapten zorg als in de GGZ hebben respondenten afzondering genoemd als voorbeeld van dwangtoepassing bij vrijwillige patiënten, in de verstandelijk gehandicaptenzorg worden daar fixatie en andere vrijheidsbeperking die onderdeel van de structuur van de instelling zijn, zoals het moeten douchen, een dagprogramma of het sluiten van de kamerdeur aan toegevoegd. In de GGZ wordt toegelicht dat deze toepassing plaatsvindt bij noodsituaties, vaak gevolgd door een aanvraag van een IBS of dwangtoepassing op grond van de WGBO. In de psychogeriatric worden met name bedekken en domotica genoemd.

### **De opvattingen over toepassen van dwang en de criteria**

Bij het toepassen van dwang zijn door de Wet Bopz verschillende waarborgen ingebracht om zorgvuldige toepassing te garanderen. Dwangtoepassing moet bijvoorbeeld geregistreerd worden, en de patiënt/cliënt moet erover worden geïnformeerd. Uit de enquête blijkt dat deze waarborgen door zorgverleners over het algemeen als belangrijke richtlijnen worden gezien die bijdragen aan een goede toepassing van dwang, zie hiervoor tabel 3.9. Uit de interviews in verschillende instellingen blijkt niet dat hier anders over wordt gedacht. Toch wordt dit beeld niet door iedereen gedeeld; in alle

drie sectoren – in de GGZ bijna een derde van de respondenten – is door een deel van de respondenten aangegeven dat deze waarborgen met name voor papierwerk zorgen.

Tabel 3.9: Opvattingen over waarborgen bij dwang

	GGZ N=258	VG n=300	VPH n=88
De waarborgen die de wet biedt voor de toepassing van dwang leveren voornamelijk papierwerk op.	32%	27%	17%
De waarborgen die de wet biedt zijn belangrijke richtlijnen die dagelijks bijdragen aan goede toepassing van dwang.	68%	73%	83%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Bij de keuze tussen twee stellingen over de toepassing van dwang (in de praktijk wordt te gemakkelijk naar het middel dwang gegrepen en er wordt te weinig dwang gebruikt in de praktijk) zijn de meningen van respondenten in de GGZ verdeeld; 51% geeft aan dat er te weinig dwang wordt gebruikt, 49% vindt juist dat er te gemakkelijk naar dwang wordt gegrepen. Een mogelijke verklaring is dat ingrijpende dwang wordt afgebouwd maar dat de wens voor interventie door middel van minder ingrijpende dwang daardoor toeneemt. In de verstandelijk gehandicaptensector en in de verpleeghuiszorg is de meerderheid van mening dat de toepassing van dwang te gemakkelijk plaatsvindt, driekwart van de respondenten in de verstandelijk gehandicaptenzorg en 89% in de verpleeghuissector vindt dit. Aan de andere kant vindt respectievelijk 25% en 11% dat er te weinig dwang gebruikt wordt in de praktijk.

### Evaluatie dwangtoepassing

Uit verschillende gesprekken die in het kader van dit onderzoek zijn gevoerd blijkt dat evaluatie van dwangbehandelingen plaatsvindt tijdens de bespreking van het behandelplan of zorgplan van de cliënt. Dit overleg vindt plaats met een multidisciplinair team. In de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatric is vaak een vertegenwoordiger of een familielid aanwezig bij de zorgplanbespreking. De behandelend arts is degene die verantwoordelijk is voor de evaluatie van de dwangmaatregelen. In de zorg voor verstandelijk gehandicapten is dit vaak een orthopedagoog in plaats van een AVG, tenzij het gaat om het toedienen van dwangmediatie, voeding of vocht onder dwang.

Tijdens dwangtoepassing moet frequent worden bekeken of continuering nog nodig is. Dwangtoepassing moet namelijk niet langer duren dan noodzakelijk is in verband met de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit. Respondenten geven aan dat evaluatie niet altijd plaatsvindt, zie hiervoor tabel 3.10. In de GGZ geven respondenten het vaakst aan dat altijd geëvalueerd wordt, 39% ten opzichte van 18% in de verpleeghuiszorg. Een vijfde van de respondenten in de verpleeghuiszorg en de verstandelijk gehandicapten zorg en 13% in de GGZ geven aan dat slechts soms geëvalueerd wordt.



Tabel 3.10: Stelling: Nadat met dwang is begonnen wordt voldoende frequent geëvalueerd of continuering nog nodig is.

	GGZ N=254	VG N=298	VPH N=89
Dit is altijd het geval.	39%	29%	18%
Dit is vaak het geval.	47%	48%	55%
Dit is soms het geval.	13%	18%	20%
Dit is zelden het geval.	2%	4%	7%
Dit is nooit het geval.	0%	1%	0%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Eén van de doelen van de evaluatie van dwangmaatregelen is om de continuering van de dwangmaatregelen te bespreken. Achtergrond hiervan is de hiervoor besproken beleidsintentie van onder andere IGZ om gebruik van dwangmaatregelen zoveel mogelijk af te bouwen. Steeds meer instellingen hebben dit als uitgangspunt. Door sommige vertegenwoordigers wordt hier anders over gedacht, zie onderstaand voorbeeld.

#### **Gesprek met beroepsmatig mentor van meerdere verstandelijk gehandicapte cliënten**

*“Er wordt veel gesproken over het afbouwen van maatregelen bij cliënten. Ik vind het goed om periodiek te toetsen bij zorgplanbesprekingen of de maatregelen nog toegepast moeten worden, maar bij sommige cliënten zit het er niet, over 20 jaar ook niet. Toch moet er dan geëvalueerd worden en gekeken welke mogelijkheden er zijn. Soms is het afbouwen gewoon ongewenst, omdat de situatie niet zal veranderen. Eén van mijn cliënten drinkt bijvoorbeeld zoveel water, dat hij al twee keer in coma is geraakt. Beschermingsmaatregel is nu dat alle waterpunten ’s nachts worden afgesloten. Ik zit er niet op te wachten dat ze die maatregel afbouwen. Je krijgt daar wel discussie over met de instelling, je moet toewerken naar afbouw, dat is het beleid.”*

Ook in de psychogeriatricie hebben gesprekspartners uit de instellingen aangegeven dat vertegenwoordigers of familieleden van de cliënt vaker dan zorgverleners geneigd zijn dwangmaatregelen toe te passen. Vertegenwoordigers en/of familieleden verwachten dat de veiligheid van hun familielid vergroot. Ook de gewenning van de cliënt aan de toepassing van dwangmaatregelen is hierbij een argument.

#### **Informatievoorziening in de instelling**

De manier waarop patiënten in de GGZ geïnformeerd worden over concrete dwangtoepassing is anders dan de informatievoorziening aan verstandelijk gehandicapten en psychogeriatricische cliënten. Bij psychiatrisch patiënten is over het algemeen meer schriftelijke informatie beschikbaar voor patiënten dan in de andere twee sectoren. In de gesprekken over verstandelijk gehandicapten of dementerenden bleek dat het informatiemateriaal met name gericht is op de familieleden en

verwanten van de cliënten, omdat in veel gevallen de cliënten wilsonbekwaam zijn. De cliënten worden zelf voornamelijk mondeling geïnformeerd op een voor hun zo begrijpelijk mogelijke manier.

In alle sectoren wordt de patiënt of cliënt mondeling geïnformeerd over de dwangtoepassing. Dit gebeurt in de GGZ in de vorm van uitleg over de behandeling en de consequenties van het handelen, in de verstandelijk gehandicaptensector en de psychogeriatricheeft dit meer de vorm van het bewegen van de cliënt tot het meewerken aan dwang. In alle drie de sectoren is het informeren mede gericht op de lichtere vormen van dwang dan wel drang, met uitleg over de consequenties als de patiënt niet wil meewerken. In de verstandelijk gehandicaptenzorg speelt daarnaast ook het opvoedkundig element een grote rol, waardoor er geregeld naar eemaakte afspraken verwezen wordt.

### **Informatievoorziening bij separatie in de GGZ**

Uit de gevoerde gesprekken in instellingen en PVP's blijkt dat patiënten zowel mondeling als schriftelijk worden geïnformeerd over de separatie. De schriftelijke informatie bestaat uit het overhandigen van het ingevulde middelen en maatregelen formulier. Mondeling wordt meer uitleg gegeven over het hoe en waarom van de separatie. Wanneer sprake is van een dwangbehandeling, wordt de informatie ook opgenomen in het dossier van een patiënt. Betrokken actoren geven hierbij aan dat het soms de vraag is of het verschaffen van informatie doel treft omdat patiënten het in hun toestand niet altijd kunnen begrijpen. Indien de patiënt dat wil kan hij bijstand krijgen van een medewerker of de PVP.

Uit gevoerde gesprekken met PVP's blijkt dat patiënten die gesepareerd zijn, worden geïnformeerd door de verzorgers over de PVP en indien nodig ook geassisteerd bij het contact leggen. Daarnaast wordt aangegeven dat over het algemeen niet wordt geklaagd over het gesepareerd zijn maar voornamelijk over menselijker maken van de situatie. Bijvoorbeeld dat er vaker verpleging langs komt in de separeer of eten op een ander tijdstip wordt gebracht. De PVP kan de patiënt vervolgens ondersteunen en bemiddelen om de situatie te verbeteren, bijvoorbeeld door in gesprek te gaan met de behandelaar of verzorging.

In de enquête is respondenten de vraag voorgelegd wie in de praktijk informatie verstrekt over criteria/voorwaarden voor het opleggen van dwang, dwangmogelijkheden die zijn opgenomen in het behandelplan/ ondersteuningsplan en de mogelijkheden om klachten in te dienen. Dit is opgenomen in tabel 3.11. In elke sector is een andere actor aangewezen als de belangrijkste actor bij het informeren van de patiënt. In de GGZ gaat het met name om de psychiater, in de verstandelijk gehandicaptenzorg is het met name de pedagoog/psycholoog en in de verpleeghuiszorg wordt 'anders' het vaakst genoemd. Respondenten konden niet invullen wat onder anders wordt verstaan, maar uit gesprekken blijkt dat het hier kan gaan om bijvoorbeeld de ouderenspecialist. Begeleiders hebben een iets grotere rol wanneer het gaat om het informeren over de mogelijkheden om klachten in te dienen; in de GGZ heeft één op de vijf dit antwoord gegeven en in de verstandelijk gehandicaptenzorg 43%.

Tabel 3.11: Partij die volgens respondenten in de praktijk informatie verstrekt over bepaalde thema's

Informatie over:	Dwangmogelijkheden die								
	De criteria/voorwaarden voor het opleggen van dwang			zijn opgenomen in het behandelplan/ondersteuningsplan					
				Mogelijkheden om klachten in te dienen					
	GGZ	VG	VPH	GGZ	VG	VPH	GGZ	VG	VPH
N=236	N=253	N=82	N=237	N=255	N=81	N=236	N=257	N=81	
Rechter	6%	10%	10%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Advocaat	3%	2%	2%	0%	0%	0%	6%	3%	2%
Pedagoog/psycholoog	5%	44%	6%	10%	56%	9%	8%	15%	4%
Psychiater	75%	4%	7%	75%	2%	6%	47%	1%	2%
Begeleider	3%	19%	5%	8%	26%	9%	22%	43%	11%
Vertrouwenspersoon	0%	0%	0%	0%	1%	0%	6%	10%	6%
Anders	4%	9%	59%	3%	6%	69%	6%	16%	47%
Weet ik niet	4%	11%	11%	7%	7%	6%	5%	12%	26%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Respondenten is gevraagd of ze van mening zijn dat de informatie die hun patiënten ontvangen over verschillende onderwerpen ook voor hun begrijpelijk is.<sup>140</sup> In de GGZ wordt door vraag door bijna de helft van de respondenten positief beantwoord. Uit de gesprekken met patiënten blijkt dat de informatie over het algemeen begrijpelijk is maar dat dit ook afhankelijk is van de toestand van een patiënt. In de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatric is het beeld meer verdeeld, dit is te verklaren doordat in deze sectoren grote verschillen tussen de cliënten bestaan; sommige cliënten hebben het niveau van een peuter/kleuter of zijn zwaar dementerend, maar in deze sectoren zijn ook cliënten die licht verstandelijk beperkt zijn of beginnend dementerend, waardoor informatie wel begrepen kan worden door de cliënten.

Tabel 3.12: De informatie die mijn patiënten ontvangen over de voorgaande onderwerpen is over het algemeen begrijpelijk voor hen.<sup>141</sup>

	GGZ	VG	VPH
	N=239	N=254	N=80
(Geheel) mee eens	46%	31%	38%
Niet mee eens, niet mee oneens	42%	26%	30%
(Geheel) mee oneens	12%	44%	33%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

140 Zie voor alle onderwerpen bijlage D, vragen onder het kopje informatievoorziening, p 349 e.v.

141 Deze vraag is gesteld over vele deelaspecten van informatieverschaffing en is niet specifiek aan dwangtoepassing gerelateerd. Er kon gekozen worden uit vijf antwoordcategorieën, geheel mee eens en mee eens zijn samengevoegd, geheel mee oneens en mee oneens ook.

### 3.3.3 Klachtrecht

Klachten worden ingediend om een veelheid van verschillende redenen. Voorbeelden zijn klachten over de toepassing van drang en dwang, klachten over het instellingsbeleid of klachten over de bejegening door behandelaren. In de enquête is gevraagd aan te geven hoe vaak klachten worden ingediend, zie hiervoor tabel 3.13. De antwoorden geven geen zekerheid over het aantal klachten en dienen slechts ter indicatie. In alle sectoren wordt het antwoord 'minder dan eens per half jaar' het vaakst gegeven, maar in verstandelijk gehandicapten instellingen en verpleeghuizorg wordt dit antwoord door ruim tweederde van de respondenten gegeven, in de GGZ gaat het om 42%.

Tabel 3.13: Hoe vaak worden klachten op uw afdeling/groep ingediend?

	GGZ N=234	VG N=252	VPH N=74
Dagelijks	1%	1%	0%
Wekelijks	3%	1%	0%
Maandelijks	20%	10%	9%
Eens per half jaar	34%	15%	20%
Minder vaak dan eens per half jaar	42%	73%	70%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Dat er weinig klachten worden ingediend volgens de respondenten wil niet zeggen dat er geen vragen, onduidelijkheden en ontevredenheid onder patiënten bestaan. Zij leiden misschien niet in alle gevallen tot een officiële klacht. In het jaarverslag van de Stichting patiëntvertrouwenspersoon is te lezen dat er in 2013 10.016 vragen en 15.056 klachten zijn behandeld door een patiëntvertrouwenspersoon (PVP), waarbij een ruime opvatting van klachten is gekozen, namelijk 'wanneer de cliënt ergens ontevreden over is'. Bijna de helft van deze 'klachten' gaat over dwang en drang. Uit gesprekken in de instellingen blijkt dat veel van de ontevredenheid met de behandeling wordt opgelost via gesprekken van de zorgverlener met de patiënt, in de GGZ soms met tussenkomst van de PVP. In de sectoren verstandelijk gehandicapten en psychogeriatricie zijn gesprekken met de familie en/of vertegenwoordiger belangrijk om het aantal klachten te verminderen.

Volgens de respondenten van de enquête zijn er twee belangrijke redenen om een klacht in te dienen; om de behandeling van de individuele patiënt aan te passen en zodat de cliënt zich 'in control' voelt over zijn leven.

Tabel 3.14: De belangrijkste reden voor een patiënt om een klacht in te dienen is:

	GGZ N=216	VG N=213	VPH N=60
Om zich 'in control' te voelen over hun leven.	40%	42%	30%
Om hun rechten en plichten te verduidelijken of te bevestigen.	13%	16%	7%
Om de behandeling van de individuele patiënt aan te passen.	44%	34%	55%
Om het beleid op de afdeling/groep aan te passen.	3%	8%	8%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Vervolgens is de respondenten gevraagd of het in het afgelopen jaar is voorgekomen dat het beleid van de afdeling/groep is aangepast naar aanleiding van een klacht en of het behandelplan is aangepast naar aanleiding van een klacht. Dit is opgenomen in de onderstaande tabel.

Tabel 3.15: Stellingen: Het is het afgelopen jaar voorgekomen dat het...

	...beleid van mijn afdeling/groep is aangepast naar aanleiding van een klacht die een cliënt had ingediend.			...behandelplan/de behandeling van een cliënt is aangepast naar aanleiding van een klacht die die cliënt had ingediend.		
	GGZ N=237	VG N=252	VPH N=74	GGZ N=232	VG N=251	VPH N=73
Ja	26%	15%	19%	39%	19%	33%
Nee	36%	22%	35%	25%	18%	22%
Niet van toepassing	38%	63%	46%	36%	63%	45%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

In dit onderzoek is met verschillende PVP's gesproken. Zij gaven aan dat – doordat het sociale netwerk van patiënten vaak niet groot is – de patiënt in de GGZ in klachtprocedures meestal bijgestaan wordt door een PVP of door zijn advocaat. De advocaten waarmee gesproken werd gaven aan meestal niet bij de klachtcommissies de vertegenwoordiging voor hun rekening te nemen, maar de zaak wel over te nemen als de patiënt beroep bij de rechtbank wil aantekenen. Reden is de beperkte financieringsmogelijkheden in de fase voorafgaand aan het beroep. Daarom is de PVP degene die een patiënt in de meeste gevallen ondersteunt bij het bespreken en indienen van de klacht. Volgens de rechters waarmee gesproken is komt beroep over de behandeling niet vaak voor.

Uit de gevoerde gesprekken met behandelaren blijkt dat het niet in alle gevallen mogelijk is de behandeling op te schorten tot na behandeling van de klacht, zowel bij een noodmaatregel als bij dwangtoepassing. De dwangtoepassing vindt derhalve doorgang en de klacht wordt nadien behandeld. Schorsing van de dwangtoepassing kan door de patiënt worden verzocht.

### 3.3.4 Toezicht

#### **Intern toezicht**

Binnen de instelling is het algemene toezicht toebedeeld aan de Raad van Toezicht. De Raad van Toezicht houdt integraal toezicht op het beleid van de Raad van Bestuur en op de algemene gang van zaken binnen de instelling. Hiervoor kunnen ook specifieke commissie worden ingesteld.

Specifieke commissies die in instellingen worden ingesteld zijn bijvoorbeeld de commissie middelen en maatregelen (ook wel commissie vrijheidsbeperkende maatregelen genoemd). Het doel van deze commissies is het ondersteunen van de ontwikkeling, evaluatie en verbetering van het beleid ten aanzien van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zij zijn bijvoorbeeld betrokken bij het beleid rond vrijheidsbepanking en het monitoren van de beperkingen. De instellingen zelf kunnen bepaalde werkwijzen voor intern toezicht afspreken. In een instelling waar gesprekken hebben plaatsgevonden waren bijvoorbeeld afspraken gemaakt over willekeurig audits. In een andere instelling waren vergaande afspraken gemaakt over het registreren van dwang, niet alleen de dwangmaatregelen uit de Wet Bopz, maar ook minder ingrijpende dwang zoals het controleren of innemen van telefoons.

Ten slotte heeft in GGZ-instellingen de geneesheer-directeur een belangrijke toezichthoudende taak. In instellingen voor verstandelijk gehandicapten en bij verpleeghuizen is een soortgelijke taak toebedeeld aan de Bopz-arts. De geneesheer-directeur of Bopz-arts houdt de registraties bij en is op de hoogte van alle individuele dwangtoepassingen. Vaak werkt hij samen met de hiervoor genoemde commissie.

#### **Toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)**

Het toezicht bij de IGZ is apart geregeld voor GGZ en apart voor verstandelijk gehandicapten en psychogeriatric. Hoewel de uitvoering gescheiden is, zijn er een aantal zaken die in alle sectoren gelijk geregeld zijn. Voor alle sectoren geldt dat instellingen een ministeriele Bopz-aanmerking nodig hebben om dwangmaatregelen te kunnen uitvoeren. Deze Bopz-aanmerking wordt verleend door het ministerie van VWS, na advies door de Inspectie. Daarnaast geldt dat voor alle sectoren individuele dwangbehandelingen en middelen en maatregelen gemeld moeten worden bij de Inspectie. Deze worden steekproefsgewijs getoetst door de IGZ. Bij de verstandelijk gehandicapten en psychogeriatric sector ligt het aandachtspunt bij fixatie, afzondering en – sinds 2013 – dwangmedicatie. Voor de GGZ sector ligt het aandachtspunt bij separatie.

De GGZ kent vervolgens risico-indicatorentoezicht en thematisch toezicht, waar de verstandelijk gehandicapten en psychogeriatric sector alleen regulier toezicht kent, waarbij de Wet Bopz één van de onderwerpen is. Hieronder worden deze drie soorten toezicht besproken.

#### **Risico-indicatoren-toezicht in de GGZ**

De IGZ voert jaarlijks inspectierondes uit bij verschillende zorginstellingen. De steekproef van instellingen die bezocht wordt, vindt plaats aan de hand van een risicoanalyse. Deze analyse vindt

plaats aan de hand van enkele risico-indicatoren en op basis informatie die door instellingen zelf geleverd wordt, de meldingen die bij de IGZ binnen zijn gekomen over dwang, calamiteitenmeldingen en het bezoek van de IGZ van vorig jaar.

De risico-indicatoren zijn opgesteld door beroepsverenigingen, GGZ Nederland en koepelorganisaties. De IGZ heeft daarvan vijf indicatoren gekozen om te gebruiken bij haar toezicht. De informatie over de indicatoren wordt door de zorginstellingen zelf aangeleverd bij de IGZ. Toetsing vindt plaats aan de hand van deze informatie, en aan de hand van het jaardocument maatschappelijke verantwoording, dat door alle instellingen voor 1 juni bij de IGZ moet worden aangeleverd. Vervolgens worden de indicatoren ingevoerd in het systeem van de IGZ, waarna de indicatoren vergeleken kunnen worden met andere instellingen. Als bij de vergelijking een instelling slechter scoort dan andere instellingen, kan dit een indicatie zijn voor verder onderzoek. Naast die vijf indicatoren wordt ook gekeken naar de financiën; bezuinigingen in de instelling kunnen een aanleiding zijn om op inspectie te gaan bij een zorginstelling. De alertheid van de IGZ wordt bepaald aan de hand van bovengenoemde aspecten.

### **Thematisch toezicht in de GGZ**

Separatie is sinds 2008 een aandachtspunt voor de IGZ. Daar zijn sinds 2013 afzondering en insluiting op de kamer als aandachtspunten bijgekomen. Jaarlijks wordt een groot aantal cliëntsituaties onderzocht.

De IGZ heeft normen ontwikkeld om het separeren terug te brengen. Eén van de door IGZ gestelde normen is dat separeren geen eenzame insluiting meer mag inhouden; dit betekent dat er ingezet moet worden op alternatieven en het voorkomen ervan. Als separeren wel langer duurt moet er op gezette tijden consultatie worden gevraagd. Daarvoor zijn normen gesteld zoals elk uur patiënten bezoeken en gericht monitoren.

### **Regulier toezicht in de verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische sector**

De IGZ voert jaarlijks inspectierondes uit bij verschillende zorginstellingen. De steekproef van instellingen die bezocht wordt, vindt plaats aan de hand van een risicoanalyse. Deze analyse vindt plaats aan de hand van de informatie die door instellingen zelf aangeleverd wordt aan de hand van enkele risico-indicatoren, de meldingen die bij de IGZ binnen zijn gekomen over dwang, calamiteitenmeldingen en eerder inspectiebezoek van de IGZ.

Het regulier toezicht binnen de instelling vindt plaats aan de hand van vijf thema's; Wet Bopz is één van de thema's. Daarbij wordt door de inspecteurs uitgegaan van het principe dat de manier waarop zorginstellingen omgaan met vrijheidsbeperkingen, vaak exemplarisch is voor de kwaliteit van zorg die in de instellingen geleverd wordt. Reden hiervoor is dat bij vrijheidsbeperkingen ook een belangrijke rol is weggelegd voor de communicatie met de patiënt: hoe wordt bevorderd dat de cliënt in stemt met de behandeling, hoeveel wordt met hem besproken, is de behandeling die hij krijgt voor hem duidelijk, in hoeverre is nagedacht over alternatieven voor het toepassen van dwang? Daarmee is de omgang met vrijheidsbeperkende maatregelen een belangrijk aspect van het toezicht.

## **Handhaving en verscherpt toezicht**

Wanneer de IGZ tot het oordeel komt dat instellingen niet aan de eisen voldoen, staan verschillende handhavingsinstrumenten ter beschikking. Na de inspectie wordt een schriftelijk rapport vastgesteld waarin eventuele verbetermaatregelen zijn opgenomen. Afhankelijk van de ernst van de maatregelen vindt een hertoetsingsbezoek plaats, of wordt gevraagd naar resultaatverslagen. Als er geen verbetering plaatsvindt, kan de IGZ de instelling verplichten om een externe deskundige te consulteren, in de sectoren verstandelijk gehandicapten en psychogeriatricie wordt hiervoor bijvoorbeeld verwezen naar het Centrum voor Consultatie en Expertise.

Als deze maatregelen niet tot verbetering leiden, kan de IGZ verscherpt toezicht inzetten. De instelling moet vervolgens gedurende een bepaalde periode maandelijks rapporteren en na afloop van de periode gaat de IGZ (on)aangekondigd langs. In de GGZ heeft de IGZ de laatste jaren een aantal keren verscherpt toezicht opgelegd.

De IGZ kan ook een bestuurlijke boete opleggen aan instellingen. De IGZ geeft aan van deze mogelijkheid nog geen gebruik te hebben gemaakt. Gesprekspartners bij de IGZ geven aan dat verscherpt toezicht een effectief middel is, mede door de publiciteit die dit genereert wordt het door zorginstellingen als een zware sanctie gezien.

### **3.3.5 Overplaatsing**

In de enquête is gevraagd naar de knelpunten die door respondenten ervaren worden bij de overplaatsing van patiënten of cliënten. Hierbij gaat het zowel om overplaatsing binnen de sector als om sectoroverstijgende overplaatsing. Hieronder is per beweging een overzicht gegeven.

#### **Overplaatsing binnen de GGZ**

GGZ-instellingen hebben speciale crisisafdelingen voor kortdurende opnames; daar worden meestal patiënten met een IBS opgenomen. Als na afloop van de IBS een voorlopige machtiging door de rechter afgegeven wordt, moet de patiënt overgeplaatst worden naar een reguliere afdeling. In de enquête is gevraagd naar knelpunten bij het overplaatsen van patiënten naar een passende instelling, bijvoorbeeld wanneer een behandeling geïntensiveerd of juist afgebouwd moet worden. Eén van de knelpunten die genoemd worden is dat het aantal behandelplekken ontoereikend is. Als het om patiënten gaat die met een maatregel (RM) zijn opgenomen, blijkt dat klinieken geen plaats voor die patiënten hebben. Zeker als patiënten complexe problematiek hebben of wanneer zij naar een forensische setting moeten worden overgeplaatst, blijken deze plaatsingsproblemen te spelen. Aangegeven wordt ook dat verschillen in expertise en werkwijzen leiden tot problemen bij overplaatsing. Voor de patiënt is de verandering van de ene naar de andere instelling dan te groot, waardoor mogelijk van een terugval van patiënten sprake is.

#### **Overplaatsing binnen de verstandelijk gehandicaptensector**

In de verstandelijk gehandicaptenzorg is onder andere aangegeven dat het voor sommige doelgroepen moeilijk is om een geschikte plek te vinden. Dit vanwege wachtlijsten bij instellingen,



maar ook omdat er soms geen goede plek te vinden is, of omdat de overgang voor sommige cliënten te groot is en daardoor terugval vaak een rol speelt. Respondenten geven aan dat er sprake is van een moeizame overgang van een verblijf in een niet-Bopz aangemerkte instelling naar een Bopz-aangemerkte instelling. In interviews geven zorgverleners aan dat de overplaatsing naar een Bopz-aangemerkte instelling bijvoorbeeld noodzakelijk is wanneer er maatregelen zoals fixatie of afzondering nodig zijn omdat de cliënt de zorg afwijst. Het verkrijgen van een rechterlijke machtiging is op zichzelf volgens zorgverleners geen probleem, maar met name de indicatie voor zorgzwaartepakketten bij het ClZ is in de sector verstandelijk gehandicapten een vertragende factor.

### **Overgang tussen de drie Bopz-sectoren**

In alle drie de sectoren hebben zorgverleners te maken met patiënten/cliënten die behalve een psychiatrische stoornis bijvoorbeeld ook een psychogeriatrische aandoening hebben, of behalve een verstandelijke beperking ook een psychiatrische stoornis. Soms kan er reden zijn om patiënten/cliënten die wonen in een instelling of woongroep voor verstandelijk gehandicapten tijdelijk over te plaatsen naar een psychiatrische instelling, omdat bijvoorbeeld een separeerbehandeling noodzakelijk wordt geacht. Respondenten in beide sectoren geven aan dat deze overplaatsing in de praktijk problematisch is. Zo weigeren psychiatrische instellingen patiënten/cliënten uit deze sectoren omdat zij vinden dat psychogeriatrische aandoeningen of verstandelijke beperkingen niet bij hen behandeld kunnen worden. Soms is een patiënt/cliënt niet goed op zijn plek, waardoor permanente overplaatsing nodig is. Respondenten ervaren deze overplaatsing als problematisch, omdat instellingen elkaars patiënten niet over willen nemen vanwege de dubbelproblematiek. Daardoor is er voor patiënten/cliënten met deze dubbele problematiek niet of nauwelijks een geschikte plaats. Er zijn wel behandelplekken die beide stoornissen/aandoeningen behandelen, maar de plaatsen zijn schaars.

### **Gesprek in een instelling voor verstandelijk gehandicapten**

Bij vrijwillig opgenomen cliënten kan in een crisissituatie de noodzaak bestaan om een IBS aan te vragen. De instelling voor verstandelijk gehandicapten vraagt de psychiater van een nabijgelegen crisiscentrum om een aanvraag tot IBS in te dienen. Vervolgens kan de cliënt in de huidige instelling verblijven, waar meer dwang opgelegd kan worden, of overgeplaatst worden naar een GGZ-instelling. Soms is dit laatste noodzakelijk vanwege de faciliteiten die de instelling heeft, of omdat zij beter toegespitst zijn op behandeling van de psychiatrische problemen. Als de onrust over is, kunnen cliënten weer terug naar hun eigen instelling of woonvorm op vrijwillige basis, of indien nodig met een RM.

### **Overplaatsing van GGZ naar forensisch**

Overplaatsing kan ook plaatsvinden van de GGZ naar een forensische kliniek. Hierbij gaat het om voor de GGZ on(be)handelbare patiënten waarbij een zware beveiligde opname de enige mogelijkheid is om de patiënt te behandelen. Deze mate van beveiliging kan in de reguliere GGZ niet worden gerealiseerd en daarom wordt uitgeweken naar een forensische kliniek. De patiënt blijft wel met dezelfde titel opgenomen.

Als de patiënt met een Bopz-titel in een forensische kliniek wordt opgenomen gebeurt dit op basis van een overeenkomst tussen de GGZ-instelling en de forensische kliniek. De verantwoordelijkheid voor de patiënt blijft bij de GGZ-instelling. De GGZ-instelling moet er zorg voor dragen dat een patiënt ergens behandeld wordt. De zorginhoudelijke verantwoordelijkheid komt echter bij de forensische kliniek te liggen. De forensische kliniek verzorgt de behandeling en kan hierbij eigen keuzes maken. De ruimte voor eigen keuzes hangt echter ook af van de gemaakte afspraken. De GGZ-instelling kan er voor kiezen hierbij betrokken te worden.

### **Overgang naar ambulante zorg**

Ten slotte is in de enquête gevraagd naar knelpunten bij de overgang van verblijf van patiënten of cliënten naar een instelling voor ambulante zorg. In de psychogeriatricie komt deze beweging nauwelijks voor; als ouderen opgenomen worden in een verpleeghuis, gaat het in de meeste gevallen om een definitieve opname. Enkele respondenten geven aan dat wanneer een overgang naar ambulante zorg mogelijk is, dit soms tegengehouden wordt door de familie; de familie is dan bang dat er onvoldoende zorg en toezicht is. Ook zou de overdracht niet altijd goed verlopen. De thuiszorg is bijvoorbeeld niet goed op de hoogte van de situatie of er vinden te weinig huisbezoeken plaats na ontslag, waardoor de situatie kan escaleren.

In de GGZ is aangegeven dat met name de wachttijden voor problemen zorgen. Omdat er geen plaatsen in de ambulante zorg zijn verblijven patiënten te lang in klinieken. Hetzelfde geldt andersom; als er geen plaatsen in de klinieken zijn, blijven patiënten ambulante tot het echt mis gaat. In sommige klinieken is hiertoe het zorgafstemmingsgesprek geïntroduceerd (vijfgesprek), waardoor de overgang van ambulante naar kliniek en terug soepeler moet verlopen.

In de zorg voor verstandelijk gehandicapten wordt – net als bij psychogeriatricische cliënten - aangegeven dat overplaatsing vaak niet mogelijk is bij deze doelgroep. Dit is uiteraard afhankelijk van de afdelingen/instellingen waar respondenten werken. Volgens veel van de respondenten zijn de cliënten op hun afdeling afhankelijk van 24uurs zorg en zou de overstap naar ambulante zorg voor hen te groot zijn. Andere factoren die van invloed zijn op een problematische overgang naar ambulante zorg zijn het ontbreken van een goed sociaal netwerk van de cliënt, het ontbreken van structuur (dagritme) wanneer iemand ambulante behandeld wordt en het feit dat er geen dwang kan worden toegepast in de ambulante zorg. Het gebrek aan afstemming tussen de instelling waar de opname heeft plaatsgevonden en de ambulante zorg wordt ook als aandachtspunt genoemd; soms lijkt het beter met de cliënt te gaan en vindt later een terugval plaats. Om de afstemming te verbeteren heeft een aantal instellingen zelf ambulante zorg ingericht, andere instellingen laten de begeleider nog regelmatig huisbezoeken afleggen na de overgang naar ambulante zorg.

## **3.4 Wetsvoorstel verplichte GGZ**

### **3.4.1 Inleidende opmerkingen**

In het in 2010 bij de Tweede Kamer ingediende voorstel van wet verplichte geestelijke gezondheidszorg staat niet langer de opname van, maar de zorg voor de patiënt centraal. Gevolg

daarvan is dat patiënten onder de nieuwe wet ook in hun privé-omgeving met gedwongen zorg te maken kunnen krijgen. De zorg kan dus een ambulante, semimuraal of intramuraal karakter hebben. Dit heeft als voordeel dat de patiënt niet uit zijn omgeving wordt gehaald, familieleden en naasten meer mogelijkheden hebben om de betrokkene thuis actief te ondersteunen en het herstel van burgerschap gemakkelijker verloopt.<sup>142</sup> Ook zal 'ambulantisering' van verplichte zorg '(...)' er naar verwachting toe leiden dat in een eerder stadium een lichtere interventie kan worden toegepast die voorkomt dat de geestelijke gezondheid zodanig verslechtert dat een ingrijpende vorm van verplichte zorg noodzakelijk wordt of een crisismaatregel moet worden genomen'.<sup>143</sup> Een ander belangrijk verschil met de Wet Bopz is verder dat de verschillende machtigingen en grondslagen voor dwangbehandeling plaatsmaken voor één modaliteit: de 'zorgmachtiging' (ZM). Onder deze – door de rechter af te geven – machtiging kan bij mensen met een psychische stoornis die gevaar (of in terminologie van de nieuwe wet: een aanzienlijk risico op ernstige schade) veroorzaken een breed scala van gedwongen interventies plaatsvinden. Die handelingen kunnen ook buiten de zorginstelling, in de terminologie van het wetsvoorstel: accommodatie,<sup>144</sup> worden uitgevoerd. Doordat gedwongen opname binnen dit systeem slechts één van de mogelijke interventies binnen de zorgketen is, kan aan patiënten maatwerk worden geboden.<sup>145</sup>

Van een 'psychische stoornis' is sprake wanneer een psychiater (of andere terzake deskundige professional) vaststelt dat een persoon lijdt aan een psychische stoornis. De term wordt niet in artikel 1 Wvfgz omschreven, maar de regering licht deze in de memorie van toelichting wel uitvoerig toe: 'Met de term «psychische stoornis» is aansluiting gezocht bij de classificatie van zogeheten Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), het handboek dat onder verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association tot stand is gekomen. Dit handboek biedt een praktische leidraad voor hulpverleners die te maken hebben met psychische problematiek en wordt algemeen gezien als een standaardwerk. Uit de DSM-IV vloeit voort dat ook een verstandelijke beperking, een persoonlijkheidsstoornis, verslaving (...) [of] dementie (...) als een «psychische stoornis» [in de zin van het wetsvoorstel] kunnen worden aangemerkt'. Maar, zo vervolgt de regering: '(...) de kwalificatie van een classificatie als «DSM IV» [kan] op zichzelf genomen niet zonder meer aanleiding (...) geven voor toepassing van het wetsvoorstel. Als voorwaarde voor het verlenen van verplichte geestelijke gezondheidszorg geldt, dat de psychische stoornis dermate ernstige vormen aanneemt dat zij betrokkene zodanig in zijn greep heeft, dat er ernstige schade voor hem of zijn omgeving ontstaat of dreigt te ontstaan'.<sup>146</sup> Verderop in de memorie van toelichting benadrukt de regering dat ook verslaving als «psychische stoornis» kan worden aangemerkt:

---

142 *Kamerstukken II*, 2013/14, 32399, nr. 10, p. 40.

143 *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 2. Zie over deze ontwikkeling ook Van Veldhuizen 2012.

144 Onder een accommodatie wordt o.g.v. art. 1, eerste lid *sub b* verstaan: 'bouwkundige voorziening met het daarbij behorende terrein van een zorgaanbieder waar verplichte zorg wordt verleend'.

145 De regering merkt hierover op: 'Zo kan een gedwongen opname, indien al mogelijk, bij personen met een persoonlijkheidsstoornis die aan het criterium voor dwang voldoen, contrageïndiceerd zijn, terwijl het aanzienlijke risico op ernstige schade wellicht wel met toepassing van andere vormen van gedwongen (ambulante) zorg (zoals gedragstherapie of medicatie) kan worden afgewend'. *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 72-73.

146 *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 11.

‘Verslaving aan alcohol en drugs valt daarmee onder de reikwijdte van het wetsvoorstel. Dit maakt een einde aan de nu nog heersende verschillen in opvatting of verslaving aan verdovende middelen of excessief alcoholgebruik het al dan niet toepassen van dwang en drang kunnen rechtvaardigen’.<sup>147</sup> Verplichte zorg bij minderjarigen valt, net als nu, binnen het bereik van het wetsvoorstel. Zij worden vertegenwoordigd door hun ouders of voogd, maar kunnen vanaf 16 jaar, mits wilsbekwaam, hun eigen vertegenwoordiger of ‘gemachtigde’ aanwijzen.<sup>148</sup> En ten slotte: waar een patiënt met een gevaar veroorzakende psychische stoornis verblijft (dit kan thuis, op straat, in een algemeen ziekenhuis of in een psychogeriatrische instelling zijn), maakt voor de toepasselijkheid van het wetsvoorstel niet uit.

Verplichte zorg bij minderjarigen valt, net als nu onder de Wet Bopz, binnen het bereik van het wetsvoorstel. De zorgverantwoordelijke dient te beoordelen of de betrokkene wils(on)bekwaam is terzake van de uitoefening van diens rechten en plichten. Het wetsvoorstel (dat aan dit aspect meer aandacht besteedt dan de Wet Bopz) bepaalt in dat licht dat een eventuele wilsonbekwaamheid door de zorgverantwoordelijke, in overleg met de vertegenwoordiger, via een schriftelijk verklaring wordt vastgelegd (artikel 1:6); de verklaring vermeldt de beslissingen van de patiënt waarover de wilsonbekwaamheid zich uitstrekt. Als er geen vertegenwoordiger is die namens de wilsonbekwame patiënt optreedt, doet de voor de zorg verantwoordelijke zorgaanbieder een verzoek tot instelling van een mentorschap ex artikel 451 lid 2 Boek 1 BW. Degene die als vertegenwoordiger optreedt vervult meestal ook de rol van ‘contactpersoon’ (artikel 1:5): de persoon die op de hoogte wordt gehouden van de voorbereiding, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van verplichte zorg aan betrokkene en die bevoegd is om als belanghebbende op te treden in klachtprocedures en rechterlijke procedures’.<sup>149</sup> Wilsonbekwaamheid staat er echter niet aan in de weg om op grond van het wetsvoorstel in rechte op te treden.

Het wetsvoorstel introduceert ter ondersteuning van familieleden een ‘familievertrouwenspersoon’ (artikel 12:1-12.5). Deze heeft tot taak om familie en naasten van de patiënt op hun verzoek van informatie, advies en ondersteuning te voorzien, en om bijstand te verlenen bij een klachtprocedure. De familievertrouwenspersoon, net als de patiëntenvertrouwenspersoon, in beginsel verplicht tot

---

147 *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 15-16. Hiermee lijkt de regering haar eerdere opvatting over het begrip ‘geestelijke stoornis’ (zie nota naar aanleiding van het eindverslag van de parlementaire behandeling van de Wet Bopz; *Kamerstukken II*, 1980/81, 11270, nr. 17, p. 25) te hebben verlaten. Daarin werd door de regering nog gesteld dat ‘(...) bij ernstige verslavingen weliswaar veelal sprake zal zijn van gevaar voor de betrokkene zelf (verwaarlozing, infectie, e.d.) doch (...) het gevaar veroorzakende handelen (het zich toedienen van het middel) van de verslaafde niet steeds kan worden gezien als een gevolg van een stoornis van de geestvermogens in de zin van het ontwerp. (...). De rechter zal voor elk individueel geval opnieuw hebben vast te stellen of reeds van een zodanige stoornis sprake is dat de betrokkene in overwegende mate onder invloed van die stoornis tot zijn gevaarvolle handelen komt.’ Zie voor een uitvoerige analyse van het begrip geestesstoornis in de Wet Bopz: Zuiderhoudt 2004, p. 15-23.

148 Een gemachtigde dient meerderjarig en handelingsbekwaam te zijn, en schriftelijk te verklaren dat hij bereid is als vertegenwoordiger van de patiënt op te treden (art. 1:3 lid 5).

149 Een belangrijk uitgangspunt van de nieuwe wet is nauwe betrokkenheid van familie en naasten bij alle fasen van verplichte zorg (waaronder ook de beëindiging daarvan) en dat ook op die manier drang en dwang kunnen worden teruggedrongen. Zie *Kamerstukken II*, 2013/14, 32399, nr. 10, p. 45.

geheimhouding van hetgeen hem in het kader van diens taakuitoefening is toevertrouwd (artikel 12:4), en kan zich op grond van die plicht verschonen van het geven van een getuigenis of het beantwoorden van vragen in een klachtprocedure of een rechterlijke procedure (artikel 12:5).<sup>150</sup>

### 3.4.2 Algemene uitgangspunten

De kern van het wetsvoorstel wordt, veel explicieter dan in de Wet Bopz,<sup>151</sup> gevormd door het ultimum remedium-beginsel: verplichte zorg kan alleen als laatste redmiddel worden ingezet (artikel 2:1), ongeacht de aard (acuut of niet-acuut) van de toegepaste zorg. Dat houdt allereerst in dat er voldoende mogelijkheden moeten zijn voor zorg op basis van vrijwilligheid. Dit is primair de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder die (op grond van artikel 2:2) met betrekking tot de toepassing van verplichte zorg een beleidsplan moet opstellen dat is gericht op het terugdringen en voorkomen van verplichte zorg en het zoeken naar alternatieven op basis van vrijwilligheid. Daarnaast vloeit uit dit beginsel voort dat er bij de voorbereiding, afgifte, tenuitvoerlegging, wijziging en beëindiging van een zorgmachtiging of crisismaatregel ten aanzien van de betrokkene rekening wordt gehouden met:

- de subsidiariteit, de proportionaliteit, de doelmatigheid en de veiligheid van de verplichte zorg;
- de mogelijke nadelen van verplichte zorg op lange termijn en, desgewenst, de visie van deskundigen daarop;
- de voorwaarden die noodzakelijk zijn om deelname van betrokkene aan het maatschappelijk leven te waarborgen;
- de wensen en voorkeuren van de betrokkene ten aanzien van de zorg;
- de visie van de familie, directe naasten en de huisarts van de betrokkene.

Met betrekking tot die laatste voorwaarde geldt dat de preferenties van de patiënt behoren te worden gehonoreerd, tenzij de betrokkene wilsonbekwaam is of diens wensen in strijd zijn met de aan hem te verlenen verplichte zorg. Een patiënt kan diens preferenties neerleggen in een zogenaamde ‘zorgkaart’ (zie artikel 5:14 wetsvoorstel vggz)<sup>152</sup> of zelfbindingsverklaring (zie par. 3.4.8.1).

Bij de voorbereiding, afgifte, uitvoering, wijziging en beëindiging van verplichte zorg bij kinderen en jeugdigen worden zo nodig aanvullende zorgvuldigheidseisen gesteld en wordt in het bijzonder rekening gehouden met de mogelijke nadelige effecten van verplichte zorg op lange termijn op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van het kind.

---

150 Zie m.b.t. de positie van de PVP: art. 11.:4 (geheimhoudingsplicht) en 11:5 (verschoningsrecht).

151 Zie art. 38 lid 1 *sub b* Wet Bopz.

152 In deze wetsbepaling wordt het opstellen van een zorgkaart nader geregeld. De zorgkaart dient expliciet het perspectief van de betrokkene, bijv. de voorkeuren voor de soort medicatie, de wijze van toediening en het al dan niet toepassen van specifieke dwangmaatregelen, weer te geven. De zorgkaart dient reeds tijdens de voorbereiding van de verplichte zorg te worden opgesteld, zodat hiermee door de zorgverantwoordelijke (bij het opstellen van het zorgplan en ), de geneesheer-directeur (bij het opstellen van het verzoek tot afgifte van de machtiging) en de rechter (bij het nemen van een beslissing over het machtigingsverzoek) rekening kan worden gehouden. Ook bij de uitvoering van zorgmachtiging en crisismaatregel moet de zorgkaart beschikbaar zijn. Zie *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 65.

## Doelen van en criteria voor verplichte zorg

Het doel van verplichte (of gedwongen) zorg is meerledig (zie artikel 3:4 lid 1) en kan worden verleend om:

- a een crisissituatie af te wenden;
- b een aanzienlijk risico op schade af te wenden;
- c een zorgplan op te stellen;<sup>153</sup>
- d de geestelijke gezondheid van de betrokkene te stabiliseren of
- e dusdanig te herstellen dat de patiënt zoveel mogelijk zijn autonomie hervindt.<sup>154</sup>

In tegenstelling tot de Wet Bopz kan op grond van het wetsvoorstel ook verplichte zorg worden verleend om iemands fysieke gezondheidstoestand te stabiliseren of herstellen (artikel 3:4 lid 2). In de nota naar aanleiding van het verslag geeft de regering het voorbeeld van een diabetespatiënt. Als deze behandeling weigert omdat hij in een waan verkeert ('de medicatie kan mij vergiftigen') kan de medicatie op grond van een zorgmachtiging ook gedwongen worden toegediend.<sup>155</sup>

Gelet op deze brede doelstelling wordt ook aan het begrip 'verplichte zorg' in het wetsvoorstel een brede invulling gegeven. Op grond van artikel 3:2 kan zij bestaan uit:

- a een interventie, bestaande uit een vorm van verzorging, bejegening, behandeling, begeleiding of bescherming;
- b toediening van medicatie, vocht en voeding, regelmatige medische controle of andere medische handelingen;
- c pedagogische of therapeutische maatregelen;
- d opname in een accommodatie;
- e beperking van de bewegingsvrijheid;
- f afzondering of separatie in een daartoe geschikte verblijfsruimte;

---

153 Het zorgplan vermeldt o.m. de door de zorgverantwoordelijke gestelde diagnose bij de patiënt, het uit de stoornis voortvloeiend gedrag dat leidt tot een aanzienlijk risico op ernstige schade voor de patiënt zelf of een ander, de zorg die noodzakelijk is om een aanzienlijk risico op ernstige schade weg te nemen, het doel van de verplichte zorg, de wijze waarop rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de patiënt (zoals vastgelegd op zorgkaart) en de minimale en maximale duur van afzonderlijke vormen van verplichte zorg. Het plan vermeldt ook de wijze waarop de zorgaanbieder en de geneesheer-directeur de kwaliteit van de verplichte zorg bewaken en toezicht houden op uitvoering daarvan in een ambulante setting, alsmede de frequentie waarmee resp. de omstandigheden waaronder het zorgplan (met patiënt, vertegenwoordiger, familielid of naaste en PVP) wordt geëvalueerd en geactualiseerd. Zie art. 5:16, lid 1 Wvvgz.

154 De regering ziet ook als doel van verplichte zorg om in die gevallen dat (volledig) herstel van de stoornis niet tot de mogelijkheden behoort de toestand van de betrokkene zoveel mogelijk te stabiliseren, de schade zoveel mogelijk tot stilstand te brengen en de betrokkene te leren omgaan met de door zijn ziekte veroorzaakte beperkingen. *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 16.

155 *Kamerstukken II*, 2013/14, 32399, nr. 9, p. 15. Op p. 35 van de MvT merkt de regering op dat '[h]erstel van de fysieke gezondheid (...) echter niet het primaire doel van een zorgmachtiging [zal] kunnen zijn. De behandeling van de somatische aandoening is alleen mogelijk in samenhang met zorg en dwang die is gericht het herstel van de psychische stoornis. Voor de gevallen waarin enkel herstel van de fysieke gezondheid wordt beoogd, zal de behandeling op grond van de Wgbo plaats moeten vinden'.

- g beperking van het recht op het ontvangen van bezoek of het gebruik van communicatiemiddelen;
- h toezicht op betrokkene;
- i onderzoek aan kleding of lichaam;
- j controle op de aanwezigheid van gedrag beïnvloedende middelen;
- k beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen of nalaten.

Artikel 3.3 van het wetsvoorstel bevat de criteria waaraan iedere vorm van verplichte zorg moet worden getoetst. Een eerste voorwaarde is dat het gedrag van een persoon als gevolg van zijn psychische stoornis leidt tot 'een aanzienlijk risico op ernstige schade' voor hemzelf of voor anderen (artikel 3:3, aanhef). Bij de formulering van dit criterium, dat in de plaats is gekomen van het in de Wet Bopz neergelegde gevaarscriterium, is aansluiting gezocht bij de terminologie in Recommendation (2004)<sup>10</sup> 'concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder' van de Raad van Europa; daarin wordt gesproken van 'significant risk of serious harm'. Deze terminologie dekt de lading beter dan het huidige begrip 'gevaar', zo stelt de regering in de memorie van toelichting: 'Het schadebegrip brengt nadrukkelijker dan nu tot uitdrukking dat [naast het afwenden van gevaar] ook de mogelijkheden tot verbeteren van de geestesstoornis (inclusief de mogelijkheden tot herstel van autonomie) onderdeel kan zijn van de afweging of tot toepassing van onvrijwillige zorg moet worden besloten'. (...) Het is niet langer acceptabel dat personen als gevolg van hun stoornis een steeds regressiever patroon laten zien, als aannemelijk is dat met onvrijwillige zorg hun toestand sterk kan verbeteren.' De regering benadrukt wel dat het niet de bedoeling is de huidige invulling van het gevaarscriterium in de rechtspraak op te rekken en dat ook niet wordt beoogd een grondslag te bieden voor een ruimere toepassing van dwang in het kader van de handhaving van de openbare orde en veiligheid.<sup>156</sup>

Een aanzienlijk risico op ernstige schade is op zich zelf echter onvoldoende om verplichte zorg te mogen verlenen, daarvoor moet zij het 'uiterste redmiddel' zijn, en voldoen aan de beginselen van subsidiariteit en proportionaliteit (zie hiervoor).

Het wetsvoorstel biedt mogelijkheden voor verplichte zorg in acute en niet-acute situaties. 'De zorgmachtiging' (hoofdstuk 5 en 6 van het wetsvoorstel) biedt de grondslag voor dwang en drang bij patiënten die niet in acute problemen verkeren en waarbij er dus voldoende tijd kan worden genomen om een RM aan te vragen. De juridische basis voor verplichte zorg in noodsituaties wordt geboden door 'de crisismaatregel' en een daaraan voorafgaande 'beslissing tot tijdelijke verplichte zorg' (hoofdstuk 7 van het wetsvoorstel). Wanneer een zorgmachtiging of crisismaatregel in een bepaalde vorm van verplichte zorg niet voorziet, kan een 'beslissing tot tijdelijke verplichte zorg in een noodsituatie' (artikel 8:11) worden genomen.

Hieronder wordt op de belangrijkste elementen van deze vier mogelijkheden tot verplichte zorg ingegaan.

Samenvattend: verplichte zorg moet tot het hoogstnoodzakelijke worden beperkt. Het wetsvoorstel voorziet in dit licht in een 'drietrapsmodel': 'Allereerst zijn in de zorgmachtiging de vormen van

---

<sup>156</sup> *Kamerstukken II, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 53-54.*

verplichte zorg aangegeven waar tijdens de reguliere behandeling door de zorgverantwoordelijke gebruik van mag worden gemaakt. In de tweede plaats kan in de zorgmachtiging naast de reguliere zorg, ook worden opgenomen welke zorg in crisissituaties mag worden toegepast. Bij veel personen kan vooraf een dergelijk onderscheid tussen de gebruikelijke zorg en zorg in crisissituaties goed worden gemaakt. De zorgmachtiging schept per situatie duidelijkheid over de vormen van verplichte zorg die door de rechter zijn toegestaan. De derde trap in het model bestaat uit een voorziening in hoofdstuk 8 voor de gevallen waarin de reguliere zorg en zorg in crisissituaties niet toereikend zijn om een onvoorziene crisis het hoofd te bieden (...). In die gevallen waarbij het arsenaal aan verplichte zorg in de zorgmachtiging niet toereikend is om een onverwachte verdere verslechtering van betrokkene te keren, zal incidenteel een vorm van verplichte zorg mogen worden toegepast die niet was voorzien in de crisissituatie zoals omschreven in de zorgmachtiging. In een noodsituatie kunnen onder zeer strikte voorwaarden voor een beperkte duur aanvullende vormen van verplichte zorg worden toegepast (...). Hiermee wordt enerzijds voorzien in een oplossing voor hoogst incidentele noodsituaties en anderzijds voorkomen dat er bij de zorgmachtiging een neiging ontstaat om zoveel mogelijk verstrekkende vormen van verplichte zorg in die machtiging op te nemen'.<sup>157</sup>

### 3.4.3 Procedure die leidt tot verplichte zorg

#### 3.4.3.1 De zorgmachtiging

De geneesheer-directeur,<sup>158</sup> die op grond van het wetsvoorstel belast is met de zorg voor de algemene gang van zaken binnen de accommodatie en de gang van zaken op geneeskundig gebied, vervult bij de voorbereiding, aanvraag, tenuitvoerlegging en uitvoering<sup>159</sup> en het onderbreken en beëindigen van de zorgmachtiging een hoofdrol.<sup>160</sup> Zo wijst hij met betrekking tot iedere patiënt die

---

<sup>157</sup> *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 13.

<sup>158</sup> De zorgaanbieder wijst de geneesheer-directeur van de instelling aan nadat de cliëntenraad, ex art. 2 Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen, over zijn voordracht advies heeft uitgebracht, en draagt er zorg voor dat de geneesheer-directeur zijn wettelijke taken naar behoren en op onafhankelijke wijze kan uitvoeren (ze artikel 2:3). De zorgaanbieder mag zich dus niet met diens taakuitoefening bemoeien. Zie ook *Kamerstukken II*, 2013/14, 32399, nr. 10, p. 44.

<sup>159</sup> De tenuitvoerlegging van de ZM (art. 8:1) ziet op handelingen die moeten worden uitgevoerd teneinde de zorg te kunnen verlenen, zoals het vervoeren van de betrokkene naar een accommodatie. Hiervan moet worden onderscheiden de feitelijke toepassing van verplichte zorg op grond van een ZM zoals geregeld in hoofdstuk 8, par. 2.

<sup>160</sup> Deze rol, die aanvankelijk was toebedacht aan de commissie verplichte ggz, dient volgens de regering te waarborgen dat '(...) [m]et een grondige en kwalitatief goede voorbereiding van advies (...) de rechter [zal] kunnen besluiten tot een machtiging waarmee de best geclausuleerde interventies kunnen worden gelegitimeerd (...). Het is dat wat ons voor ogen staat: wanneer de commissie op basis van een goed gemotiveerd en gedocumenteerd verzoek kan aangeven waarom, op welk moment en voor welke duur een bepaalde vorm van dwang een geëigende interventie is, beschikt de rechter over juiste en accurate informatie om te beslissen over het verzoek'; zie ook *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 73.



voor verplichte zorg in aanmerking komt een onafhankelijke arts<sup>161</sup> aan die zorg draagt voor de medische verklaring,<sup>162</sup> en een zorgverantwoordelijke die rol van hoofdbehandelaar op zich neemt.<sup>163</sup> In de medische verklaring (waarin zo nodig ook het opgestelde zorgplan wordt beoordeeld) komen aan de orde (artikel 5:11 lid 1): de diagnose en ziektesymptomatologie; relatie tussen ziekte en risico op ernstige schade; de zorg die noodzakelijk is om schaderisico weg te nemen; en voor zover aan de orde: beoordeling van het zorgplan resp. het door de betrokkene opgestelde plan van aanpak om verplichte zorg te voorkomen (zie hieronder). De arts die de medische verklaring opstelt, moet ook nagaan of de betrokkene een zelfbindingsverklaring heeft opgesteld en pleegt in dat verband zo nodig overleg met de zorgverantwoordelijke of de huisarts van de betrokkene.

Het aanvragen (of voorbereiden) van een machtiging (zie hoofdstuk 5 Wvvgz) geschiedt ambtshalve (bij mensen die al zorg krijgen) of naar aanleiding van een aanvraag van een familielid, een naaste of iemand uit de directe omgeving van de patiënt.<sup>164</sup> De betrokkene of diens vertegenwoordiger, die eerst met familie of naasten een 'een plan van aanpak' wil opstellen om verplichte zorg (zoveel mogelijk) te voorkomen, kan op grond van artikel 5:7 de geneesheer-directeur om tijdelijke schorsing (van vier weken) van de voorbereiding van de machtiging vragen. Dit verzoek, dat past binnen de 'stepped-care' benadering, kan alleen worden geweigerd indien voor uitstel van de voorbereiding van de zorgmachtiging, gelet op het risico op ernstige schade, geen ruimte is, of de betrokkene bij een eerdere poging er niet in is geslaagd een (effectief) plan van aanpak op te stellen.

Nadat door de geneesheer-directeur is vastgesteld dat aan de criteria voor verplichte zorg is voldaan (zie hiervoor),<sup>165</sup> dient hij onverwijld een verzoekschrift voor een zorgmachtiging bij de rechter in, en ziet hij erop toe dat het dossier compleet is (hiertoe behoort ook het nagaan of het zorgplan volledig en kwalitatief toereikend is). Overigens kan ook de politie de geneesheer-directeur vragen een machtigingsverzoek in te dienen wanneer zij tijdens de uitoefening van haar handhavings- en hulpverleningstaak stuit op mensen met psychiatrische problematiek of daarop door een meldpunt OGGZ wordt gewezen.

Bij strafrechtelijke vervolging van individuen die verplichte zorg nodig hebben, richt de politie zich

---

161 De arts die de medische verklaring opstelt, is als specialist ingeschreven in het BIG-register, functioneert onafhankelijk van de zorgaanbieder en heeft tenminste één jaar geen zorg aan de betrokkene verleend.

162 De verklaring wordt opgesteld volgens een bij AMvB vastgesteld model (art. 5:10 lid 2).

163 De zorgverantwoordelijke is belast met het stellen van de diagnose bij betrokkene en het vaststellen, uitvoeren, evalueren en actualiseren van het zorgplan volgens de laatste stand van de wetenschap en geldende professionele richtlijnen (zie artt. 5:15-5:16), en pleegt zo nodig overleg met andere professionals. Indien de betrokkene dit wenst, stelt deze samen met de zorgverantwoordelijke een zorgkaart (5: 14) en eventueel een zelfbindingsverklaring op. Indien de betrokkene dat wenst, worden zijn familieleden, naasten of een speciaal door de patiënt aangewezen contact persoon daarbij zoveel mogelijk betrokken.

164 Soms zal de aanvrager zich richten tot een meldpunt OGGZ. B & W kunnen dan onderzoek instellen naar de noodzaak van verplichte zorg; en als die is gebleken wordt de aanvrager doorverwezen naar een geneesheer-directeur in de regio.

165 Oordeelt de geneesheer-directeur dat aan de criteria niet is voldaan, dan stelt hij de aanvrager daarvan op de hoogte. Die kan, mits bij betrokkene een psychische stoornis is vastgesteld die noodzaakt tot verplichte zorg, binnen 14 dagen de geneesheer-directeur opnieuw (aan de hand van duidelijke argumenten) vragen een verzoekschrift voor een ZM in te dienen.

niet tot de geneesheer-directeur, maar tot de Officier van Justitie die (sinds de nota van wijziging) eveneens bevoegd is de rechter om afgifte van een machtiging te verzoeken. Op grond van artikel 5:20 Wvvgz kan de Officier (...) een verzoekschrift voor een zorgmachtiging die strekt tot het opstellen van een zorgplan voor betrokkene bij de rechter indienen, indien naar zijn oordeel is voldaan aan de criteria voor verplichte zorg en de noodzaak tot verplichte zorg is gebleken bij de strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde'. Op grond van artikel 5:20, eerste lid komt hem een gelijke bevoegdheid toe indien naar zijn oordeel aan de criteria voor verplichte zorg is voldaan en aansluitend aan de tenuitvoerlegging van een straf of maatregel verplichte zorg nodig is. In de toelichting op de nota van wijziging wordt gesteld dat het (...) aan de Officier van Justitie [is] om een keuze te maken tussen het inzetten van een strafrechtelijke vervolging of het aanvragen van een zorgmachtiging bij de rechter (...). Dit geldt ook als na afloop van de forensische zorgverlening in het kader van de tenuitvoerlegging van een straf of maatregel, betrokkene niet vrijwillig een zorgtraject wil continueren en dat wel nodig is.<sup>166</sup>

Het is vervolgens aan de rechter om te beoordelen of aan de criteria voor verplichte zorg is voldaan, en verplichte zorg noodzakelijk is.<sup>167</sup> Zodra hij het verzoek voor een zorgmachtiging ontvangt, hoort hij de betrokkene en diens advocaat. Hij kan zich zo nodig en zo mogelijk laten voorlichten door alle bij de aanvraag betrokken partijen, zoals de aanvrager, de vertegenwoordiger(s) van de patiënt of diens partner of een familielid, de geneesheer-directeur of de zorgverantwoordelijke, de betrokken politieambtenaar of de Officier van Justitie. Voorts kan hij onderzoek door deskundigen gelasten en hen of een getuige ter zitting oproepen. De rechter doet zo spoedig mogelijk uitspraak, uiterlijk binnen een wettelijke termijn (de duur daarvan hangt samen met de grondslag van de machtiging, en bedraagt in acute situaties maximaal drie werkdagen na ontvangst van het verzoekschrift, en in niet-acute situaties maximaal vier weken; zie artikel 6:2 lid 1); die termijn geldt ook bij een behandeling van de zaak in hoger beroep. Een afgegeven zorgmachtiging vermeldt: de zorg die noodzakelijk is om het risico op schade weg te nemen, de voorkeuren van de betrokkene (zorgkaart), minimale en maximale duur van de (verschillende vormen van) verplichte zorg, kwaliteitsbewaking en -toezicht bij ambulante verplichte zorg, frequentie van en omstandigheden waaronder het zorgplan zal worden geëvalueerd en geactualiseerd, de zorgaanbieder die wordt belast met de uitvoering van de zorgmachtiging en zo nodig de accommodatie, een inventarisatie van de essentiële voorwaarden voor maatschappelijke deelname en de mogelijkheid tot het verlenen van advies en bijstand door een patiëntenvertrouwenspersoon (PVP).<sup>168</sup>

---

166 *Kamerstukken II, 2013/14, 32399, nr. 10, p. 49.*

167 Indien de rechter van oordeel is dat aan de criteria voor verplichte zorg is voldaan, maar de in het zorgplan of de medische verklaring opgenomen verplichte interventies niet geschikt acht om het risico op schade weg te nemen, kan hij in de machtiging andere (doelen en) vormen van verplichte zorg opnemen of bepalen dat een ander zorgplan moet worden opgelegd (art. 6:3 lid 3).

168 Positie en taken van de PVP worden geregeld in hoofdstuk 11 Wvvgz. Kern hiervan is dat de PVP onafhankelijk is van zorgaanbieder, geneesheer-directeur en zorgverantwoordelijke (art. 11:1 lid 4) en in het kader van zijn taakuitoefening vrije toegang heeft tot de betrokkene, en deze tijdens alle fasen van een zorgmachtiging advies geeft en bijstand verleent, in het bijzonder m.b.t. diens rechten en de klachtenprocedure. Hiernaast heeft de PVP tot taak 'tekortkomingen in de structuur en de uitvoering van de zorg, voor zover deze afbreuk doen aan de rechten van de betrokkene, te signaleren en aan de inspectie te melden (art. 11:1 lid 3 *sub a*).

Het wetsvoorstel bevat niet, zoals de Wet Bopz, een bepaling die de mogelijkheid voor de betrokkene van hoger beroep tegen een zorgmachtiging uitsluit.<sup>169</sup> Daardoor gelden hiervoor de regels van het Wetboek van burgerlijke rechtsvordering.

### 3.4.3.2 De crisismaatregel en daaraan voorafgaande verplichte zorg

In noodsituaties kan de procedure voor afgifte van een zorgmachtiging niet worden afgewacht. Door de burgemeester<sup>170</sup> kan dan een crisismaatregel worden genomen waardoor direct verplichte zorg aan de betrokkene kan worden verleend. Overigens moet ook in deze situatie eerst worden gezien of er geen vrijwillige zorg bij de betrokkene mogelijk is. Net als een zorgmachtiging maakt een crisismaatregel ook andere vormen van verplichte zorg dan opname in een accommodatie mogelijk, zoals verplichte medicatie. De groep personen die de burgemeester om afgifte van een crisismaatregel kan verzoeken, komt overeen met de groep die op grond van artikel 5:1 de geneesheer-directeur kan vragen een zorgmachtiging bij de rechter aan te vragen. Ook de aan het verzoek te stellen eisen en andere procedureregels voor een zorgmachtiging zijn op de crisismaatregel van toepassing (zie hiervoor). De voorwaarden waaronder een crisismaatregel mag worden genomen, stemmen overeen met de criteria die gelden voor een IBS onder de Wet Bopz: er moet een onmiddellijk dreigend aanzienlijk risico op ernstige schade zijn, een ernstig vermoeden dat de psychische stoornis van de betrokkene een aanzienlijk risico op ernstige schade veroorzaakt en verzet van de betrokkene of diens vertegenwoordiger. De geldigheidsduur van een crisismaatregel bedraagt, net als nu de IBS, ten hoogste drie dagen, tenzij de geneesheer-directeur heeft besloten om voor het verstrijken van de geldigheidstermijn een verzoekschrift voor een zorgmachtiging bij de rechter in te

---

169 De regering argumenteert dat '[d]e verplichte zorg die in de zorgmachtiging is opgenomen (...) voor betrokkene een ernstige beperking van zijn vrijheidsrechten en in veel gevallen tevens een aantasting van de lichamelijke integriteit [betekent]. Vanwege de aard en duur van de beperkingen waartoe een zorgmachtiging legitimeert en de uitvoerbaarheid bij voorraad, zien wij geen goede gronden om betrokkene het rechtsmiddel van hoger beroep te onthouden. (...) De ingrijpendheid van de vrijheidsbeperking en de eisen die het EVRM stelt aan toegang tot de rechter noodzaken tot een inhoudelijk oordeel in hoger beroep, behoudens de in de wet genoemde gronden voor niet-ontvankelijkheid. (...) [Daardoor zal [h]et wetsvoorstel (...) tot nieuwe jurisprudentie aanleiding geven en wij achten het wenselijk dat in hoger beroep snel duidelijkheid kan worden gecreeërd na invoering van de wettelijke regeling. Daarnaast achten wij het wenselijk om de Hoge Raad te ontlasten van de relatief hoge en in zekere zin oneigenlijke werklast als gevolg van het ontbreken van de mogelijkheid van hoger beroep in de Wet Bopz.'; *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 27.

170 De regering betwijfelde aanvankelijk of ze de bevoegdheid voor het afgeven van een crisismaatregel, net als de IBS onder de Wet Bopz, bij de burgemeester moest neerleggen (de derde evaluatiecommissie adviseerde deze te beleggen bij de Ovj of de rechter-commissaris), maar besloot uiteindelijk toch de bestaande bevoegdheidsverdeling in tact te laten. Belangrijkste reden hiervoor is dat het gedrag van een patiënt de openbare orde kan verstoren en de politie veelal als eerste geconfronteerd wordt met de patiënt in noodsituaties. *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 76.

dienen;<sup>171</sup> in dat geval vervalt de crisismaatregel op het moment waarop de rechter op het verzoekschrift heeft beslist.

Artikel 7:4 voorziet in de mogelijkheid om in de periode voorafgaand aan de beslissing van de burgemeester (voor het nemen van een crisismaatregel is in de regel enige tijd nodig, bijvoorbeeld omdat de betrokkene door een arts moet worden gezien) de patiënt in zijn bewegingsvrijheid te beperken, zijn vrijheid te benemen, verplicht over te brengen naar een plaats voor tijdelijk verblijf<sup>172</sup> of medicatie toe te dienen teneinde hem te laten kalmeren. Het betreft hier dus een aparte grondslag voor kortdurende verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel, en dat is nieuw ten opzichte van de Wet Bopz (die daarin niet voorziet).<sup>173</sup> De periode van de verplichte zorg voorafgaand aan de crisismaatregel moet zo kort mogelijk worden gehouden, en mag in uitzonderlijke gevallen voor de duur van twaalf uur worden verleend. De bevoegdheid is voorbehouden aan de in artikel 7:4 lid 5 omschreven professionals: politieambtenaren; ambulancemedewerkers; en andere door de minister aangewezen personen. Een patiënt mag echter alleen bij de politie of Koninklijke marechaussee worden ondergebracht indien betrokkene wordt verdacht van een strafbaar feit (artikel 7:4 lid 6).<sup>174</sup> De zorgaanbieder, geneesheer-directeur en zorgverantwoordelijke van een patiënt die op vrijwillige basis zorg krijgt, kunnen deze bijzondere bevoegdheid ook inzetten, mocht dat nodig zijn (bij bijvoorbeeld suicidegevaar) om de betrokkene niet uit het oog te verliezen.

De betrokkene kan binnen drie weken na dagtekening van de genomen crisismaatregel beroep instellen bij de rechter; tegen die beslissing staat geen hoger beroep open (artikel 7:10).<sup>175</sup>

---

171 De geneesheer-directeur kan – op aanvraag van eenieder of ambtshalve – de rechter verzoeken een (aansluitende) zorgmachtiging af geven. In dat geval worden familie, vertegenwoordiger, contactpersoon en advocaat van de betrokkene gehoord.

172 De regering merkt in de toelichting op art. 7:4 op dat een persoon die in afwachting is van een crisismaatregel zoveel mogelijk moet worden opgevangen op een op zorg ingerichte plaats; alleen wanneer zo'n plaats niet voorhanden is, kan de betrokkene op het politiebureau worden ondergebracht (*Kamerstukken II, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 78*). Ook bij de tenuitvoerlegging van een zorgmachtiging of crisismaatregel zal terughoudend met de inzet van politie moeten worden omgegaan. Wanneer haar optreden niettemin noodzakelijk is, dient dat gericht te zijn op vrijwillige medewerking van de betrokkene en het voorkomen van escalatie. *Kamerstukken II, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 84*.

173 De regering licht toe dat '[d]oor deze regeling (...) het optreden van de politie en zorgverleners voorafgaand aan de crisismaatregel niet langer [hoeft] te worden gerechtvaardigd met een beroep op het buitenwettelijk noodrecht'. *Kamerstukken II, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 78*.

174 Widdershoven en Dörenberg merken op dat dit in de praktijk betekent dat de politie betrokkene wel naar het bureau mogen meenemen, maar hem daar niet, in afwachting van de crisisdienst, tegen zijn wil in (in een politiecel) mogen vasthouden. Omdat deze regeling mogelijk zou kunnen leiden tot het ongewenste effect dat personen met een psychische stoornis worden aangehouden voor strafbare feiten 'enkel en alleen om de benodigde grondslag voor vrijheidsbeneming te creëren', vragen zij zich af of deze wellicht toch enige nadere bezinning behoeft. Widdershoven & Dörenberg 2014, p. 110.

175 De rechter fungeert bij de beoordeling van de rechtmatigheid van de crisismaatregel in feite als tweede instantie en daarom is de mogelijkheid van hoger beroep hier uitgesloten.

### 3.4.3.3 Uitvoering van zorgmachtiging en crisismaatregel

De tenuitvoerlegging van de zorgmachtiging door de geneesheer-directeur of de Officier van Justitie dient onverwijld, doch uiterlijk binnen twee weken na afgifte door de rechter, plaats te vinden (artikel 8:1 lid 1 Wvvgz). De burgemeester dient binnen 24 uur na afgifte van de crisismaatregel hieraan uitvoering te geven (artikel 8:1 lid 2). Bij de tenuitvoerlegging kan door de geneesheer-directeur, de Officier van Justitie of de burgemeester de hulp van ervaren zorgverleners en ambtenaren van politie worden ingeroepen (artikel 8:1 lid 3 en 4). Die personen kunnen (uitsluitend voor zover dat voor de tenuitvoerlegging van zorgmachtiging of crisismaatregel nodig is) elke plaats betreden waar de betrokkene zich bevindt, de betrokkene voorwerpen ontnemen die een gevaar voor de veiligheid van hemzelf of anderen kunnen opleveren en hem daartoe aan kleding of lichaam onderzoeken. Alleen de politieambtenaren kunnen de woning van de betrokkene zonder zijn toestemming binnentreden.

De zorgverantwoordelijke is primair belast met de uitvoering van de machtiging of crisismaatregel (artikel 8:3 t/m 8:10), en houdt daarvan (onder meer) aantekening in het medisch dossier (artikel 8:4 lid 1 *sub k*). De uitvoering geschiedt op basis van een multidisciplinaire richtlijn die gericht moet zijn op: a. het voorkomen van verplichte zorg; b. keuze voor de minst bezwarende vorm van verplichte zorg; c. het beperken van de duur en frequentie van de verplichte zorg; d. de veiligheid van betrokkene en zorgverleners; e. het voorkomen van nadelige effecten op korte en lange termijn voor betrokkene. Indien er geen richtlijn tot stand komt of het kwaliteitsniveau van de richtlijn daartoe noodzaakt, kan de Minister van VWS op advies van de IGZ zelf een richtlijn met minimumnormen vaststellen (artikel 8:6 lid 2). Maar de regering kan ook bij of krachtens AMvB vormen van verplichte zorg aanwijzen die uitsluitend op basis van een richtlijn kunnen worden verleend (artikel 8:6 lid 1).

De maximale termijn voor toepassing van verplichte zorg bedraagt zes weken om een crisissituatie af te wenden of een zorgplan op te stellen, en zes maanden, respectievelijk een of twee jaar om risico op schade af te wenden of de geestelijke gezondheid van de betrokkene te stabiliseren of diens autonomie te herstellen (die termijnen komen overeen met de termijnen die gelden voor een machtiging onder de Wet Bopz).

## 3.4.4 Rechtpositie tijdens toepassing van verplichte zorg

### 3.4.4.1 Tijdelijke verplichte zorg in onvoorziene situaties

Wanneer tijdens gelding van een zorgmachtiging of een crisismaatregel de situatie van de betrokkene zodanig verslechtert dat er een onvoorziene crisissituatie ontstaat (een patiënt decompenseert plotseling), is het mogelijk een vorm van verplichte zorg te verlenen waarin de zorgmachtiging of crisismaatregel niet voorziet. In zo'n uitzonderlijke noodsituatie kan de zorgverantwoordelijke<sup>176</sup> – indien dat noodzakelijk is ter afwending van aanzienlijk risico op ernstige schade, de veiligheid binnen de accommodatie of andere locatie waar de verplichte zorg wordt verleend, de bescherming van de

---

176 Art. 39 Wet Bopz laat in het midden wie een middel of maatregel aan de betrokkene oplegt, het wetsvoorstel legt die verantwoordelijkheid exclusief bij de zorgverantwoordelijke. Indien hij geen psychiater is, dient hij met de geneesheer-directeur te overleggen (art. 8:9 lid 1 *sub c*).

rechten en vrijheden van anderen of ter voorkoming van strafbare feiten – via een schriftelijk besluit bepalen dat aan de betrokkene verplichte zorg wordt verleend. De beslissing vermeldt niet alleen de hieraan ten grondslag liggende motivering, maar ook het moment waarop de geneesheer-directeur en de zorgverantwoordelijke de toegepaste maatregelen aan de criteria voor verplichte zorg toetsen. De zorgverantwoordelijke stelt de geneesheer-directeur van zijn beslissing (en de beëindiging van de toepassing daarvan) op de hoogte; deze stuurt vervolgens een afschrift aan de betrokkene en diens vertegenwoordiger, contactpersoon en advocaat en stelt hen in kennis van de mogelijkheid tegen de beslissing een klacht in te dienen. De maximale duur voor dit soort maatregelen is drie dagen. Mocht de zorgverantwoordelijke menen dat de noodmaatregelen na het verstrijken van de geldingstermijn moeten worden voortgezet, dan kan dat alleen indien een aanvraag tot afgifte van een (gewijzigde) zorgmachtiging bij de geneesheer-directeur is ingediend. In dat geval kunnen de noodmaatregelen worden voortgezet tot aan het moment dat de rechter een beslissing over de (aangepaste) zorgmachtiging heeft genomen.

Indien de zorgverantwoordelijke gegronde vermoedens heeft dat zich binnen de accommodatie gevaarlijke of verboden voorwerpen bevinden, kan deze een patiënt aan lichaam of kleding onderzoeken<sup>177</sup> of diens woonruimte of poststukken inspecteren (artikel 8:14). Buiten de accommodatie (in de openbare ruimte of op de openbare weg) komt deze bevoegdheid alleen toe aan politieambtenaren.

#### 3.4.4.2 Huisregels

De zorgaanbieder stelt (net als nu) volgens een door de Minister van WVS vastgesteld model algemene huisregels op die nodig zijn voor een ordelijke gang van zaken en een veilig klimaat of het waarborgen van een pedagogisch of therapeutisch klimaat binnen een (afdeling van een) accommodatie (artikel 8:15). De huisregels kunnen, afhankelijk van het type accommodatie, verschillen.<sup>178</sup> De huisregels zijn niet bedoeld om op de persoon gerichte beperkingen toe te passen, zoals vergaande inperking van iemands bewegingsvrijheid; zulke beperkingen horen thuis in een ten aanzien van de betrokkene afgesproken zorgplan.

#### 3.4.5 Klachtrecht

Als betrokkene het niet eens is of problemen heeft met de wijze waarop de verplichte zorg wordt verleend, kan hij daartegen een klacht indienen (artikel 10:3) en vergoeding van de geleden schade

---

177 Art. 8:14 lid 1 *sub a* biedt geen bevoegdheid om betrokkene *in* het lichaam te onderzoeken. De regering maakt duidelijk dat bewust van zo'n vergaande bevoegdheid is afgezien: 'Visitatie is voor betrokkene een uiterst traumatiserende ervaring en kan in het bijzonder bij jeugdigen leiden tot blijvende schade. Indien er een ernstig vermoeden bestaat dat betrokkene gevaarlijke voorwerpen in zijn lichaamsholtes verbergt, zal hij door middel van overreding moeten worden bewogen om deze voorwerpen af te geven. Daarnaast kan er door intensief toezicht voorkomen worden dat betrokkene met deze gevaarlijke voorwerpen zichzelf of anderen ernstige schade toebrengt.' *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 92-93.

178 Voor soortgelijke accommodaties en doelgroepen moeten de huisregels echter geen grote verschillen vertonen, aldus de regering. *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 93.

eisen (artikel 10:7).<sup>179</sup> De klachtprocedure is niet bedoeld voor het beoordelen van de rechtmatigheid van de zorgmachtiging, daarover oordeelt de rechter (in hoger beroep); een klacht die daarover gaat zal niet-ontvankelijk moeten worden verklaard (artikel 10:3). De klachtencommissie, die overigens niet langer aan de instelling verbonden mag zijn,<sup>180</sup> neemt binnen twee weken na ontvangst van de klacht een schriftelijke en gemotiveerde beslissing over de gegrondheid van de klacht (en een eventuele toekenning van een schadevergoeding). De betrokkene kan binnen zes weken – via een schriftelijk en gemotiveerd beroep – tegen een (niet-tijdige) beslissing van de klachtencommissie bij de rechter in beroep gaan (artikel 10:5) en daarbij schadevergoeding eisen (artikel 10:8).<sup>181</sup> De rechter kan de beslissing waartegen de klacht zich richt gedurende de beoordeling van de klacht schorsen,<sup>182</sup> en beslist binnen vier weken na indiening van het verzoek of de klacht gegrond of ongegrond is. Een gegrond verklaarde klacht betekent dat de rechter de bestreden beslissing geheel of gedeeltelijk vernietigt (artikel 10:6 lid 2); de rechter kan daarbij ook opdracht geven om (binnen een bepaalde termijn) een nieuwe beslissing te nemen of andere handelingen te verrichten. Om te bevorderen dat aan zijn beslissing uitvoering wordt gegeven, kan de rechter aan de zorgaanbieder een dwangsom opleggen (artikel 10:6 lid 5). Tegen de beslissing van de rechter staat geen hoger beroep open (artikel 10:6 lid 7).

De klachtenregeling van de Wvvgz geldt naast de mogelijkheid om op grond van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (in de toekomst: de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg), een klacht in te dienen.

### 3.4.6 Toezicht

Hoofdstuk 14 regelt het toezicht op de naleving van de wetbepalingen door de IGZ, en de bestuurlijke en strafrechtelijke handhaving. Voor wat betreft de positie van de IGZ is aangesloten bij de regels inzake toezicht zoals opgenomen in de Algemene wet bestuursrecht en de bepalingen in de Wet uitbreiding bestuurlijke handhavinginstrumenten volksgezondheid (Wubhv).

---

179 De geneesheer-directeur wijst de betrokkene in verband met de uitvoering van verplichte zorg op diens klachtmogelijkheid; zie artikelen 8:9, 8:13, 8:14, 8:16 tot en met 8:18.

180 De zorgaanbieder moet zich aansluiten bij een externe commissie (art. 10:1). Deze externe positionering van de klachtencommissie verschilt wezenlijk van de huidige positionering van de commissie (binnen de instelling) en beoogt haar onafhankelijkheid beter te waarborgen, onder andere door aan zo'n externe klachtencommissie bepaalde eisen te stellen (de leden van de klachtencommissie mogen bijv. niet werkzaam zijn bij of voor de zorgaanbieder en geen relatie hebben tot de klager, betrokkene of zijn vertegenwoordiger).

181 Op grond van (art. 10:9 van) het wetsvoorstel kan een betrokkene ook een zelfstandig verzoek tot schadevergoeding bij de rechter indienen, namelijk wanneer sprake is van een onrechtmatig afgegeven crisismaatregel, onrechtmatige verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel of indien betrokkene nadeel heeft ondervonden doordat de rechter of de geneesheer-directeur in strijd met de voor hem geldende bepalingen heeft gehandeld (de schadevergoeding komt in het laatste geval ten laste van de Staat).

182 Ook de klachtencommissie heeft deze bevoegdheid (art. 10:3 lid 2), doch de regering gaat er van uit '(...) dat spaarzaam gebruik wordt gemaakt van deze bevoegdheid. Een schorsing betekent immers een onderbreking van de behandeling. Uit oogpunt van continuïteit van zorg moet niet lichtvaardig worden besloten tot een schorsingsbeslissing'. *Kamerstukken II, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 100-101.*

Op de schouders van de zorgaanbieder rust de verantwoordelijkheid om ten behoeve van het toezicht door de IGZ een digitaal register bij te houden van de verplichte zorg; hierin wordt onder meer bijgehouden wie de zorgverantwoordelijke van de betrokkene is, de vorm van de aan betrokkene verleende verplichte zorg, de noodzaak voor de verplichte zorg, begindatum en einddatum en duur en frequentie van de verplichte zorg, de beslissing tot het verlenen van tijdelijke verplichte zorg in onvoorziene situaties et cetera ( artikel 8:25). De zorgaanbieder dient de IGZ tenminste eens per zes maanden een overzicht te verstrekken van de door hem verleende verplichte zorg, onder vermelding van aard en frequentie daarvan (8:26 Wvvgz).

De IGZ beschikt voor haar taakuitoefening over een aantal bevoegdheden, zoals het zonder toestemming van de betrokkene inzien van zijn dossier of het binnentreden van diens woonruimte (zie artikel 14:1 lid 2 en 3 ), die zij overigens ook nu al op grond van de Wet Bopz heeft. Artikel 14:2 van het wetsvoorstel regelt de melding van een gebrekkige uitvoering van de verplichte zorg (bij gegronde vermoedens daartoe moet een zorgaanbieder, geneesheer-directeur, zorgverantwoordelijke of zorgverlener dat aan de IGZ melden) of tekortschietende klachtbehandeling (de PVP kan de IGZ melden wanneer door betrokken professionals niet of niet tijdig op klachten wordt gereageerd). Artikel 14:3 en 14: 4 regelen de procedure wanneer een patiënt zich onttrekt aan verplichte zorg op grond van een crisismaatregel: de geneesheer-directeur meldt dit aan de Officier van Justitie, en doet aangifte van vermissing bij de politie indien de betrokkene onvindbaar is of weigert terug te keren naar de accommodatie. Indien deze het ernstige vermoeden heeft dat de betrokkene in levensgevaar verkeert, een misdrijf als bedoeld in artikel 67 Wetboek van Strafvordering zal plegen of een aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf of voor een ander vormt, vermeldt hij dat in een eventuele aangifte en stelt hij de Officier van Justitie daarvan op de hoogte.

### 3.4.7 Overplaatsing, tijdelijke onderbreking en beëindiging van verplichte zorg

Het wetsvoorstel voorziet in de mogelijkheid om de verantwoordelijkheid voor het verlenen van zorg of het toepassen van dwang op grond van een zorgmachtiging of een crisismaatregel aan een andere zorgaanbieder, zorgverantwoordelijke of zorgverlener toe te wijzen (artikel 8:18). De betrokkene, diens vertegenwoordiger, contactpersoon of de zorgverantwoordelijke kunnen om overdracht van de zorg of overplaatsing naar een andere accommodatie verzoeken. De uitvoering van de zorgmachtiging of crisismaatregel komt dan op een ander te rusten dan degene die daarin vermeld wordt. De geneesheer-directeur kan niet aan het verzoek tegemoet komen dan nadat de beoogde zorgaanbieder, geneesheer-directeur of zorgverantwoordelijke zich tot het overnemen van die verantwoordelijkheid bereid heeft verklaard.

De geneesheer-directeur kan op verzoek van de betrokkene, diens vertegenwoordiger, contactpersoon of zorgverantwoordelijke, of uit eigen beweging tot tijdelijke onderbreking van de verplichte zorg besluiten voor zover en voor zolang dit verantwoord is; aan een dergelijke beslissing kunnen beperkingen of voorwaarden worden verbonden (artikel 8:17). Op dezelfde wijze kan de geneesheer-directeur dat besluit ook weer (gemotiveerd) intrekken.

Zodra de geldigheidsduur van een zorgmachtiging of een crisismaatregel is verstreken, vervalt de



legitimatie voor verplichte zorg.<sup>183</sup> Een zorgmachtiging verliest zijn geldigheid ook wanneer de geneesheer-directeur of de rechter een beslissing tot (voortijdige) beëindiging heeft genomen (artikel 8:18 en 18:19). Een ieder kan de geneesheer-directeur verzoeken het verlenen van verplichte zorg op grond van een zorgmachtiging of een crisismaatregel te beëindigen (hij kan dat ook uit eigen beweging doen), indien het doel van de verplichte zorg is bereikt of indien niet langer wordt voldaan aan de criteria voor verplichte zorg. Een dergelijke beslissing kan, net als een beslissing tot tijdelijke onderbreking van de verplichte zorg, een voorwaardelijk karakter hebben, dat wil zeggen aan voorwaarden of beperkingen gebonden zijn. De geneesheer-directeur dient binnen veertien dagen na ontvangst van het verzoek te beslissen. Bij een positief besluit moeten de burgemeester en het meldpunt OGGZ tijdig worden geïnformeerd indien dat van belang is voor deelname van betrokkene aan het maatschappelijk verkeer (deze verplichting geldt ook bij een tijdelijke onderbreking van de verplichte zorg; zie artikel 8:17 lid 5). Wordt een verzoek tot beëindiging van de verplichte zorg afgewezen, of heeft de geneesheer-directeur niet tijdig op het verzoek gereageerd, dan kan degene die de aanvraag heeft ingediend de geneesheer-directeur vragen een verzoekschrift tot beëindiging van de machtiging in te dienen bij de rechter.<sup>184</sup> De geneesheer-directeur kan zo'n aanvraag alleen afwijzen indien deze niet afkomstig is van de betrokkene zelf, zijn vertegenwoordiger, contactpersoon of advocaat. Een grond voor afwijzing is dat betrokkene niet instemt met het beëindigen van de verplichte zorg (artikel 8:19 lid 4 *sub c*).<sup>185</sup> Bij indiening van een verzoekschrift bij de rechter voor beëindiging van verplichte zorg, voegt de geneesheer-directeur een medische verklaring waarin de actuele gezondheidstoestand van de betrokkene wordt beschreven evenals de omstandigheid dat diens toestand zodanig is verbeterd dat het aanzienlijke risico op ernstige schade is weggenomen, dan wel welke voorwaarden aan een voorwaardelijke beëindiging van de verplichte zorg moeten worden gesteld om het risico weg te nemen. De rechter doet zo spoedig mogelijk uitspraak op het verzoekschrift.

---

183 Voordat de geldigheidsduur van een machtiging is verstreken, kan de geneesheer-directeur een nieuw verzoekschrift indienen voor verlenging van de zorgmachtiging (art. 6:5 *sub a*); de rechter dient over een dergelijk verzoek binnen 4 weken na ontvangst daarvan te beslissen (art. 6:2 lid 1 *sub c*).

184 De beëindiging van verplichte zorg was in het oorspronkelijke wetsvoorstel zo geregeld dat de geneesheer-directeur niet eerder een beslissing over de beëindiging van verplichte zorg nam dan nadat de (inmiddels weggefallen) commissie psychiatrische zorg hierover advies had gegeven of dat hij zeker wist dat de commissie niet voornemens was een verzoek voor een zorgmachtiging aan de rechter voor te leggen. In het huidige artikel 8:19 is nu geregeld dat bij een afwijzende of niet tijdige beslissing van de geneesheer-directeur op een aanvraag de verplichte zorg te beëindigen, de betrokkene bij de geneesheer-directeur een aanvraag kan indienen voor een verzoekschrift tot beëindiging van verplichte zorg door de rechter. *Kamerstukken II*, 2013/14, 32399, nr. 10, p. 43 en p. 103.

185 De wens van de patiënt om de verplichte zorg te continueren gaat dan voor op het voorstel van de aanvrager die te beëindigen, ook al zal de aanvrager menen met zijn aanvraag in het belang van betrokkene te handelen; *Kamerstukken II*, 2013/14, 32399, nr. 10, p. 104.

## 3.4.8 Overige onderwerpen

### 3.4.8.1 Zelfbindingsverklaring

Omdat de wensen en voorkeuren van de betrokkene een centrale plaats innemen binnen het wetsvoorstel, heeft ook de (schriftelijke) zelfbindingsverklaring hierin een prominente plaats gekregen (zie hoofdstuk 4 Wvvgz). Deze verklaring biedt een wilsbekwame patiënt van zestien jaar of ouder<sup>186</sup> de mogelijkheid om zelf (in een goede periode) te bepalen wanneer hij (in een slechte periode) kan worden onderworpen aan verplichte zorg. Zelfbinding houdt in dat een persoon met een psychische stoornis een verklaring opstelt waarin hij aangeeft onder welke omstandigheden bij hem verplichte zorg moet worden toegepast (ook als hij zich daartegen verzet), respectievelijk moet worden beëindigd; hij geeft hierin ook aan welke vormen van verplichte zorg hem in die situatie mogen worden verleend en hoe lang de verklaring geldig is.<sup>187</sup> Ook wordt in de verklaring aangegeven met welke contactpersoon, familieleden en naasten contact moet worden opgenomen als de door de betrokkene geformuleerde omstandigheden zich voordoen. Aan de zelfbindingsverklaring wordt een zorgplan gehecht. De verklaring is alleen geldig indien de betrokkene de strekking en gevolgen daarvan kan overzien (dit moet via een verklaring van een onafhankelijke arts of persoon worden bevestigd), en kan tussentijds door de betrokkene worden gewijzigd of ingetrokken. De geneesheer-directeur dient de zelfbindingsverklaring te autoriseren. Overigens volgt uit het systeem van de Wvvgz dat de verplichte zorg, net als onder de Wet Bopz, pas kan worden verleend als door de rechter een zorgmachtiging is afgegeven, of de burgemeester een crisismaatregel heeft genomen;<sup>188</sup> de rechter toetst daarbij niet of aan het schadecriterium is voldaan, maar of de omstandigheden die in zelfbindingsverklaring zijn beschreven zich ook daadwerkelijk voordoen.<sup>189</sup>

### 3.4.8.2 Personen met een justitiële titel

De bijzondere positie van patiënten aan wie onder een justitiële titel verplichte zorg wordt verleend, is geregeld in hoofdstuk 9 van het wetsvoorstel.<sup>190</sup> Het gaat hierbij om personen die tijdens hun

---

186 De regering heeft de oorspronkelijke, in art. 4:1 lid 1 opgenomen leeftijd (twaalf jaar) verhoogd naar 16 jaar (kinderen jonger dan zestien jaar zijn i.h.a. nog niet in staat een zelfbindingsverklaring en de gevolgen daarvan te overzien) en aan te sluiten bij het bepaalde in art. 7:447 BW; *Kamerstukken II*, 2013/14, 32399, nr. 10, p. 81.

Naar mag worden aangenomen, heeft de regering vergeten art. 4:1 lid 4 (dat het opstellen van een zelfbindingsverklaring door kinderen tussen twaalf en zestien jaar mogelijk maakt) te schrappen.

187 De regering stelt dat er '(...) bewust niet gekozen [is] voor een beperkte geldigheidsduur van bijvoorbeeld één jaar, om betrokkene en de zorgverantwoordelijke niet onnodig te belasten met een jaarlijkse herziening van de zelfbindingsverklaring'. *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 60.

188 De regering acht een hoorzitting niet nodig, die zou tot een onnodige vertraging in de procedure leiden. *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 62.

189 *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 59.

190 Voor alle personen die op grond van een justitiële titel (tijdelijk) in een GGZ-instelling zijn opgenomen (en daar worden behandeld) geldt dat ze onder de (overheidsfinanciering van) forensische zorg vallen.

detentie zijn opgenomen in of overgeplaatst naar een GGZ-instelling.<sup>191</sup> De algemene regels van het wetsvoorstel voor het aanvragen van een zorgmachtiging gelden ook voor deze groep patiënten, maar dat geldt niet voor een tijdelijke onderbreking of beëindiging van de verplichte zorg: vanwege de strafrechtelijke achtergrond van hun vrijheidsbeneming gelden op dit punt afwijkende bepalingen. Het gaat hierbij om verschillende groepen van verdachten of veroordeelden. Allereerst moet worden gedacht aan personen die direct op basis van een strafrechtelijke titel in een psychiatrisch ziekenhuis worden geplaatst (zie artikel 37 lid 1 Wetboek van Strafrecht) of aan wie tbs met dwangverpleging is opgelegd (artikel 37b lid 1 Wetboek van Strafrecht).<sup>192</sup> Daarnaast gaat het om personen die instemmen met opname in een accommodatie welke opnemingsvoorwaarde was in het kader van hun strafrechtelijke veroordeling (zoals schorsing van voorlopige hechtenis of tbs-veroordeling zonder dwangverpleging onder de voorwaarde dat betrokkene zich laat opnemen en eventueel behandelen in een psychiatrisch ziekenhuis). Een derde groep bestaat uit personen van wie de geestelijke gezondheid tijdens het verblijf in een justitiële inrichting noodzaakt tot overplaatsing naar een accommodatie voor psychiatrische zorg.<sup>193</sup> De regering verwacht overigens dat deze groep in afnemende mate in de reguliere GGZ terecht zal komen.<sup>194</sup> De Minister van Veiligheid en Justitie (Minister van V & J) draagt medeverantwoordelijkheid voor het omgaan met zojuist onderscheiden groepen, hetgeen tot uitdrukking komt in artikel 9:1 en 9:2 van het wetsvoorstel. Artikel 9:1 adresseert de situatie waarin sprake is van samenloop van een strafrechtelijke titel en een zorgmachtiging. Het kan bij een gedetineerde die tijdens zijn detentie een psychose krijgt, noodzakelijk zijn hem via een zorgmachtiging in een GGZ-instelling te behandelen. Als de psychische gezondheid van betrokkene weer zodanig hersteld is dat er geen noodzaak meer bestaat voor verplichte zorg, kan de zorgmachtiging worden beëindigd en de betrokkene weer terugkeren naar de penitentiaire inrichting. Artikel 9:1 *sub a* bepaalt dat de geneesheer-directeur in dat geval de Minister van V & J minimaal twee dagen voor de beëindiging van de verplichte zorg, hiervan op de hoogte stelt, zodat deze voor de overplaatsing van de betrokkene de nodige voorbereidingen kan treffen. De geneesheer-directeur kan evenmin zelfstandig beslissen over overplaatsing van de betrokkene of tijdelijke onderbreking van de verplichte zorg (hij dient dat in overleg te doen met de Minister van V & J; zie artikel 9:1 *sub b*). Ten slotte dient hij de Minister van V & J in te lichten over een persoon die zich

---

191 Volgens de regering gaat het jaarlijks om zo'n 500 personen; *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 96.

192 Er bestaan, zoals al vermeld, plannen om art. 37 Sr te vervangen door een bepaling in de Wvz. Zie ook hoofdstuk 4.

193 Zie art. 15 lid 5 Penitentiaire beginselenwet, art. 14 lid 1 Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden en art. 16 lid 6 Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen.

194 De regering licht toe dat 'in het kader van het programma vernieuwing forensische zorg en het plan van aanpak tbs (...) een aantal verbeteringen [is] gestart van de behandelingsmogelijkheden in het gevangeniswezen. Om een hoger zorgniveau te realiseren, zullen binnen de bestaande capaciteit van het gevangeniswezen bijzondere zorgplaatsen worden gerealiseerd. (...) Een deel van deze plaatsen wordt in de reguliere ggz ingekocht. De overige plaatsen worden, gerealiseerd in (naar verwachting) vijf zorgcentra. (...) (...) Met name de groep gedetineerden en verdachten met een psychische stoornis die een hoog beveiligingsniveau behoeven, zullen in de toekomst in de penitentiaire psychiatrische centra worden behandeld. Gedetineerden en verdachten waarbij een dergelijk beveiligingsniveau niet nodig is, komen in aanmerking voor de bij de reguliere ggz ingekochte plaatsen'. *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 97.

onttrekt aan verplichte zorg (zie artikel 14:3).

Artikel 9:2 van het wetsvoorstel bepaalt dat (en regelt hoe) bij de eerste opname van een persoon met een strafrechtelijke titel in een gzz-accommodatie zijn identiteit wordt vastgesteld (zie ook Wet DNA-onderzoek bij veroordeelden).

## 3.5 Wetsvoorstel zorg en dwang

### 3.5.1 Inleidende opmerkingen

Mogelijkheden en grenzen van dwang en drang in de zorg voor psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten zullen – zo is de bedoeling – in de nabije toekomst regeling vinden in een nieuwe Wet zorg en dwang, waarvan het voorstel begin 2014 bij de Eerste Kamer lag. De in par. 3.2.2.2 geschetste bijzondere opnameregeling (artikel 60 Wet Bopz) en de daarmee verbonden schakelbepaling over de interne rechtspositie (artikel 61 Wet Bopz) zullen dan vervallen, daargelaten dat beoogd wordt de gehele Wet Bopz te vervangen door een nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (zie par. 3.4).

De regeling opgenomen in het wetsvoorstel zorg en dwang (hierna: WZD) verschilt wezenlijk van die in de artikelen 60 – 61 Wet Bopz. Anders dan in die laatste wet, is voor toepassing van dwang niet langer vereist dat de patiënt in een instelling is opgenomen. Ook als gedwongen zorg buiten een instelling in het kader van ambulante zorg (mogelijk zelfs in de thuissituatie) wordt verleend, moet aan strenge voorwaarden en procedurele eisen worden voldaan. Het door de zorgaanbieder vast te stellen zorgplan speelt bij de regeling van die ‘onvrijwillige zorg’ (de term die de WZD hiervoor bezigt) een centrale rol.

Gedwongen zorg kan uiteraard ook opnemings in een instelling inhouden. In de WZD zijn hiervoor twee procedures geregeld die grote gelijkenis vertonen met de huidige opnameprocedures in de Wet Bopz, te weten opname zonder rechterlijke machtiging en opname met rechterlijk machtiging; die laatste kent als bijzondere vorm de opnemings in crisissituaties met tussenkomst van de burgemeester (inbewaringstelling), die bij voortzetting een rechterlijke machtiging vereist. Ook na opnemings kan als voldaan is aan de voorwaarden voor ‘onvrijwillige zorg’ van (verdere) gedwongen zorg sprake zijn.

Nu gedwongen zorg bij de hulpverlening aan psychogeriatrische patiënten en verstandelijk gehandicapten niet langer is gekoppeld aan een wettelijk geregelde opnemings en ook ambulant kan plaatsvinden, is het klassieke onderscheid tussen ‘externe’ en ‘interne rechtspositie’ niet goed meer toepasbaar. Voorts is er in de ambulante sfeer (afgezien van noodsituaties) geen andere wettelijke modaliteit dan het zorgplan en de daaraan gekoppelde uitvoerige besluitvormingsprocedure, die gedwongen zorg legitimeert. In verband daarmee wordt hieronder eerst aandacht besteed aan ‘onvrijwillige zorg’ als zodanig (d.w.z. al dan niet vooraf gegaan door opnemings); vervolgens komen de opnemingsprocedures aan de orde; ten slotte wordt aandacht besteed aan het toepassingsbereik van de WZD in relatie tot andere wetten die gedwongen zorg mogelijk maken.

### 3.5.2 Het begrip ‘onvrijwillige zorg’

Men zou verwachten dat in een ‘wet zorg en dwang’ het concept ‘dwang’ centraal staat. Dat is echter niet het geval; in plaats daarvan hanteert de WZD zoals vermeld een eigen begrip, namelijk ‘onvrijwillige zorg’. Dat begrip is (veel) ruimer dan bijvoorbeeld het verwante begrip ‘verplichte zorg’

in artikel 3:1 van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Gaat het daar om ‘zorg die ondanks het verzet van betrokkene of zijn vertegenwoordiger kan worden verleend’ op grond van bepaalde wettelijke modaliteiten, in de omschrijving van ‘onvrijwillige zorg’ in artikel 2 WZD speelt verzet slecht een beperkte rol. Volgens artikel 2 lid 1 gaat het om ‘zorg waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet heeft ingestemd of waartegen de cliënt zich verzet’ (dat laatste ziet op maatregelen of interventies waarmee de vertegenwoordiger wel akkoord is gegaan). Vervolgens wordt aangegeven om welke vormen van zorg het hierbij kan gaan. Dat zijn:

- het toedienen van voeding, vocht of medicatie voor een somatische aandoening;
- het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt (vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, of vanwege een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of combinatie hiervan);
- maatregelen die tot gevolg hebben dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt;
- maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden;
- beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten.

Deze reeds ruime omschrijving wordt in artikel 2 lid 2 verder verbreed doordat het toedienen van medicatie die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid ook als ‘onvrijwillig’ wordt beschouwd als de vertegenwoordiger heeft ingestemd of de cliënt zich niet verzet (behalve als het gaat om behandeling van een psychische stoornis overeenkomstig de geldende professionele standaard). Ook een maatregel die de bewegingsvrijheid beperkt wordt in dit artikellid in die omstandigheden als onvrijwillig bestempeld. In feite komt het erop neer dat in deze gevallen de zorg alleen dan niet onvrijwillig is, als de cliënt er (wilsbekwaam) mee instemt.<sup>195</sup>

Wie als vertegenwoordiger kunnen gelden is geregeld in artikel 1 lid 1 sub e; de daar gegeven opsomming is in essentie gelijk aan die in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO, artikel 7:465 BW); bij het ontbreken van een zodanige vertegenwoordiger moet door de zorgaanbieder het mentorschap worden aangevraagd. Uitgangspunt is dat “de cliënt (...) de beslissing (neemt) over de zorg die aan hem verleend wordt.” (artikel 3). Anders dan in de WGBO kan de vertegenwoordiger pas zijn bevoegdheden uitoefenen als een daartoe deskundig, niet bij de zorg betrokken arts - na overleg met de vertegenwoordiger – schriftelijk heeft verklaard dat terzake van een bepaalde beslissing sprake is van wilsonbekwaamheid.

### 3.5.3 Procedure die leidt tot onvrijwillige zorg

De in artikel 2 omschreven onvrijwillige zorg kan slechts toepassing vinden op basis van een uitvoerige, gefaseerde besluitvormingsprocedure (in de toelichtende stukken en literatuur ook wel aangeduid als ‘het stappenplan’) die met allerlei procedurele waarborgen is omgeven (bijvoorbeeld ten aanzien van wie beslist, overleg met cliënt of vertegenwoordiger, bij bepaalde stappen te betrekken deskundigen, dossiervorming, toezicht bij uitvoering, rapportage aan inspectie);

---

<sup>195</sup> Het oorspronkelijke wetsvoorstel (31996, nr.2) was op dit punt nog ruimer: ook bij instemming van de cliënt kon in deze gevallen nog steeds sprake zijn van ‘onvrijwillige zorg’.

daarenboven is toepassing van onvrijwillige zorg aan inhoudelijke criteria gebonden, met name de eis dat deze nodig moet zijn om 'ernstig nadeel' af te wenden. Ook dit begrip is (in artikel 1 lid 2) ruim (en niet limitatief) omschreven; het is minder bepaald dan het overeenkomstige begrip 'schade' in artikel 1:1 Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Tussenkomen van de rechter (of een andere externe instantie) is niet vereist; de achterliggende gedachte is dat de gekozen benadering beter past bij de zorg voor de betreffende doelgroepen, en dat in de gekozen benadering ook zonder rechterlijke betrokkenheid van voldoende rechtsbescherming sprake is.

De eerste stap op weg naar eventuele onvrijwillige zorg is, dat zo spoedig mogelijk na aanvang van de zorg een zorgplan wordt vastgesteld dat bepalend is voor de te verlenen zorg (artikelen 5 – 8). Daarin wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de wensen en voorkeuren van de cliënt; ook moet ernaar worden gestreefd dat zoveel mogelijk zorg op basis van vrijwilligheid kan worden verleend en onvrijwillige zorg wordt voorkomen. De zorgaanbieder spant zich in om de instemming van de cliënt of zijn vertegenwoordiger met het plan te verkrijgen en legt de afspraken met hen in het plan vast. Zolang het plan nog niet is vastgesteld wordt uitsluitend zorg verleend waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger heeft ingestemd. Met het oog op opstellen, uitvoeren en zo nodig aanpassen van het zorgplan wijst de zorgaanbieder specifiek voor elke cliënt een zorgverantwoordelijke aan; die moet over de 'vereiste kennis en ervaring' beschikken, maar specifieke (opleidings)kwalificaties zijn niet vereist. De zorgverantwoordelijke is ook verantwoordelijk voor het inrichten van het cliëntendossier. Het zorgplan moet periodiek (binnen 4 weken na aanvang van de uitvoering; vervolgens tenminste elke 6 maanden) worden geëvalueerd en zo nodig bijgesteld.

Als de zorgverantwoordelijke constateert dat het zorgplan niet blijkt te voldoen aan de zorgbehoefte van de cliënt (of de vertegenwoordiger geeft zulks aan) waardoor een situatie van ernstig nadeel kan ontstaan, komt de tweede stap in beeld: dan moet worden onderzocht of er alternatieven zijn voor de in het zorgplan opgenomen zorg (artikel 9). De zorgverantwoordelijke moet dan overleggen met tenminste een deskundige van een andere discipline dan de zijne om te bezien, welke mogelijkheden voor vrijwillige zorg nog kunnen worden benut om het ernstig nadeel te voorkomen en of de thuissituatie geschikt is voor de te verlenen zorg.<sup>196</sup> De cliënt of zijn vertegenwoordiger moeten van dit overleg weten en desgewenst hierbij aanwezig kunnen zijn.

Als uit het overleg blijkt dat er geen mogelijkheden voor vrijwillige zorg meer zijn of het aangepaste zorgplan niet blijkt te voldoen aan de zorgbehoefte van de cliënt, kan – dit is de derde stap – 'als uiterste middel' in het zorgplan onvrijwillige zorg worden opgenomen. Dit is echter ingevolge artikel 10 slechts mogelijk als:

- het gedrag van een cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis (of een combinatie daarvan) leidt tot ernstig nadeel;
- de onvrijwillige zorg noodzakelijk is om zulk nadeel te voorkomen of af te wenden;

---

<sup>196</sup> Het hoeft hier niet om een externe deskundige te gaan; wel kunnen aan hem bij algemene maatregel van bestuur bepaalde eisen worden gesteld (artikel 8 lid 5).

— de onvrijwillige zorg daartoe geschikt is en een evenredig middel vormt, en er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn.

In dit geval is ook eerst overleg met een deskundige nodig zoals bij stap 2 (inclusief kennisgeving aan de cliënt of zijn vertegenwoordiger). Bovendien moet opnemings in het zorgplan de instemming hebben van een bij de zorg betrokken arts (als het slechts gaat om maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden of beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, is instemming van een deskundige behorend tot een bij ministeriele regeling aan te wijzen categorie voldoende). Bij het overleg moet onder meer worden besproken voor welke termijn de onvrijwillige zorg in het zorgplan wordt opgenomen (dit moet zo kort mogelijk zijn en niet langer dan 3 maanden) en of de thuissituatie daarvoor geschikt is. Ook moet bezien worden welke nadelige effecten deze zorg op die cliënt kan hebben en aanvullende zorgvuldigheidseisen worden vastgesteld om die weg te nemen of te verminderen. Indien het niet lukt om de onvrijwillige zorg binnen de vastgestelde termijn af te bouwen moet het bedoelde overleg opnieuw plaatsvinden, met dien verstande dat dan een niet bij de zorg betrokken deskundige aan het overleg moet deelnemen (artikel 10 lid 10).

Leidt dat alles niet tot beëindiging van de onvrijwillige zorg, of stemt de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet in met het opnemen daarvan in het zorgplan, dan komt de vierde stap in beeld. Die houdt in dat de zorgverantwoordelijke een externe deskundige raadpleegt.<sup>197</sup> Het zorgplan wordt aangepast op basis van diens advies; de daarbij vastgestelde termijn voor toepassing van onvrijwillige zorg is ruimer en mag de 6 maanden niet overschrijden.

Ten slotte worden er steeds eisen gesteld aan het daadwerkelijk toepassen van de in het zorgplan opgenomen onvrijwillige zorg; dat kan gebeuren door elke zorgverlener (of elke categorie zorgverleners) die door de zorgaanbieder als bevoegd is aangewezen om namens hem onvrijwillige zorg te verlenen. Voorwaarden voor daadwerkelijke toepassing zijn, aldus artikel 13, dat:

- de zorgverlener constateert dat het in het zorgplan omschreven ernstig nadeel zich voordoet en dat de onvrijwillige zorg noodzakelijk is om dat af te wenden;
- de onvrijwillige zorg voor dat doel geschikt en proportioneel is, en dat minder ingrijpende mogelijkheden ontbreken;
- op verantwoorde wijze voorzien is in toezicht tijdens de toepassing ervan.

Voordat de eerste keer onvrijwillige zorg is toegepast moeten – zo mogelijk – de cliënt en de vertegenwoordiger worden geïnformeerd en moet – als de situatie dat nog toelaat – overleg worden gepleegd met de zorgverantwoordelijke en – indien van toepassing – de arts die (overeenkomstig artikel 10) met de opnemings van (bepaalde vormen van) onvrijwillige zorg in het zorgplan heeft ingestemd. Bij algemene maatregel kunnen nog nadere regels worden gesteld op de wijze waarop onvrijwillige zorg wordt verleend en wie daartoe bevoegd is.

Gaat het voorgaande steeds uit van onvrijwillige zorg die opgenomen is in het zorgplan, in situaties waarin dat plan redelijkerwijs niet heeft kunnen voorzien of in noodsituaties die zich voordoen voordat een zorgplan is vastgesteld, kan ook onvrijwillige zorg worden verleend (artikel 15). Daarbij gelden dan dezelfde inhoudelijke voorwaarden als hierboven omschreven (het gedrag van de cliënt ten gevolge van zijn aandoening of handicap moet leiden tot ernstig nadeel, de onvrijwillige

---

<sup>197</sup> Ook aan die deskundige kunnen bij algemene maatregel van bestuur eisen worden gesteld (artikel 8 lid 6).

maatregelen moeten noodzakelijk en geschikt zijn om dat af te wenden enz.). In een situatie als deze moet er in elk geval een schriftelijke beslissing van de zorgverantwoordelijke zijn waarbij de termijn voor het verlenen van de onvrijwillige zorg wordt vastgesteld; deze mag niet langer zijn dan 2 weken. Ook hier moet – zo mogelijk vooraf – sprake zijn van het informeren van de vertegenwoordiger en de cliënt.

### 3.5.4 De opnemingsprocedures

Zoals aangegeven in het begin van deze paragraaf kan gedwongen zorg ook het karakter hebben van opname en verblijf. Daarvoor verwijst de WZD niet middels een schakelbepaling terug naar de Wet Bopz of diens opvolger (de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg); zij kent hiervoor afzonderlijke, eigen regelingen die qua rechtsbescherming weer verschillen van die welke gelden bij de toepassing van ‘onvrijwillige zorg’ als zodanig. Bij opname op grond van de WZD gaat het – anders dan in de Wet Bopz waar sprake moet zijn van een bopz-aangemerkte instelling – om opname in een ‘accommodatie’ (in feite elke bouwkundige voorziening bestemd voor zorgverlening door een zorgaanbieder); die accommodatie moet zijn opgenomen in een door de minister van VWS bijgehouden openbaar register van accommodaties (artikel 20).<sup>198</sup>

Zoals aangegeven in par. 3.5.1 voorziet de WZD - parallel aan de huidige Wet Bopz - in twee opnameprocedures: opname zonder rechterlijke machtiging en opname met rechterlijke machtiging; die laatste kent als bijzondere vorm de opname in crisissituaties (inbewaringstelling), die bij voortzetting een rechterlijke machtiging vereist. Beide vertonen sterke overeenkomsten met de betreffende regelingen in de Wet Bopz, maar er zijn ook verschillen. Een van de belangrijkste is dat het indicatieorgaan ook in de procedure van rechterlijke machtiging een belangrijke rol speelt.

#### 3.5.4.1 Opname zonder rechterlijke machtiging

De opname-procedure zonder rechterlijke tussenkomst betreft – evenals in artikel 60 Wet Bopz – cliënten (van twaalf jaar of ouder) die geen blijf geven van de nodige bereidheid tot opname, maar zich ook niet daartegen verzetten. In plaats van de rechter kan in zo’n geval het indicatieorgaan (het CIZ) tot opname (in een geregistreerde accommodatie) besluiten. Het kan dat besluit pas nemen (aldus artikel 21) als:

- het heeft vastgesteld dan noch van bereidheid, noch van verzet sprake is;
- het gedrag van de cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap (of van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis) leidt tot ernstig nadeel;
- opname en verblijf (of de voortzetting daarvan) noodzakelijk en geschikt zijn om dat te voorkomen of af te wenden;
- minder ingrijpende mogelijkheden daartoe ontbreken.

De vraag rijst of een aldus opgenomen persoon nu uiteindelijk vrijwillig of onvrijwillig in de instelling verblijft. De WZD is op dit punt niet duidelijk. Enerzijds is er artikel 21 lid 3, volgens hetwelk de voortzetting van het verblijf van een cliënt die (vrijwillig of) via een besluit van het indicatieorgaan is

---

<sup>198</sup> Een op grond van de Wet Bopz als verpleeginrichting of zwakzinnigeninrichting aangemerkte zorginstelling of afdeling daarvan wordt ambtshalve in dat register opgenomen.



opgenomen en die zich vervolgens op zodanige wijze verzet tegen verschillende onderdelen van de zorgverlening dat het leveren van cliëntgerichte zorg feitelijk niet mogelijk is, geacht wordt onvrijwillig te zijn; deze bepaling suggereert dat voordat van zulk verzet sprake is, het verblijf in wezen vrijwillig is en de cliënt formeel de vrijheid heeft de instelling te verlaten.<sup>199</sup> Anderzijds zijn ook op deze cliënten de verlof- en ontslagregeling van artikel 47 resp. 48 van toepassing, hetgeen juist weer onvrijwilligheid veronderstelt.

Hoe het ook zij, anders dan in de Wet Bopz is de procedure van opname via het indicatieorgaan in de WZD uitvoerig geregeld. Zo zullen bij algemene maatregel van bestuur deskundigheidseisen worden gesteld waaraan het indicatieorgaan moet voldoen; ook kunnen nadere regels worden gesteld over de behandeling van de aanvraag en de inhoud van het besluit. In de wet zelf wordt aangegeven wie het besluit kunnen aanvragen (levensgezel, vertegenwoordiger, bepaalde bloedverwanten, de betreffende zorgaanbieder), binnen welke termijn op de aanvraag beslist moet worden (6 weken), en de geldigheidsduur van het besluit (5 jaar, telkens voor 5 jaar te verlengen). Evenals in de bopz-procedure, moet aan de cliënt of diens vertegenwoordiger van te voren 'mondeling en schriftelijk' worden meegedeeld, dat hij zich kan verzetten tegen opneming en verblijf. Twijfelt het indicatieorgaan of sprake is van onvrijwilligheid (d.w.z. dat de cliënt zich verzet of de vertegenwoordiger niet instemt) dan moet het hierover een beoordeling vragen aan een bij ministeriele regeling aangewezen externe deskundige, aldus artikel 22 lid 10. Evenals de Wet Bopz voorziet ook de WZD bij opneming via het indicatieorgaan niet in rechtsbijstand door een advocaat. Ook is geen bezwaar en beroep mogelijk tegen het door het CIZ genomen opnemingsbesluit, aldus uitdrukkelijk de Nota naar aanleiding van het Verslag.<sup>200</sup>

#### **3.5.4.2 Opneming met rechterlijke tussenkomst**

Onvrijwillige opneming (of onvrijwillige voortzetting van het verblijf) is alleen mogelijk met een rechterlijke machtiging, aldus artikel 24; van onvrijwilligheid is sprake bij verzet van de cliënt, indien de vertegenwoordiger vindt dat geen opneming moet plaatsvinden, of als de ouders die gezamenlijk het gezag uitoefenen daarover van mening verschillen. Voor het verlenen van de machtiging door de rechter gelden dezelfde voorwaarden als voor het besluit van het indicatieorgaan (d.w.z. dat opneming noodzakelijk en geschikt is om ernstig nadeel af te wenden en dat minder ingrijpende alternatieven ontbreken).

Opmerkelijk is dat een verzoek tot het verlenen van een machtiging moet worden gedaan door het indicatieorgaan; de aanvragers (dezelfde personen als in de hierboven beschreven procedure) moeten zich dus tot dat orgaan (het CIZ) richten. Uiterlijk binnen 3 weken benadert het indicatieorgaan dan de rechter en overlegt daarbij onder meer een verklaring van een terzake kundige arts die de cliënt kort te voren met het oog op de machtiging heeft onderzocht maar niet bij diens behandeling betrokken was. In artikel 27 worden een aantal eisen aan deze geneeskundige verklaring gesteld.

---

199 Datzelfde volgt uit de vergelijkbare bepaling in artikel 22 lid 8, volgens welke een cliënt die er blijk van geeft het verblijf te willen beëindigen, alleen met een rechterlijke machtiging kan worden tegengehouden.

200 *Kamerstukken II*, 2010-2011, 31996, nr. 6, p. 7.

Verdere regels betreffende de procedure voor verlening van de machtiging zijn te vinden in artikel 38. Deze betreffen onder meer het horen van de cliënt, toevoeging van een advocaat, door wie de rechter zich zo mogelijk moet laten voorlichten, de mogelijkheid deskundigen in te schakelen. De machtiging heeft een geldigheidsduur van ten hoogste 6 maanden, aldus artikel 39; indien de cliënt al verblijft op basis van een machtiging kan een volgende machtiging worden verleend voor maximaal 2 jaar (cliënten met een verstandelijke handicap), dan wel 5 jaar (psychogeriatrische patiënten). Van de beslissing van de rechter is beroep mogelijk op basis van de daarvoor geldende regels van het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering.<sup>201</sup>

In de artikelen 29 en volgende is opnemning in crisissituaties geregeld. Net zoals bij de huidige inbewaringstelling op basis van de Wet Bopz geschiedt deze op last van de burgemeester, en wel indien er sprake is van ernstig nadeel dat zo onmiddellijk dreigend is dat een rechterlijke machtiging niet kan worden afgewacht, terwijl het ernstig vermoeden bestaat dat dit ernstig nadeel wordt veroorzaakt door het gedrag van de persoon als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap dan wel een daarmee gepaard gaande psychische stoornis. Daarbij moet de inbewaringstelling noodzakelijk en geschikt zijn om het ernstig nadeel te voorkomen, terwijl minder ingrijpende alternatieven ontbreken. De beschikking van de burgemeester heeft een geldigheidsduur van ten hoogste 3 dagen; het indicatie orgaan moet onmiddellijk van de inbewaringstelling op de hoogte worden gesteld en kan voor het verstrijken van de termijn de rechter verzoeken een machtiging tot voorzetting van de inbewaringstelling te verlenen; die laatste heeft een geldigheidsduur van ten hoogste 6 weken.<sup>202</sup>

De burgemeester moet zorgen voor bijstand door een advocaat en neemt zijn besluit pas nadat hem een geneeskundige verklaring is overgelegd waaruit blijkt dat wordt voldaan aan de gestelde voorwaarden. De tenuitvoerlegging van het besluit draagt hij op aan een of meer politieambtenaren die zich laten bijstaan door een of meer personen met kennis van de zorg voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap. Als binnen 24 uur na inbewaringstelling door de daarvoor in aanmerking komende accommodaties nog niet tot opnemning is overgegaan, kan de burgemeester na overleg met de inspectie een van hen tot opnemning verplichten.

### 3.5.5 Klachtrecht

Terzake van (voorgenomen) onvrijwillige zorg heeft de cliënt of zijn vertegenwoordiger toegang tot de civiele rechter. Ook kan hij een klacht indienen in het kader van de klachtregeling die elke zorgaanbieder moet hebben op basis van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (in de toekomst te vervangen door de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg). Voor de cliënt die met onvrijwillige zorg wordt geconfronteerd, is het echter van groot belang dat ook sprake is van een specifiek op die zorg toegesneden klachtprocedure die een tijdige en bindende uitspraak kan opleveren (zoals de bijzondere klachtprocedure van artikel 41 Wet Bopz). De WZD bevat zo'n regeling (artikelen 53 -56). Die houdt in dat de zorgaanbieder moet zijn aangesloten bij een door een of meer representatief te achten cliëntenorganisaties respectievelijk organisaties van zorgaanbieders ingestelde

---

<sup>201</sup> *Kamerstukken II*, 2010-2011, 31996, nr. 6, p. 6.

<sup>202</sup> Op het verlenen van die machtiging door de rechter zijn de in art. 38 opgenomen procedurele voorschriften van toepassing.

klachtencommissie, die kan oordelen over klachten betreffende de opnemings van onvrijwillige zorg in het zorgplan of de daadwerkelijke toepassing van die zorg.<sup>203</sup> Aan de samenstelling, deskundigheid en onafhankelijkheid van de commissie, alsmede aan de te volgen procedure, worden de nodige eisen gesteld, bijvoorbeeld dat bij de commissie een zodanig aantal zorgaanbieders aangesloten moet zijn, dat zij de facto minimaal 50 klachten per jaar afhandelt (artikel 54 lid 1 sub d). De commissie kan de beslissing waartegen de klacht is gericht, schorsen. Binnen 2 weken (of binnen 4 weken als het een klacht betreft tegen een beslissing die geen gevolg meer heeft op het moment van indiening) moet zij haar beslissing kenbaar maken. Bij gegrondverklaring van de klacht wordt de bestreden beslissing geheel of gedeeltelijk vernietigd en kan de zorgaanbieder worden opgedragen een nieuwe beslissing te nemen of andere handeling te verrichten (met inachtneming van het oordeel van de klachtencommissie). Als de klager (of degene op wie de klacht betrekking heeft) met de uitspraak niet tevreden is, kan hij een verzoekschrift bij de rechtbank indienen ter verkrijging van een oordeel over de klacht (inclusief eventueel een verzoek om schadevergoeding op de grond dat de bestreden beslissing onrechtmatig was). Als de verzoeker geen advocaat heeft kan de rechter een toevoeging gelasten. Ook de rechter kan de beslissing waartegen de klacht gericht is schorsen. Zijn beslissing (waartegen geen hoger beroep openstaat) volgt binnen 4 weken. Bij gegrondverklaring kan de zorgaanbieder worden opgedragen een nieuwe beslissing te nemen of kan de rechtbank haar beslissing in de plaats van het vernietigde besluit laten treden.

### 3.5.6 Toezicht

Het stapsgewijs volgen van de in par. 3.5.3 beschreven besluitvormingsprocedure (inclusief de uitkomsten daarvan) moet uitvoerig gedocumenteerd zijn in het dossier van de cliënt (artikel 16); daarenboven dient de zorgaanbieder een register bij te houden van toegepaste onvrijwillige zorg ten behoeve van het toezicht door de inspectie (artikel 17). Aan die laatste verstrekt hij bovendien minstens elke 6 maanden een overzicht van de verleende onvrijwillige zorg, tezamen met een door het bestuur van de instelling ondertekende analyse (artikel 18). Andere bepalingen die voor de rechtsbescherming van de cliënt van belang zijn, zijn dat de cliënt (en zijn vertegenwoordiger) zo spoedig mogelijk na aanvang van de zorg een schriftelijk overzicht van zijn rechten moet krijgen (artikel 52), en dat hij een beroep kan doen op een (onafhankelijk binnen de instelling gepositioneerde) cliëntenvertrouwenspersoon (artikelen 57 -59).

### 3.5.7 Overige onderwerpen

#### 3.5.7.1 Afgrenzing van de wet ten opzichte van andere wetgeving

Voor de reikwijdte van de WZD, mede in relatie tot andere wetten die gedwongen zorg mogelijk maken, is het volgende van belang. De WZD betreft onvrijwillige zorg voor en opnemings van personen ('cliënten' in de zin van artikel 1 lid 1 sub c) van wie het indicatieorgaan heeft vastgesteld dat zij vanwege een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap zijn aangewezen op zorg als

---

<sup>203</sup> Voorts kunnen aan die commissie worden voorgelegd klachten over de onbekwaamheidsverklaring ex art. 3, alsmede (indien sprake is van opnemings) beslissingen inzake verlof of ontslag.

omschreven bij of krachtens de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.<sup>204</sup> De WZD is niet van toepassing op zulke personen indien zij op grond van een rechterlijke machtiging uit hoofde van de Wet Bopz in een psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen (artikel 1 lid 8). Dat geldt ook voor die personen als zij verblijven in een justitiële jeugdinrichting, een penitentiaire inrichting of een justitiële inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden, of als op hen de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen, de Penitentiaire beginselenwet of de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden van toepassing is (artikel 1 lid 9). Omgekeerd kan het zo zijn dat personen ten aanzien van wie geen indicatiebesluit is genomen in verband met een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, krachtens of ter uitvoering van een beslissing op grond van de strafwetgeving of de penitentiaire wetgeving in een accommodatie in de zin van de WZD verblijven; voor de toepassing van de WZD worden zij dan aangemerkt als een cliënt die op grond van een rechterlijke machtiging (ex artikel 24 WZD) is opgenomen.

De Wet Bopz (respectievelijk de toekomstige Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg) en de WZD hebben elk een eigen doelgroep. Mensen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap (die in beginsel onder de WZD vallen) kunnen echter ook aan een psychische stoornis lijden. Als die leidend is ten aanzien van de benodigde zorg, kan dat ook betekenen dat zij gedwongen worden opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis op grond van de Wet Bopz (of dat voor hen een zorgmachtiging wordt verleend op grond van de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg). Als het indicatieorgaan bij een aanvraag voor een rechterlijke machtiging op grond van de WZD constateert dat een persoon naast zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap een andere psychische stoornis heeft, die opname in een psychiatrisch ziekenhuis op grond van de Wet Bopz aangewezen doet zijn, zendt het de aanvraag door aan de op grond van die wet bevoegde Officier van Justitie (artikel 28 lid 2 WZD). Ook de rechter kan bij behandeling van een verzoek van het indicatieorgaan om een rechterlijke machtiging op grond van de WZD nog concluderen dat een rechterlijke machtiging tot opname in een psychiatrisch ziekenhuis passender is; hij kan dan het verzoek beschouwen als verzoek tot verlening van een voorlopige machtiging als bedoeld in artikel 6 Wet Bopz (artikel 38 lid 10 WZD).

### 3.5.7.2 Verhouding met de WGBO

Ten slotte is, als de zorg waarop de WZD betrekking heeft een geneeskundige behandeling in de zin van de WGBO omvat, ook de relatie met die wet van belang. Omdat de WZD eigen regels kent voor toestemming, verzet en vertegenwoordiging, zijn in dat geval de desbetreffende bepalingen in de WGBO (de artikelen 7:450, 465 en 466 BW) niet van toepassing, aldus artikel 1 lid 5 WZD. Voorts zijn de bepalingen over onvrijwillige zorg en de rechtsbescherming daarbij (de hoofdstukken 2 en 4 van de WZD) van overeenkomstige toepassing op de geneeskundige behandeling van een cliënt die voor die behandeling tijdelijk elders verblijft (artikel 8 lid 3 WZD).

---

<sup>204</sup> Bij AMVB kan het toepassingsgebied worden uitgebreid naar personen met vergelijkbare ziekten en aandoeningen (art. 1 lid 6).

## 3.6 Analyse

### 3.6.1 Inleidende opmerkingen

In deze paragraaf wordt in meer beschouwende zin bij de aanhangige wetsvoorstellen stilgestaan. Eerst komen de Wvvgz (par. 3.6.2) en de WZD (par. 3.6.3) afzonderlijk aan de orde: wat zijn hun merites? Wat de mogelijke knelpunten? Vervolgens worden beide wetten op een aantal voor dit onderzoek relevante hoofdpunten met elkaar vergeleken. De vraag is wat de belangrijkste verschillen zijn in conceptualisering en benadering tussen beide wetten. Hierbij zal met name worden teruggegrepen op de parlementaire stukken en de (inmiddels uitvoerige) literatuur.

### 3.6.2 Wvvgz

#### 3.6.2.1 Reikwijdte

De reikwijdte van het wetsvoorstel is, in tegen stelling tot de Wet Bopz, beperkt tot patiënten met een psychische stoornis. Wanneer niet een psychische stoornis, maar een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap overheerst, is de toekomstige WZD van toepassing. Dit sluit aan op een aanbeveling van de tweede evaluatiecommissie die indertijd bepleitte de sectoren psychogeriatrische zorg en verstandelijk gehandicaptenzorg niet langer onder de reikwijdte van de Wet Bopz te laten vallen.<sup>205</sup> Tijdens de focusgroep bleek echter dat niet iedereen even gelukkig is met de keuze voor twee afzonderlijke wetten voor dwangtoepassing in deze sectoren. Die mag er in elk geval niet toe leiden dat sprake is van ongefundeerde verschillen in de rechtsbescherming van betrokken patiëntengroepen.<sup>206</sup>

#### 3.6.2.2 Positie van belangrijkste actoren

##### **Geneesheer-directeur**

Op de schouders van de geneesheer-directeur zijn de belangrijkste taken voor wat betreft de uitvoering van de wet komen te rusten: het voorbereiden van de zorgmachtiging en het indienen van een verzoekschrift bij de rechter. De geneesheer-directeur, die tevens de zorgverantwoordelijke voor een patiënt aanwijst, speelt ook een belangrijke rol bij de onderbreking en beëindiging van de zorgmachtiging, en houdt toezicht op de uitvoering van de machtiging.<sup>207</sup> Vanwege zijn rol als

---

205 Evaluatie Wet Bopz 2002 (tweede evaluatiecommissie), p. 51.

206 In die zin ook Widdershoven die zich herhaaldelijk voorstander heeft betoond van een integrale wettelijke regeling voor dwangtoepassing in de drie sectoren Widdershoven 2006, p. 489-490; Widdershoven 2009, p. 176. Zie ook Zuiderhoudt 2013, p. 206-207.

207 Overigens vervult de geneesheer-directeur ook onder de huidige Wet Bopz een centrale rol en is hij eindverantwoordelijk voor rechtspositie van patiënt binnen de instelling. Widdershoven tekent daarbij aan dat de regering in het oorspronkelijke wetsvoorstel juist taken van de geneesheer-directeur aan de commissie

centrale actor binnen de wet is het belangrijk dat de geneesheer-directeur zijn taken op onafhankelijke wijze kan uitoefenen. Het wetsvoorstel bepaalt op dit punt slechts dat de zorgaanbieder ervoor zorgdraagt dat de geneesheer-directeur zijn taken zonder aanwijzingen van de zorgaanbieder kan uitvoeren, en vraag is of dat voor diens onafhankelijk functioneren voldoende is. Dat laatste is ook van belang om de onafhankelijkheid van de rechterlijke besluitvorming te waarborgen. De rechter is immers terzake van zorg niet deskundig en zal ook onder de nieuwe wet goeddeels op de inhoud van het verzoekschrift van de geneesheer-directeur moeten varen.<sup>208</sup> Bij zijn taakuitoefening kan ook een knelpunt zijn dat de zorg onder de nieuwe wet zoveel mogelijk dient te worden geambulanteerd.<sup>209</sup> Voor de toezichtstaak van de geneesheer-directeur lijkt in die setting in elk geval meer regie en organisatie nodig dan in de intramuraal setting. Ofschoon over de verantwoordelijkheidstoedeling aan de geneesheer-directeur nog veel meer te zeggen valt,<sup>210</sup> wordt hier volstaan met de opmerking dat het onder de nieuwe wet nog belangrijker is dan onder de huidige Wet Bopz dat alle randvoorwaarden voor diens adequate functioneren aanwezig zijn. Hiervoor is in de literatuur een aantal suggesties gedaan.<sup>211</sup> Een daarvan – welke wij als aanbeveling overnemen – is om de geneesheer-directeur door de Raad van Toezicht te laten benoemen en deze voor diens benoeming en functioneren mede verantwoordelijk te maken.

### **Onafhankelijke arts**

De onafhankelijke arts heeft er, in vergelijking met diens verantwoordelijkheden onder de Wet Bopz, een belangrijke taak bij gekregen: hij dient nu niet alleen te beoordelen of aan het schadecriterium is voldaan, maar toetst onder de Wvvgz ook de inhoud van het zorgplan, dat wil zeggen: '[h]ij beoordeelt of de maatregelen opgenomen in het zorgplan voldoen om het aanzienlijke risico op ernstige schade weg te nemen en of het zorgplan voldoet aan de eisen van subsidiariteit, proportionaliteit, doelmatigheid en veiligheid. De beoordeling van het zorgplan door de onafhankelijke arts kan gezien worden als een intercollegiale toets en is bedoeld om de kwaliteit van de zorgplannen te verbeteren en te bezien of aan de algemene uitgangspunten voor het verlenen van verplichte zorg is voldaan. Dat houdt onder meer in dat de onafhankelijke arts moet toetsen of verplichte zorg echt noodzakelijk is en of alle alternatieven voor vrijwillige zorg zijn uitgeput. Ook moet hij toetsen of het familieperspectief of het perspectief vanuit de naaste en het maatschappelijk perspectief zijn meegenomen.'<sup>212</sup> Om de betreffende beoordeling goed te kunnen uitvoeren, zijn zowel de beschikbaarheid van richtlijnen en standaarden inzake 'dwang en drang' als een voldoende brede deskundigheid van de betrokken onafhankelijke artsen van wezenlijk belang.

---

psychiatrische zorg wilde overdragen om zijn onafhankelijke positie beter te kunnen waarborgen; Widdershoven 2013, p. 212, die verwijst naar MvT (*Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 95).

208 Volgens Kips (Kips 2014, p. 7) valt te verwachten dat 'de *niet* ter zake van zorg deskundige rechter (...) zichzelf zoveel mogelijk de dichotomie zal voorleggen of verplichte zorg geboden is of niet, en zorginhoudelijk het verzoekschrift volledig of grotendeels zal volgen'.

209 Widdershoven 2013, p. 212-213.

210 Zie bijv. Hondius 2012.

211 Zie bijv. Rutgers 2014.

212 *Kamerstukken II*, 2013/14, 32399, nr. 10, p. 46-47.

Een bijzonder punt van aandacht is dat, vanwege het vervallen van de rol van het Openbaar Ministerie bij het indienen van een verzoek bij de rechter zonder strafrechtelijk raakvlak, de onafhankelijke arts nu ook dient te beoordelen of er eventueel relevante politiegegevens aanwezig (kunnen) zijn die van belang zijn voor de beoordeling of is voldaan aan het schadecriterium, en die – bij vermoedens in deze richting – te melden in de medische verklaring. Die taak kan een spanningsveld oproepen met de positie van een arts (deze moet verre blijven van opsporing) en diens onafhankelijkheid ten opzichte van het machtigingsverzoek (althans in de perceptie van de patiënt) in gevaar brengen.<sup>213</sup>

### **Zorgverantwoordelijke**

De zorgverantwoordelijke is de hoofdbehandelaar van de patiënt, en voert op basis van het zorgplan de regie over diens desnoods verplicht toe te passen (ambulante) behandeling. Ook stelt hij met de patiënt, indien deze dat wenst, een zorgkaart en een zelfbindingsverklaring op, en wijst hij hem erop dat hij zich bij dit alles kan laten bijstaan door familie of een naaste. De regering stelt dat door de ‘(...) betrokkenheid van familie en naasten bij het opstellen, evalueren en actualiseren van het zorgplan, [er] (...) een triade [ontstaat] tussen zorgverantwoordelijke, betrokkene en een familielid of naaste.’ De betrokkenheid van de familie (via een signalerende en monitorende functie ten aanzien van de patiënt) past goed in het streven verplichte zorg zoveel mogelijk te voorkomen, maar kan ook averechts uitpakken en de zorgverantwoordelijke tussen twee vuren plaatsen (soms is de familie zelfs onderdeel van het psychiatrische probleem van de betrokkene). In zo’n situatie is het voorstelbaar dat de behandelaar (ernstig) in zijn taakuitoefening wordt belemmerd. Dit lijkt ons een belangrijk aandachtspunt van de eerstkomende evaluatie van de Wvvgz.

#### **3.6.2.3 Criteria voor dwangtoepassing**

##### **Verzetscriterium**

Om onder het bereik van de Wvvgz te vallen is niet alleen van belang of een patiënt (in voldoende ernstige mate) aan een psychische stoornis lijdt, maar ook of deze of zijn vertegenwoordiger zich tegen de noodzakelijke zorg verzet. Zie ook artikel 3.1 van het wetsvoorstel dat bepaalt dat verplichte zorg ‘zorg [is] die ondanks het verzet van betrokkene of zijn vertegenwoordiger kan worden verleend (...)’. Het oorspronkelijke wetsvoorstel was onduidelijk over de betekenis van het verzetscriterium, omdat artikel 3.1 van dat voorstel nog een tweede lid bevatte dat bepaalde dat ‘[b]etrokkene wordt geacht zich te verzetten tegen zorg, indien hij geen blijk geeft van de nodige bereidheid tot het ontvangen van zorg en voor betrokkene geen vertegenwoordiger optreedt’. Hierdoor werd verzet weer met ontbreken van bereidheid gelijk gesteld, waardoor zorg aan patiënten die daarmee geen moeite hebben toch weer op de tocht kwam te staan. Via de nota van wijziging is artikel 3.2 geschrapt

---

213 De (derde) evaluatiecommissie suggereerde nog dat de psychiater zich in de geneeskundige verklaring beperkt tot een medisch oordeel over de psychische gesteldheid van de onderzochte persoon, omdat het oordeel of is voldaan aan het gevaarscriterium een medisch oordeel overstijgt, resp. een juridisch oordeel betreft dat echter niet toetsbaar is. Evaluatie Wet Bopz 2007 (derde evaluatiecommissie), p. 59-61.

en geldt op grond van artikel 1:4 lid 4 sub *b* dat alleen een zorgmachtiging bij de rechter moet worden aangevraagd in situaties waarin de betrokkene of diens vertegenwoordiger zich verzet. De belangrijkste reden om in de nieuwe wet weer terug te gaan naar het (onder de Krankzinnigenwet geldende) verzetscriterium is dat zo aan personen die zich niet (kunnen) verzetten, maar zich evenmin daartoe bereid (kunnen) verklaren – de ‘geen bereidheid, geen bezwaar-groep’ – zonder rechterlijke tussenkomst (en dus voordat sprake is van een noodsituatie) zorg kan worden geboden. De regering realiseert zich terecht dat een keuze voor verzet als criterium impliceert ‘(...) dat scherp moet worden bewaakt dat verzet ook wordt herkend en «gehonoreerd».’<sup>214</sup> De memorie van toelichting verwijst naar verzet zoals daaraan in de context van de WGBO invulling is gegeven. Er zal bij verzet sprake moeten zijn van enige consistentie en persistentie, het gaat om reëel verzet.<sup>215</sup> De omslag van bereidheids- naar verzetscriterium is vanuit het perspectief van de zorg voor personen uit de gbgb-groep begrijpelijk,<sup>216</sup> maar daarbij moet wel in het oog worden gehouden dat in de wet voldoende waarborgen zijn getroffen om de groep waarvoor die omslag met name van belang is, goed te beschermen, zoals adequaat toezicht door de IGZ.<sup>217</sup> Voorkomen moet worden personen uit de gbgb-groep ‘vogelvrij’ zouden worden.<sup>218</sup> Daarnaast is van belang dat (in de praktijk) voldoende duidelijk is wat precies onder ‘verzet’ moet worden verstaan.<sup>219</sup> Blijkens bovenstaand citaat is de regering zich daarvan ook bewust.

### Schadecriterium

Het huidige gevaarscriterium in de Wet Bopz is strikter dan de eisen voor vrijheidsbeneming zoals die uit (artikel 5 van) het Europees Verdrag voor de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) voortvloeien,<sup>220</sup> en daaraan verandert de komst van de Wvvggz niets. In de Wvvggz is, zoals in par. 3.4.2 al werd aangegeven, gekozen voor een andere formulering van gevaar, namelijk gedrag van een persoon dat als gevolg van zijn psychische stoornis leidt tot een aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf of anderen. Echter, zoals de regering zelf ook meermaals aangeeft in de toelichting op de nieuwe wet: het is niet de bedoeling de huidige invulling van het gevaarscriterium op te rekken of een ruimere toepassing mogelijk te maken voor toepassing van dwang in het kader

---

214 *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 15.

215 *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 42.

216 Zie ook Evaluatie Wet Bopz 2007 (derde evaluatiecommissie), p. 63-64. Ook de tweede evaluatiecommissie plaatste (net als de eerste evaluatiecommissie) vraagtekens bij het bereidheidscriterium, maar verbond er geen aanbeveling aan. Evaluatie Wet Bopz 2002 (tweede evaluatiecommissie), p. 25-26.

217 Widdershoven 2013, p. 211-214. Zie ook Widdershoven & Dörenberg 2014, p. 110.

218 Widdershoven 2009, p. 176.

219 Widdershoven 2009, p. 176-177; Dörenberg 2011a, p. 283.

220 Het is vaste jurisprudentie van het EHRM dat vrijheidsontneming als bedoeld in artikel 5 EVRM alleen gerechtvaardigd is als: 1. op betrouwbare wijze een geestesstoornis is vastgesteld; 2. de stoornis zo ernstig is dat dwangopneming noodzakelijk is; 3. periodiek wordt beoordeeld of de stoornis nog steeds aanwezig is. Hieruit volgt dat een (dreigende) gevaarssituatie geen voorwaarde is voor een gedwongen opneming. Zie Evaluatie Wet Bopz 2007 (derde evaluatiecommissie), p. 56.



van de handhaving van de openbare orde en veiligheid.<sup>221</sup> Anderzijds wordt er in de literatuur<sup>222</sup> terecht op gewezen dat de regering vrij gemakkelijk aanneemt dat de schade ook financieel van aard kan zijn: er zijn '(...) situaties denkbaar waarbij er alleen sprake is van financiële schade, bijvoorbeeld wanneer betrokkene onder invloed van zijn psychose besluit om in opties te gaan handelen en daarbij onverantwoorde risico's neemt, waardoor hij diep in de schulden zou kunnen belanden, met alle daarbij behorende risico's van maatschappelijke teloorgang'.<sup>223</sup>

In relatie tot kinder- en jeugdpsychiatrie lijkt de dwang legitimerende grondslag van het schadecriterium ook iets breder dan die van het gevaarscriterium. Onder schade moet namelijk tevens worden verstaan een ernstig verstoorde ontwikkeling van de jeugdige naar volwassenheid, veroorzaakt door de psychische stoornis waaraan deze lijdt.<sup>224</sup> De regering gaat vervolgens nog een paar stapjes verder door ervan uit te gaan dat '(...) ook in de situatie dat één van beide ouders als gevolg van een psychische stoornis die tot een verstoorde ontwikkeling leidt of heeft geleid, onvoldoende in staat is om het kind op te voeden, (...) aan deze ouder onvrijwillige zorg [kan] worden verleend. De schade in de vorm van een verstoorde ontwikkeling ziet ook op de gevallen waarin de ontwikkeling van de foetus ernstig wordt geschaad, bijvoorbeeld doordat een zwangere vrouw als gevolg van haar psychische stoornis zichzelf ernstig verwaarloost of verslaafd is geraakt. In die gevallen dat bijvoorbeeld door ernstige ondervoeding of het gebruik van drugs of alcohol de schade aan de foetus zo ernstig is, dat er na de geboorte sprake zal zijn van blijvende schade of een verstoorde ontwikkeling, kan een zwangere vrouw verplicht worden tot behandeling van haar psychische stoornis ter bescherming van haar ongeboren kind. Aangezien de schade aan de foetus zich ook in de eerste weken van de zwangerschap kan voltrekken, ligt een ondergrens in weken bij toepassing van het schadecriterium bij schade aan de foetus niet in de rede'.<sup>225</sup> De regering tekent bij dit alles wel aan dat de beginselen van subsidiariteit en proportionaliteit, in het bijzonder in geval van dwangtoepassing bij zwangeren, hier wel heel zwaar wegen.

Kortom: het schadecriterium lijkt, ondanks de bezwerende woorden van de regering, toch wel wat ruimer dan het huidige gevaarscriterium.<sup>226</sup> In zoverre daarmee de belangen van (ongeboren) kinderen worden gediend, lijkt dat een positieve ontwikkeling. Wel blijft uiteraard gelden dat alleen verplichte zorg mag worden verleend indien er volstrekt geen (vrijwillig of minder belastend) alternatief is om schade door een ernstig verstoorde ontwikkeling te voorkomen.

#### **3.6.2.4 Verplichte zorg bij wilsbekwame patiënt**

Een patiënt die ten gevolge van zijn psychische stoornis louter gevaar voor zich zelf veroorzaakt (zoals maatschappelijke teloorgang) kan, ook al is hij tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat, onder de Wet Bopz toch gedwongen worden opgenomen en behandeld. Hierop is in de derde evaluatie kritiek geuit. De evaluatiecommissie stelt in haar rapport: 'In de Wet Bopz of een nieuwe

---

221 *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 53-54.

222 Widdershoven 2009, p. 178.

223 *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 43.

224 *Kamerstukken II*, 2009/10, 32 99, nr. 3, p. 42.

225 *Ibid.*

226 Zie ook Dörenberg 2011a, p. 285.

wettelijke regeling dient de wilsbekwaamheid een wezenlijk grotere rol te gaan spelen en dient meer waarde te worden gehecht aan wilsbekwaam verzet dan aan wilsonbekwaam verzet. Dit uitgangspunt brengt met zich mee dat wilsbekwaam verzet tegen een interventie geldt, ook als de patiënt op het moment dat de interventie noodzakelijk is, wilsonbekwaam is terzake van die interventie. Genoemde uitgangspunten sluiten ook aan bij de bevindingen (...) dat uit de rechtspraak van het EHRM en internationale documenten een beeld opdoemt dat meer onderscheid rechtvaardigt tussen wilsbekwame en wilsonbekwame patiënten dan de Wet Bopz thans doet.<sup>227</sup> Deze aanbeveling is door de regering niet zonder meer overgenomen. Het wetsvoorstel bepaalt in artikel 2:1 lid 6 dat '[d]e wensen en voorkeuren van betrokkene worden gehonoreerd, tenzij: a. betrokkene niet tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat is, of b. deze in strijd zijn met de aan hem te verlenen verplichte zorg'. De nota van toelichting vermeldt dat er ' (...) niet voor het criterium gekozen [is] dat dit gehonoreerd moet worden indien het gedrag van betrokkene geen schade berokken[t] aan anderen, maar wel dat dit niet gehonoreerd hoeft te worden indien deze wensen en voorkeuren in strijd zijn met de aan hem te verlenen verplichte zorg zoals omschreven in de zorgmachtiging'.<sup>228</sup> Hierdoor is nog steeds niet uitgesloten dat verplichte zorg wordt toegepast bij een wilsbekwame patiënt wier stoornis alleen een aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf veroorzaakt. Widdershoven ziet dit als '(...) een gemiste kans, te meer gezien de resultaten van de recente wetsevaluatie over wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging. De onderzoekers van die evaluatie doen immers juist de aanbeveling tot bijstelling van het wetsvoorstel om het respecteren van wilsbekwaam verzet te waarborgen'.<sup>229</sup>

### 3.6.2.5 Zelfbinding

Vergeleken met de regeling van de zelfbindingsverklaring in de Wet Bopz, is de regeling in de Wvggz vereenvoudigd. In de literatuur wordt onder meer gewezen op het feit dat de patiënt niet gebonden is aan wettelijke termijnen terzake van de geldigheid van de verklaring en de duur van de verplichte zorg, maar die zelf kan bepalen en dat er nog maar één een type verklaring mogelijk is die zowel kan voorzien in gedwongen opname als verplichte zorg in een ambulante setting.<sup>230</sup> Bovendien staat de zelfbindingsverklaring in de Wvggz niet langer op zich zelf, maar vormt zij hiervan een integraal onderdeel waarmee bij het opleggen, onderbreken en beëindigen van de verplichte zorg rekening moet worden gehouden. Vraag is wel of de vereenvoudiging van de regeling ook betekent dat de uitvoering minder problemen oproept.<sup>231</sup> Zo geldt nog steeds dat pas uitvoering aan de verklaring kan worden gegeven wanneer de rechter daartoe een machtiging heeft afgegeven waardoor dus, net als onder de Wet Bopz, enkele (vanuit behandelperspectief kostbare) dagen met ingrijpen moeten worden gewacht. Nieuw is dat de geneesheer-directeur bij het opstellen van de zelfbindingsverklaring betrokken is (hij moet deze ondertekenen), hetgeen (vanwege de vele rollen die deze vervult) vragen

---

227 Evaluatie Wet Bopz 2007 (derde evaluatiecommissie), p. 93.

228 *Kamerstukken II, 2013/14, 32399*, nr. 10, p. 60.

229 Widdershoven 2013, p. 212. Zie ook Akerboom, Dute e.a. 2011, p. 439. Ook het Landelijke Platform GGZ en de KNMG scharen zich achter dit standpunt; zie *Kamerstukken II, 2013/14, 32399*, nr. 10, p. 60.

230 Zie Van der Zanden 2010.

231 Ibid. Zie ook Berghmans 2010.

oproep over de vrijheid waarin de verklaring tot stand komt. Ook vergt het opstellen van de verklaring onder de nieuwe wet zeker niet minder inspanning van de betrokkene omdat hieraan nu ook een volledig zorgplan moet worden toegevoegd. Kortom: zoals de regeling nu is vormgegeven, lijken de kernproblemen rond de zelfbindingsmachtiging (omslachtigheid en ingewikkeldheid van de regeling) zeker nog niet van de baan, en is het ook niet erg waarschijnlijk dat er in de toekomst veel meer patiënten dan nu van gebruik zullen maken.

### 3.6.2.6 Positie van justitiabelen onder de Wvvgz

In artikel 9:1 van het wetsvoorstel wordt de positie van justitiabelen geregeld die met een forensische titel zijn opgenomen. Die vallen onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Justitie, maar op hun positie zijn ook de bepalingen van de Wvvgz van toepassing. Deze regeling repareert een probleem dat onder (artikel 51 van) de huidige Wet Bopz bestaat, namelijk dat die wetsbepaling maar een beperkt aantal forensische titels vermeldt waarvoor (gedeeltelijk) de interne rechtspositie van de Wet Bopz geldt. Hieruit volgt dat de positie van personen die niet zo'n titel hebben, maar wel (tijdelijk) in een GGZ-instelling verblijven niet wordt bepaald door de Wet Bopz, maar door de WGBO. Hierdoor kunnen problemen ontstaan zodra de behandelmotivatie van de justitiabele wegvalt of een gevaarlijke situatie ontstaat. Overigens heeft de regering aangegeven dit probleem, mede op aandringen van GGZ-Nederland, te zullen repareren (door aan artikel 51 Wet Bopz een aantal forensische titels te zullen toevoegen) zolang de Wvvgz nog niet in werking is getreden.<sup>232</sup>

### 3.6.2.7 Positie van jeugdigen

De nieuwe wet is, net als de Wet Bopz, onverkort van toepassing op jeugdigen (psychische stoornissen doen zich immers ook bij deze groep voor). Zij bevat ten aanzien van jeugdigen enkele bijzondere bepalingen, zoals de voorwaarde dat bij 'de voorbereiding, de afgifte, de uitvoering, de wijziging en de beëindiging van verplichte zorg bij kinderen en jeugdigen (...) zonodig aanvullende zorgvuldigheidseisen [worden] gesteld en [dat] de mogelijk nadelige effecten van de verplichte zorg op lange termijn op de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van betrokkene en de deelname aan het maatschappelijk leven betrokken bij de beoordeling van de subsidiariteit, proportionaliteit, effectiviteit en veiligheid en indien mogelijk met terzake deskundigen [worden] besproken' (artikel 2:1 lid 9). Een zorgmachtiging ex Wvvgz is vereist indien een minderjarige ouder dan twaalf, maar

---

232 Inmiddels heeft de regering art. XXVa Verzamelwet Veiligheid en Justitie 2013 tot wijziging van art. 51, derde lid Wet Bopz voorgesteld. Dat moet als volgt komen te luiden: 'De artikelen 36 tot en met 41b, 44, 56, 57 en 58 zijn van overeenkomstige toepassing met betrekking tot personen die ter beschikking zijn gesteld met bevel tot verpleging van overheidswege, personen aan wie de maatregel van plaatsing in een inrichting voor jeugdigen is opgelegd, personen aan wie de maatregel tot plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders is opgelegd en personen tegen wie voorlopige hechtenis en overbrenging ter observatie is bevolen, indien de tenuitvoerlegging van die maatregel of dat bevel plaatsvindt in een psychiatrisch ziekenhuis, niet zijnde een justitiële inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden als bedoeld in artikel 90, quinquies, tweede lid, van het Wetboek van Strafrecht.' *Kamerstukken II* 2013/2014, 33771, nr. 8 (en de nadere discussie over deze bepaling in *Kamerstukken I* 2013/2014, 33771, C en D).

jonger dan zestien jaar, of zijn vertegenwoordiger zich tegen noodzakelijke zorg verzet. Vanaf zestien jaar kan alleen de minderjarige zelf zich tegen de zorgverlening verzetten, tenzij er namens hem een vertegenwoordiger optreedt; dan kan ook die zich tegen de zorg verzetten.

Het is de bedoeling dat de Wvvgz, meer dan de huidige Wet Bopz,<sup>233</sup> adequate mogelijkheden biedt om jeugdigen met psychische problemen te kunnen behandelen. De regering hoopt dat onder meer te bereiken door vervanging van het gevaarscriterium door het schadecriterium (het huidige criterium biedt strikt genomen geen grondslag voor vrijheidsbeperkende maatregelen als tijdelijke afzondering of het verbieden van alcohol- en drugsgebruik, omdat die niet gericht zijn op het wegnemen van gevaar, maar op het voorkomen van ernstige, door een psychische ziekte veroorzaakte problemen bij hun ontwikkeling),<sup>234</sup> verruiming van de maatregelen die onder dwang en drang kunnen worden toegepast (zoals pedagogische maatregelen) en het mogelijk maken van ambulante dwang. De wet sluit overigens ook goed aan bij de behoefte om (eerst en vooral) bij jeugdigen een continuüm van zorg te creëren (de Wvvgz laat ruimte voor een machtiging die bijvoorbeeld eerst gedwongen opname in een GGZ-instelling, en vervolgens in een instelling voor gesloten jeugdzorg zorg legitimeert), met zo min mogelijk gedwongen opname, en zo veel mogelijk ruimte voor in stand houden van het dagelijkse leven.

Bij een eerste evaluatie van de Wvvgz behoeven de vertegenwoordigingsregeling voor zestien- en zeventienjarigen, de uitleg van begrippen als wilsbekwaamheid, verzet en een psychische stoornis bij jeugdigen en de exacte rol van het gezin bij het opstellen van het zorgplan en de zorgkaart in elk geval bijzondere aandacht.<sup>235</sup>

### 3.6.2.8 Toezicht

Bij het uitvoeren van toezicht door de IGZ zal het met name moeilijk zijn om zicht te krijgen op de uitvoering van ambulante verplichte zorg, bijvoorbeeld wanneer die plaatsvindt in de thuissituatie. De geneesheer-directeur heeft daar geen direct zicht op, maar hij is daarvoor, tezamen met de zorgaanbieder, wel verantwoordelijk. Nu het wetsvoorstel geen nieuwe of bijzondere normen op dit punt bevat,<sup>236</sup> zal in de praktijk moeten blijken hoe de IGZ haar toezichthoudende taak in de ambulante setting vormt geeft. In de literatuur is opgemerkt dat het wetsvoorstel hierdoor tekortschiet omdat '(...) het om controle op de rechtmatigheid van de toepassing van dwang gaat. Bedacht mag worden dat wat dit laatste betreft de voorgestelde regeling zelfs minder biedt dan de Wet Bopz, terwijl vanwege de uitbreiding met de optie van ambulante dwang, juist meer eisen gepast zouden zijn'.<sup>237</sup> Toezicht op ambulante dwang vormt vanuit een oogpunt van rechtsbescherming een belangrijk punt van aandacht.

---

233 Zie i.h.b. Dörenberg 2010.

234 Overigens lijkt dit probleem inmiddels door een uitspraak van de Hoge Raad uit 2005 ondervangen: deze overwoog dat ernstig nadeel voor de ontwikkeling van het kind ook binnen het gevaarscriterium valt. ECLI:NL:HR:2005: AT8790, *BJ* 2005/36 (m. nt. R.H. Zuijderhoudt).

235 Zie verder Hulscher-Weenink 2011; Dörenberg 2011, p. 291-292.

236 Zie artikel 14:1 Wvvgz.

237 Widdershoven 2013, p. 212-213.

### 3.6.2.9 Privacybescherming

De door het wetsvoorstel Wvvggz beoogde doelen van stepped-care en continuïteit van zorg zijn uit oogpunt van de zorgverlening zonder meer nastrevenswaardig, maar hebben voor de privacybescherming van patiënten wel gevolgen. Deze doelen kunnen immers alleen worden bereikt als de gegevens van patiënten, althans tot op zekere hoogte, door alle bij de zorg betrokken instanties en zorgverleners (binnen een bepaalde regio) worden gedeeld. Ook het feit dat de familie meer nog dan vroeger bij de verplichte zorg is betrokken (en door een familievertrouwenspersoon wordt bijgestaan), kan betekenen dat gevoelige informatie zonder toestemming van de patiënt (mogelijk zelfs tegen diens zin in) met familieleden wordt gedeeld.<sup>238</sup> Ook de ambulante setting waarin verplichte zorg kan worden toegepast, kan de privacy van patiënten aantasten. Men denke bij dat laatste aan de situatie waarin een zorgverlener, als de patiënt niet thuis geeft, op eigen gelegenheid de woning van de patiënt kan binnentreden. Om het vertrouwen van GGZ-patiënten (en hun vertegenwoordigers) in de zorgverlening te kunnen behouden, lijkt van wezenlijk belang dat voor iedere privacy-inbreuk, of die nu door de wet wordt gelegitimeerd of in de praktijk van de wetsuitvoering besloten ligt, een duidelijke noodzaak aanwezig is, en dat deze niet verder gaat dan strikt noodzakelijk is.

## 3.6.3 WZD

### 3.6.3.1 Reikwijdte

Het wetsvoorstel WZD komt voort uit de behoefte voor personen met een psychogeriatrische aandoening respectievelijk een verstandelijke handicap een aparte regeling te treffen, omdat zij niet ‘pasten’ in de Wet Bopz. Buiten de psychiatrie kan gedwongen zorg zich echter ook in andere situaties voordoen, bijvoorbeeld bij oudere ziekenhuispatiënten bij wie zich verschijnselen van delier voordoen of bij personen met een ernstig CVA of hersentumor. De voorgestelde regeling is min of meer gekoppeld aan bepaalde diagnoses, terwijl de problemen die zij beoogt te regelen ook bij andere aandoeningen kunnen ontstaan.<sup>239</sup> De wetgever heeft dit wel onderkend (ingevolge artikel 1 lid 6 kunnen bij algemene maatregel van bestuur andere ziekten en aandoeningen worden toegevoegd), maar een dergelijke, diagnose gerelateerde aanpak blijft zijn beperkingen houden. Men moet immers steeds een specifieke diagnose benoemen, terwijl dat waarschijnlijk niet uitputtend te doen is. Bovendien speelt hier het probleem dat artikel 1 lid 4 WZD ‘zorg’ in de zin van de WZD beperkt tot zorg ‘als omschreven bij of krachtens de AWBZ’. Afgezien van de vraag wat dit betekent voor het toepassingsgebied van de WZD als de plannen om de AWBZ te versmallen hun beslag krijgen<sup>240</sup>, stelt dit een grens aan de potentiële werkingssfeer, omdat bijvoorbeeld de hele medisch specialistische zorg buiten het kader van de AWBZ gefinancierd wordt. Positief – zeker gelet op de beoogde ambulantisering van de zorg – is dat de WZD ook van toepassing is in de thuissituatie. Wel roept dit bijzondere vragen op ten aanzien van de effectiviteit van toezicht en handhaving.

---

238 Zie hierover in meer detail: Widdershoven & Dörenberg 2014, p. 112.

239 Zie Frederiks e.a. 2010, p. 83.

240 Frederiks & Blankman 2013, p. 348.

### 3.6.3.2 Het begrip ‘onvrijwillige zorg’

De WZD kiest voor een eigen concept (‘onvrijwillige zorg’) als het om gedwongen zorg gaat, en onderscheidt zich daarmee van de WGBO, de Wet Bopz en de Wvvgz, waarin de begrippen dwang of verzet centraal staan (over de merites van die ‘eigen’ benadering, zie hieronder). Dit concept heeft in de literatuur zowel positieve als negatieve commentaren losgemaakt. Als positief wordt doorgaans gezien, dat de wet in artikel 2 de ‘zorg’ die onvrijwillig kan zijn, ruim omschrijft: het gaat niet alleen om de ‘klassieke’ middelen en maatregelen als genoemd in het Besluit middelen en maatregelen Bopz (zoals toediening van medicatie en beperking van de bewegingsvrijheid), maar ook om maatregelen waarmee toezicht wordt gehouden of beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten. Dat laatste sluit nauw aan bij het karakter van de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg waarin de leefbaarheid van het dagelijkse leven een belangrijke plaats inneemt en veel beperkingen van de keuzevrijheid momenteel worden gelegitimeerd onder de noemer van ‘goed hulpverlenerschap’, omdat men het te ver vindt gaan ze als dwang in de zin van de Wet Bopz te karakteriseren.

Zeer kritische commentaren zijn echter geleverd op de wijze waarop het begrip ‘onvrijwillig’ is geoperationaliseerd. Met name het gegeven dat de WZD in eerdere versies (van artikel 2 lid 2) zelfs zorg waarmee de betrokken cliënt welbewust instemt als onvrijwillig bestempelde, heeft stevige reacties uitgelokt: de wetgever zou de cliënt – in strijd met de andere uitgangspunten van de wet (de cliënt beslist en is daartoe in staat, tenzij een deskundige oordeelt dat hij wilsonbekwaam is) – niet meer serieus nemen, en zorgverleners zouden ingewikkelde procedures moeten volgen om een bepaalde maatregel te mogen treffen (bijvoorbeeld het plaatsen van een bedhek) ook als de betrokkene dat juist zelf ook wil. Die ‘gelijkstelling van gewenste en ongewenste zorg’ zou een ‘fundamentele weeffout’ zijn in het wetsvoorstel.<sup>241</sup> In de versie van de WZD zoals die door de Tweede Kamer is aangenomen is de scherpe kant er vanaf gehaald: als de cliënt instemt, is de betreffende maatregel in elk geval niet meer onvrijwillig. In andere opzichten blijft het begrip ‘onvrijwillig’ ruimer geoperationaliseerd dan in andere wetten. Daarvoor is overigens ook zeker wat te zeggen, want in de sectoren waarom het hier gaat is er een reëel risico dat zorg waartegen de cliënt zich niet verzet, te gemakkelijk als vrijwillig wordt beschouwd.

### 3.6.3.3 Relatie met de WGBO

Zoals eerder aangegeven kent de WZD eigen regels voor toestemming, verzet en vertegenwoordiging en zijn de corresponderende bepalingen van de WGBO in verband daarmee buiten toepassing verklaard. Dat is ook van belang als de zorg waarop de WZD betrekking heeft, een geneeskundige behandeling in de zin van de WGBO omvat. Kunnen de eigen WZD bepalingen door deze keuze enerzijds meer toegesneden zijn op de zorg voor de beoogde doelgroepen, de vraag is anderzijds hoe noodzakelijk het was van de algemene WGBO bepalingen af te wijken. Voor wat betreft de in de WGBO opgenomen regeling van dwang bij zich verzettende, wilsonbekwame patiënten (artikel 7: 465 lid 6 BW) is dat te begrijpen, nu de WZD een geheel eigen regime voor onvrijwillige zorg behelst. Voor de regels voor toestemming en vertegenwoordiging is het echter veel minder evident. Alleen de

---

<sup>241</sup> Frederiks & Widdershoven 2012.

vertegenwoordigingsregeling in artikel 3 wijkt af van die in de WGBO, omdat zij voorziet in waarborgen bij het wilsonbekwaam verklaren van een patient; dergelijke waarborgen zouden echter ook in andere sectoren welkom zijn en beter in de WGBO zelf kunnen worden opgenomen.<sup>242</sup> In de literatuur is gesteld dat de keuze om enkele WGBO-onderwerpen in de WZD te regelen, op zichzelf ondersteuning verdient. “Uit het oogpunt van duidelijkheid heeft het de voorkeur om per wet zo compleet mogelijk te zijn.”<sup>243</sup> Men kan hier ook anders over denken: een wet moet juridische helderheid en consistentie scheppen, dat is niet per se hetzelfde als toegankelijkheid en duidelijkheid voor elke willekeurige lezer. De bepalingen van de WGBO zijn breed van toepassing, door de hele zorg heen; waarom die buiten toepassing verklaren als dat niet strikt nodig is?

#### 3.6.3.4 De besluitvormingsprocedure

Kern van het wetsvoorstel zijn de rechtswaarborgen rond het mogen verlenen van onvrijwillige zorg, waarvan de kern wordt gevormd door het zorgplan en de daarbij aansluitende gefaseerde besluitvormingsprocedure (het ‘stappenplan’). In wezen gaat het daarbij om de vraag hoe de rechtsbescherming van de cliënt moet worden vorm gegeven: wordt daarbij het primaat gegeven aan (externe toetsing door) de rechter, of kiest men primair voor (interne) procedurele waarborgen. Het is duidelijk dat elk van beide opties voor- en nadelen heeft; het gaat om de vraag wat per saldo het beste is. Daarover wordt overigens in de literatuur verschillende gedacht.<sup>244</sup> Is de in de WZD gemaakte keuze op zichzelf verdedigbaar, in de commentaren op het wetsvoorstel wordt wel geconstateerd dat de wetgever met zijn gedetailleerde ‘stappenplan’ te ver is doorgeschoten. Zo schrijven Frederiks en Blankman bijvoorbeeld naar aanleiding van het feit dat de WZD in detail voorschrijft welke aspecten in een multidisciplinair overleg aan de orde moeten komen: “Het is de vraag of dit een taak van de wetgever is of dat dit moet worden overgelaten aan de deskundigheid van de betrokken beroepsgroepen. De wetgever lijkt hier een grens over te gaan, die in alle stappen doorklinkt. De impact die het wetsvoorstel op de praktijk heeft is moeilijk in te schatten.”<sup>245</sup> Een en ander leidde ook tot reacties van de koepelorganisaties van zorgaanbieders in beide sectoren, die aandacht vroegen voor de praktische uitvoerbaarheid van de wet.<sup>246</sup> Ook de Raad van State liet zich in een advies kritisch uit: “Er lijkt sprake van overregulering” en “het voorstel kan bijdragen aan jurisdisering van de relatie tussen de cliënt en de zorgaanbieder”.<sup>247</sup> Geconstateerd kan worden dat de wet ten aanzien van dit belangrijke onderdeel steeds uitgebreider en gecompliceerder is geworden, terwijl het de vraag is of daarmee ook de rechtsbescherming van de cliënt gediend is.

---

242 Zie de desbetreffende aanbeveling in Akerboom, Dute e.a. 2011, p. 438.

243 Frederiks e.a. 2010, p. 86.

244 Zie bijv. Blankman 2003, die een belangrijke rol voor de rechter ziet weggelegd.

245 Frederiks & Blankman 2013, p. 353.

246 Van Erp 2013, p. 35.

247 *Kamerstukken II*, 2011/12, 31996, nr. 32.

### 3.6.3.5 Waarborgen

Voor dat laatste is uiteraard ook relevant wat de waarborgen zijn dat het besluitvormingsproces voor onvrijwillige zorg ook daadwerkelijk doorlopen wordt als door de wetgever bedoeld. Ook wat dat betreft zijn wel een aantal kritische kanttekeningen te plaatsen. Veel zal afhangen van de competenties van de medewerkers die daarin een rol spelen; echter aan de 'zorgverantwoordelijke', die spil is in het geheel, worden geen bijzondere kwalificatie-eisen gesteld. Het externe toezicht is beperkt: in plaats van melding aan de inspectie van toepassing van onvrijwillige zorg hoeft slechts een halfjaarlijks overzicht te worden gegeven van de geregistreerde toepassingen; in enige vorm van individueel gericht toezicht wordt niet voorzien.<sup>248</sup> Ook zijn vragen te stellen bij het toezicht op de toepassing van onvrijwillige zorg in thuissituaties; hoe wordt daar vorm aan gegeven?

In dit verband is ook van belang wat de cliënt of zijn vertegenwoordiger kan doen als zij het niet eens zijn met de besluitvorming rond en toepassing van onvrijwillige zorg. Theoretisch is dan beroep op de rechter mogelijk. Maar in de praktijk zal de cliënt het bij verschil van mening vooral van de speciale (voor meerdere instellingen functionerende) klachtencommissie moeten hebben. Het is echter de vraag of de afhankelijke cliënt in de langdurige zorg zich gemakkelijk hiertoe zal richten. Uit de ervaringen met klachtencommissies in dat type zorg blijkt dat bij dat type zorg weinig van klachtvoorzieningen gebruik wordt gemaakt; dat zal des te sterker gelden als sprake is van mentale beperkingen of wilsonbekwaamheid. Daar komt dan in dit geval nog bij, dat de beoogde regionale klachtencommissie op grotere afstand van de instelling staat dan een interne commissie. Gelukkig is (bij zevende nota van wijziging) op het laatste moment van de behandeling in de Tweede Kamer nog voorzien in ondersteuning door een (onafhankelijke) cliëntenvertrouwenspersoon (artikel 57); dat kan beperkingen in de rechtsbescherming althans deels compenseren.

### 3.6.3.6 Onderscheid tussen ernstige en minder ernstige inbreuken

De kritiek op de als onevenredig zwaar bevonden besluitvormingsprocedure heeft ook veel te maken met het feit dat in de WZD voor de toepassing van die procedure geen onderscheid wordt gemaakt tussen ernstige en minder ernstige inbreuken op vrijheid en zelfbeschikking (althans zolang het niet op opnemingsbeslissingen gaat). In de toelichting op het wetsvoorstel wordt dit onderwerp wel aangesneden, maar gesteld wordt dat het maken van een dergelijk onderscheid niet goed doenlijk is (want 'louter subjectief').<sup>249</sup> Een subjectief element is natuurlijk aanwezig, maar de behoefte aan onderscheid tussen meer of minder ernstige vrijheidsbeperkingen wordt hiermee wel erg snel terzijde geschoven, met het gevolg dat ook op lichte maatregelen een relatief zwaar regime van rechtswaarborgen van toepassing is.<sup>250</sup> In de literatuur is erop gewezen dat er wel degelijk meer objectieve criteria zijn te geven, zoals: de aard/ingrijpendheid van de maatregel, de gevolgen voor de cliënt, wat de cliënt resp. zijn vertegenwoordiger ervan vindt, de duur van de maatregel, de intensiteit of wijze van tenuitvoerlegging.<sup>251</sup> Als hier meer onderscheid gemaakt zou worden – en dat zou op

---

248 Widdershoven 2010, p. 614.

249 *Kamerstukken II*, 2008/09, 31996, nr. 3, p. 11-12.

250 Ook uit art. 2 WZD is trouwens eigenlijk al een onderscheid in twee categorieën maatregelen af te leiden.

251 Frederiks & Blankman 2013, p. 354.



geleide van richtlijnen in de sector uiteindelijk ook goed in het individueel zorgplan kunnen – dan zou ook meer variatie in de besluitvorming en de waarborgen daaromheen aan te brengen zijn. Zo zou voorstelbaar zijn dat voor lichte maatregelen niet het stappenplan volledig doorlopen hoeft te worden, terwijl bij langdurige en ingrijpende vormen van vrijheidsbeperking juist meer rechtsbescherming zou kunnen worden geboden dan middels een interne besluitvormingsprocedure mogelijk is.<sup>252</sup>

### 3.6.3.7 Opnemingsprocedures

De in de WZD geregelde procedures voor opneming in een accommodatie, hebben tot aanzienlijk minder commentaar aanleiding gegeven dat de hierboven besproken regels voor onvrijwillige zorg als zodanig. Dat is niet verbazingwekkend, want de betreffende regelingen (opname via een besluit van het indicatie orgaan, rechterlijke machtiging, inbewaringstelling) zijn in veel opzichten vergelijkbaar met wat nu in de hoofdstukken II en VIII van de Wet Bopz te vinden is. Men zou eerder – omgekeerd – de vraag kunnen stellen of (bij zoveel gelijkenis) niet had kunnen worden volstaan met enkele schakelbepalingen die naar de Wet Bopz verwijzen (of te zijner tijd naar diens opvolger, de Wvvgz, zij het dat deze geen opneming via het indicatieorgaan kent). De wetgever heeft echter voor de betreffende sectoren de voorkeur gegeven aan een omvattende wet, waarin de relevante opnemingsprocedures integraal zijn terug te vinden. Dat biedt de mogelijkheid om specifieke accenten te leggen (zie bijvoorbeeld de exclusieve rol van het indicatie-orgaan bij het verzoek om een rechterlijke machtiging respectievelijk een machtiging tot voortzetting van de inbewaringstelling). Het gevolg is wel dat de WZD daarmee toch weer voor een belangrijk deel een ‘opname-wet’ is geworden.

Vragen zijn in de literatuur wel geplaatst bij de grote rol van het CIZ in de opnemingsprocedure. Bij de opneming zonder rechterlijke tussenkomst was die rol al bekend; aan de vraag of het optreden van het indicatieorgaan in de praktijk wel veel voorstelt in termen van rechtsbescherming, is tegemoet gekomen door dat optreden nu uitvoerig in de WZD te regelen. Opmerkelijk is de belangrijke taak van het CIZ bij rechterlijke machtiging en spoedopneming. Die roept allerlei vragen op.<sup>253</sup> Past dit wel – vooral als het om onvrijwillige opneming gaat – bij zijn rol als indicatieorgaan? Zal het voldoende geëquipeerd zijn om die rol te spelen? Kan het wel snel genoeg optreden als voortzetting van de inbewaringstelling moet worden verzocht?

Een belangrijk punt hierbij is ook nog of de opnemingsprocedure zonder rechterlijke tussenkomst aan de eisen van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) voldoet. Lijkt de WZD in andere opzichten ‘EVRM-proof’, bij de opneming op grond van een besluit van het indicatieorgaan is niet voorzien in beroep op de rechter. Klemde dit al enigszins bij de opneming ex artikel 60 Wet Bopz (want ook al was het verblijf van de cliënt dan formeel gezien nog steeds vrijwillig, hij kon wel aan vrijheidsbeperkingen worden onderworpen), bij de opneming ex artikel 21 WZD is het een groter probleem, omdat ook het verblijf zelf niet meer werkelijk als vrijwillig kan worden gezien gelet op de toepasselijkheid van de regels voor verlof en ontslag.

---

252 Vgl. Frederiks e.a. 2010, p. 85 die voor dat laatste geval denken aan toetsing van zulke maatregelen door een externe toetsingscommissie.

253 Zie ook Frederiks 2009, p. 124-125.

### 3.6.3.8 Positie van jeugdigen en justitiabelen

De WZD is in beginsel van toepassing op alle leeftijden, ook waar het jeugdigen betreft; de definitie van 'cliënt' in artikel 1 lid 1 WZD kent in dit opzicht geen beperkingen. Aangenomen moet worden dat voor de vraag wie/wanneer de minderjarige kunnen vertegenwoordigen, de regels van de WGBO gelden, nu daarover in artikel 3 WZD (dat vertegenwoordiging betreft) geen specifieke regels zijn opgenomen. Van een leeftijdsgrens is wel sprake in de bepalingen betreffende de opnemingsprocedure zonder respectievelijk met rechterlijke machtiging; tenzij sprake is van bereidheid tot opneming moet vanaf de leeftijd van 12 jaar een van die opnemingsprocedures worden gevolgd.

Het is mogelijk dat personen – zonder dat ten aanzien van hen een indicatiebesluit is genomen vanwege een (psychogeriatrische aandoening of) verstandelijke handicap – in een WZD-instelling verblijven op grond van een in het kader van de straf- of penitentiaire wetgeving genomen beslissing. Op de vraag welke rechtspositie dan voor hen geldt tijdens dat verblijf, geeft artikel 49 WZD een duidelijk antwoord: zij worden voor de toepassing van de WZD aangemerkt als een cliënt die op grond van een rechterlijke machtiging (art. 24 WZD) is opgenomen; voor hun overplaatsing, verlof of ontslag is overigens de instemming van de Minister van V en J vereist. In de omgekeerde situatie – nl. dat wel sprake is van een cliënt die voor zorg als bedoeld in de WZD geïndiceerd is, maar die in een justitiële inrichting verblijft – is de WZD niet van toepassing op het verblijf aldaar (art. 1 lid 9 WZD).

### 3.6.3.9 Doelbereiking

Ten slotte de vraag of de WZD nu in termen van de beoogde doelbereiking (dat wil zeggen het realiseren van een adequate mate en vorm van rechtsbescherming voor de kwetsbare personen in de twee doelgroepen) als geslaagd te beschouwen is. In de literatuur is wel gesteld dat zij aan de betreffende doelgroepen minder bescherming biedt dan de Wet Bopz en Wvvgz aan de psychiatrische patiënt.<sup>254</sup> De vraag is of dat juist is. De rechtsbescherming strekt zich in verband met het ruime begrip 'onvrijwillige zorg' over een breder gebied uit. Daarbij is zij anders van vorm (er is primair sprake van interne waarborgen, in plaats van externe). Dat laatste hoeft echter niet per definitie in minder rechtsbescherming te resulteren (al zouden bij de zwaardere vormen van onvrijwillige zorg meer externe waarborgen wenselijk zijn, zoals hierboven is aangegeven). Het probleem lijkt meer te zitten in de zwaar aangezette en tot in detail uitgewerkte besluitvormingsprocedure die ondanks alle bijstellingen van het wetsvoorstel nog steeds "van toepassing is op alle vormen van onvrijwillige zorg, zelfs op niet gedwongen zorg."<sup>255</sup> Naast alle verdiensten van het voorgestelde regime, blijven daarmee vooral vragen hangen rond evenwichtigheid en evenredigheid, alsmede rond uitvoerbaarheid in de praktijk.

---

254 Frederiks 2009, p. 128.

255 Knuiman 2013, p. 164.

## 3.6.4 Samenhang Wvggz en WZD

De Wvggz richt zich anders dan de WZD op personen met een psychische stoornis (bij wie veelal nog behandeling mogelijk is). Beide wetten delen niettemin enkele belangrijke uitgangspunten: het toepassen van dwang dient zoveel mogelijk te worden voorkomen; het zijn beide persoonsgebonden, en niet locatiegebonden regelingen; de erin opgenomen rechtsbescherming is overwegend procedureel van aard.<sup>256</sup>

Tegelijk zijn er ook belangrijke verschillen. Op een aantal daarvan is (bij de bespreking van elk van beide wetten) hiervoor al gewezen. Een belangrijk punt is dat beide wetten hun eigen omschrijving kennen van gedwongen zorg; de Wvggz regelt de voorwaarden voor ‘verplichte zorg’, dat wil zeggen zorg die ondanks verzet kan worden verleent, terwijl voor ‘onvrijwilligheid’ in de WZD geen verzet is vereist. Hieronder wordt nader ingegaan op de overeenkomsten en verschillen tussen beide wetten met betrekking tot een aantal punten die in het kader van dit onderzoek bij uitstek van belang zijn.

### 3.6.4.1 Toegang tot zorg

De Wvggz en de WZD hebben niet alleen onderscheiden doelgroepen op het oog, in verband daarmee is ook degene die de indicatie stelt voor zorg waarbij dwang mogelijk is (‘verplichte zorg’ in de Wvggz; ‘onvrijwillige zorg’ in de WZD) niet eenzelfde instantie. In de Wvggz is dit in eerste instantie de geneesheer-directeur; vervolgens is het aan de rechter om te bepalen of hij hetgeen de geneesheer-directeur noodzakelijk acht, autoriseert door het verlenen van een zorgmachtiging. Daarna beslist de zorgverantwoordelijke over het verlenen van verplichte zorg binnen de grenzen van de zorgmachtiging. In de WZD is het meteen de zorgverantwoordelijke, die door de zorgaanbieder is aangewezen met het oog op het opstellen, uitvoeren en zo nodig aanpassen van het zorgplan. Voor zover de ‘onvrijwillige zorg’ (mede) het karakter heeft van opneming en verblijf, is de indicerende instantie het CIZ, waarbij in sommige gevallen (met name bij verzet van de cliënt) een rechterlijke autorisatie (machtiging) nodig is. Bij de toegang tot gedwongen zorg spelen dus in beide wetten andere personen/instanties een sleutelrol; dit vloeit logischerwijs voort uit de verschillende aard en cultuur van de sectoren.

Bij tussentijdse beëindiging van de zorg (dat wil zeggen afgezien van expiratie van de geldigheidsduur van een titel die enigerlei vorm van gedwongen zorg mogelijk maakt) is eveneens sprake van verschillen. Terwijl bij een tijdelijke onderbreking van de zorg onder beperkingen of voorwaarden (dan wel een beëindiging daarvan) in de Wvggz de geneesheer-directeur wederom de hoofdrol speelt, is dat bij verlof en ontslag in het kader van de WZD de zorgaanbieder. Waar in WZD verband sprake is van onvrijwillige zorg zonder opneming, zal de zorgverantwoordelijke er op moeten toezien dat deze (afgezien van de in de wet opgenomen maximum termijnen voor toepassing van de in het zorgplan opgenomen onvrijwillige zorg) niet langer wordt toegepast dan strikt noodzakelijk.

---

<sup>256</sup> Zie voor bespreking van overeenkomsten en verschillen tussen beide wetten ook *Kamerstukken II*, 2012/13, 25424, nr. 214 (brief Staatssecretaris VWS aan Vz. Tweede Kamer d.d. 12 juni 2013).

### **3.4.6.2 Criteria voor gedwongen zorg**

Toepassing van gedwongen zorg op grond van de Wvvgz is slechts mogelijk in geval van een aanzienlijk risico op ernstige schade. Dat geldt voor alle vormen van verplichte zorg, inclusief opneming, dwangbehandeling of dwangmiddelen en overige beperkingen van rechten. Het corresponderende begrip ‘ernstig nadeel’ in de WZD is minder bepaald en lijkt meer ruimte te bieden; zie de uitvoerige, niet limitatieve opsomming (in art. 1 lid 2 WZD) van (dreigende) gebeurtenissen die als ernstig nadeel kunnen worden gezien. In beide wetten moet overigens bij toepassing van gedwongen zorg aanvullend zijn voldaan aan de eisen van noodzaak, proportionaliteit en subsidiariteit. Dat sprake is van verschillende criteria vormt (evenals de uiteenlopende omschrijving van in beide wetten onder gedwongen zorg wordt verstaan) een potentiële belemmering voor de overgang van patiënten van zorg uit hoofde van de ene wet naar zorg uit hoofde van de andere (zie ook par 3.4.6.6).

### **3.6.4.3 Besluitvorming over oplegging van regime van gedwongen zorg**

Beide wetten verschillen aanzienlijk ten aanzien van de persoon die over gedwongen zorg beslist. In het kader van de Wvvgz (‘verplichte zorg’) is dat, zoals al aangegeven in par. 3.6.4.1, de rechter. In het kader van de WZD (‘onvrijwillige zorg’) zijn dat juist anderen (zorgverantwoordelijken respectievelijk – als het om opneming gaat van cliënten die geen bereidheid en geen verzet tonen – het CIZ). Alleen als opneming geïndiceerd is en de cliënt zich verzet, komt de rechter eraan te pas. Dat betekent onder meer dat ook waar het de toepassing van ambulante verplichte zorg betreft, in de Wvvgz een ‘zorgmachtiging’ van de rechter vereist is; in de WZD geldt hier de complexe besluitvormingsprocedure met een spilrol voor de figuur van de ‘zorgverantwoordelijke’. Terwijl de klassieke opnemingsprocedure in de Wet Bopz voor psychiatrische patiënten is vervangen door de zorgmachtiging (daarbij is weliswaar sprake van rechterlijke tussenkomst, maar de zorgmachtiging heeft een veel breder bereik dan opneming en kan ook of alleen op ambulante zorg betrekking hebben), blijft de WZD voor wat opneming betreft wel dicht bij de huidige regeling in de Wet Bopz. Concluderend: bij de rechtsbescherming in het kader van de Wvvgz speelt de rechter dus een prominente rol, tenminste bij het vaststellen en opleggen van een regime van verplichte zorg. In het kader van de WZD is die rol veel beperkter en staat de rechter in principe op afstand. Over het daadwerkelijk toepassen van gedwongen zorg, zoals gelegitimeerd door een zorgmachtiging (Wvvgz) respectievelijk zorgplan (WZD), beslissen de zorgverantwoordelijke (artikel 8:9 Wvvgz) respectievelijk de zorgverlener, in overleg met de zorgverantwoordelijke (artikel 13 WZD).

### **3.6.4.4 Vaststellen van wilsonbekwaamheid**

In beide wetten wordt aan het aspect van eventuele wilsonbekwaamheid van patiënten meer aandacht geschonken dan in de Wet Bopz. Daarbij wordt in bepaalde opzichten ook afgeweken van de WGBO. Ingevolge de Wvvgz dient een eventuele wilsonbekwaamheid door de zorgverantwoordelijke, in overleg met de vertegenwoordiger, via een schriftelijke verklaring te worden vastgelegd. De verklaring vermeldt de beslissingen van de patiënt waarvoor hij wilsonbekwaam wordt gehouden. De WZD kent een soortgelijke regeling. In dit wetsvoorstel kan de vertegenwoordiger pas zijn bevoegdheden uitoefenen als een daartoe deskundig, niet bij de zorg

betrokken arts – na overleg met de vertegenwoordiger – schriftelijk heeft verklaard dat terzake van een bepaalde beslissing sprake is van wilsonbekwaamheid. Kortom, beide wetten introduceren nieuwe (procedurele) waarborgen rond de vaststelling van wilsonbekwaamheid, te weten een schriftelijke verklaring, betrokkenheid van vertegenwoordiger en, in een aantal gevallen, een deskundig arts.

#### **3.6.4.5 Vormgeving van het klachtrecht**

Zowel de Wvvgz als de WZD voorzien – naast de toegang tot de civiele rechter of de mogelijkheid een klacht in te dienen op grond van de algemeen geldende Wet klachtrecht cliënten zorgsector<sup>257</sup> – in de verplichting voor de zorgaanbieder aangesloten te zijn bij een (door meerdere cliëntenorganisaties/organisaties van zorgaanbieders ingestelde) klachtencommissie die namens de zorgaanbieder bepaalde klachten betreffende gedwongen zorg afhandelt. De betreffende passages in beide wetten zijn verschillend qua opzet en formulering, maar qua inhoud komen beide regelingen in belangrijke opzichten overeen. Dat geldt voor de eisen waaraan de klachtcommissie moet voldoen (al gaat de WZD specifiek in op de vereiste deskundigheden), de procedure en termijnen, de bevoegdheden en verplichtingen van de commissie. Ook is in beide gevallen van de beslissing van de klachtcommissie beroep mogelijk op de rechter (de WZD spreekt hier over een ‘verzoek’ aan de rechter ter verkrijging van een beslissing over de klacht). Een verschil is dat in het kader van de Wvvgz in beide instanties een verzoek om vergoeding van geleden schade kan worden gedaan; de WZD biedt hiervoor alleen ruimte in de beroepsprocedure bij de rechter.

Voor de ondersteuning van de cliënt (bij formele klachten of anderszins) is uiteraard ook de aanwezigheid van een patiënten- of cliëntenvertrouwenspersoon van belang. Beide wetten voorzien hierin. De betreffende regelingen (artikel 11.1 tot en met artikel 11.5 Wvvgz respectievelijk artikel 57 tot en met artikel 59 WZD) zijn vergelijkbaar.

#### **3.6.4.6 Vormgeving van het toezicht**

Het externe toezicht is in beide wetten opgedragen aan de (ambtenaren van de) IGZ. Ingevolge de Wvvgz (artikel 8:25) en de WZD (artikel 17) moet de zorgaanbieder een register bijhouden van toegepaste verplichte zorg respectievelijk onvrijwillige zorg ten behoeve van het inspectietoezicht. Aan de inspectie verstrekt hij bovendien minstens elke 6 maanden een overzicht van de verleende verplichte respectievelijk onvrijwillige zorg, tezamen met een door het bestuur van de instelling ondertekende analyse (artikel 8:26 Wvvgz en artikel 18 WZD).

In de Wvvgz is voorts een bepaling opgenomen dat ernstig tekortschieten van de verplichte zorg bij de inspectie gemeld moet worden; in de WZD is zo'n verplichting niet te vinden.

#### **3.6.4.7 De overgang van een Wvvgz instelling naar een WZD instelling en vice versa**

Het kan zijn dat voor een patiënt die met een zorgmachtiging op grond van de Wvvgz in een psychiatrische instelling is geplaatst, opnemings in een geregistreerde WZD-accommodatie

---

257 In de toekomst: de Wet kwaliteit, klachten en geschillen gezondheidszorg.

aangewezen blijkt. De vraag rijst dan of voor zo'n overplaatsing een nieuwe indicatie/machtigings-procedure moet worden doorlopen. De betreffende wetten geven daar geen uitsluitel over, maar het antwoord luidt vermoedelijk bevestigend; immers voor opneming kennen beide wetten niet dezelfde criteria en besluitvormingsprocedures.

Een en ander geldt ook voor de overgang van een WZD- naar een Wvggz-accommodatie. Binnen de psychogeriatric of verstandelijk gehandicaptenzorg komt het regelmatig voor dat vanwege het overheersen van een psychisch of psychiatrisch beeld een tijdelijke opname in een psychiatrische instelling noodzakelijk is. Als de cliënt eerder zonder rechterlijke tussenkomst is opgenomen, is het duidelijk dat bij verzet een zorgmachtiging zal moeten worden aangevraagd. Gelet op de verschillen tussen opnemingscriteria en -procedures in beide wetten geldt dat echter waarschijnlijk ook als er al een rechterlijke machtiging tot opneming in een WZD-accommodatie is. De vraag is of dat laatste geen nodeloze hindernissen en belasting oproept en of geen eenvoudiger oplossingen te bedenken zijn om de overgang van de ene instelling naar de ander zonder (wezenlijk) verlies aan rechtsbescherming mogelijk te maken.

#### **3.6.4.8 Noodzaak van de WZD naast de Wvggz**

Alles bijeen genomen – en ondanks een aantal gemeenschappelijke uitgangspunten – verschillen de Wvggz en de WZD aanzienlijk in grondbegrippen en benadering. In hoeverre zijn die verschillen gerechtvaardigd door het uiteenlopend karakter van de doelgroepen?<sup>258</sup> Bij de parlementaire behandeling van de WZD is er door de verantwoordelijke bewindsvrouw op gewezen dat de relatie tussen hulpverlener en cliënt in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptenzorg een wezenlijk andere is dan in de psychiatrie: er is sprake van een andere dynamiek en de afhankelijkheidsrelatie is continu en sterker aanwezig. Dat rechtvaardigt een andere vormgeving van de rechtsbescherming. In de literatuur worden daar vraagtekens bij gezet. Onduidelijk is waarom (de WZD) op wezenlijke punten voor een ander systeem van rechtsbescherming kiest dan de Wvggz, zo besluiten bijvoorbeeld Frederiks e.a. hun analyse van het wetsvoorstel.<sup>259</sup> Is een aparte wet voor de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg bij nader inzien nog wel nodig? De regering houdt blijkens de toelichtende stukken op de WZD vooralsnog vast aan die keuze; zij wil niet weer in de valkuil stappen om een regeling voor één doelgroep te ontwerpen en daar andere doelgroepen in te voegen. Zij acht het wel zinvol te onderzoeken of beide regelingen op termijn kunnen samengaan, maar wil ze eerst een periode afzonderlijk van elkaar laten werken en hun waarde laten bewijzen in de praktijk.<sup>260</sup>

In de literatuur wordt er nadrukkelijk op gewezen dat de nieuwe Wvggz een heel andere wet is dan de huidige Wet Bopz, en dat de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicapten zorg in die nieuwe wet veel beter te accommoderen zijn dan in de huidige. In het wetsvoorstel Wvggz wordt (...) afstand genomen van het medisch jargon en lijkt ook ruimte te komen voor andere sectoren. Dit wordt bevestigd door termen als zorgplan, verplichte zorg, ernstige schade, en 'accommodatie' in plaats van

---

258 Die doelgroepen zullen overigens in de praktijk overlappen omdat ook psychogeriatric patiënten en verstandelijk gehandicapten een psychische stoornis kunnen hebben en in een psychische crisis kunnen raken.

259 Frederiks e.a. 2010, p. 86.

260 *Kamerstukken II*, 2010/11, nr. 6, 31996, p. 4-5

psychiatrisch ziekenhuis. Het wetsvoorstel is persoonsgebonden en niet langer lokatiegebonden.<sup>261</sup> Voorts worden de doelstellingen voor toepassing van verplichte zorg in de Wvvggz veel ruimer geformuleerd dan in de Wet Bopz: het kan ook gaan om het stabiliseren of dusdanig herstellen van de geestelijke gezondheid van betrokkene 'dat hij zijn autonomie zo veel mogelijk herwint' (artikel 3:4). Ten slotte is van belang volgens deze auteurs dat ook het veld van de geestelijke gezondheidszorg aan verandering onderhevig is: er wordt veel meer over de grenzen van sectoren heen samengewerkt om te komen tot een sterk gedifferentieerd zorgaanbod. Kortom: de keuze voor twee afzonderlijke wetten is een stuk minder vanzelfsprekend geworden.

Wat zou het alternatief voor twee afzonderlijke wetten zijn? Op die vraag geeft de literatuur niet of nauwelijks antwoord. De Wvvggz ook van toepassing verklaren op de psychogeriatric en verstandelijk gehandicapten zorg lijkt te simpel: dat zou bijvoorbeeld (wederom) een disproportioneel beroep op de rechterlijke macht betekenen, ook waar het om minder ingrijpende zorginterventies gaat. Als men het zonder de (huidige) WZD wil doen, zullen andere varianten onder ogen moeten worden gezien, bijvoorbeeld een waarbij onderscheid gemaakt wordt tussen ernstige en minder ernstige vormen van gedwongen zorg. De eerste zouden dan desgewenst onder het zwaardere rechtsbeschermingsregime van de Wvvggz kunnen worden gebracht. Voor de laatste zou dan een lichter regime kunnen gelden, waarbij te denken valt aan (elementen uit) de huidige WZD of eventueel een aanvulling van de huidige summiere regeling voor dwang in de WGBO. Behoud van een wettelijke opnemingsvariant zonder rechterlijke tussenkomst voor cliënten die geen bereidheid en geen bezwaar kunnen uiten, is overigens hoe dan ook wenselijk.

### 3.7 Ter afsluiting

In dit hoofdstuk is – na een korte schets van achtergronden en ontwikkelingen – een overzicht gegeven van de huidige bopz-regels die van toepassing zijn op gedwongen zorg in de psychiatrie, de psychogeriatric en de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Aansluitend zijn de uitkomsten van het empirisch onderzoek naar praktijk van gedwongen zorg in deze drie sectoren beschreven. Vervolgens is uitvoerig stil gestaan bij de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en bij de Wet zorg en dwang, die tezamen in de toekomst de betreffende regeling in de Wet Bopz moeten gaan vervangen. In het verlengde van die beschrijving is met name aan de hand van de literatuur nagegaan wat in termen van sterkere en zwakkere punten over die wetsvoorstellen te zeggen valt. Ten slotte zijn beide wetten op een aantal hoofdpunten met elkaar vergeleken. Daarbij kwam ook de overgang van patiënten/cliënten van Wvvggz instellingen naar WZD instellingen aan de orde. Beide wetten hebben overeenkomsten in doelstellingen/uitgangspunten, maar kennen ook aanzienlijke verschillen in grondbegrippen en benadering.

Ter afsluiting nog enkele opmerkingen over de vraag of de Wvvggz en de WZD aansluiten bij de werkelijkheid zoals die uit het empirisch onderzoek (zie par. 3.3) naar voren treedt. Het empirisch onderzoek was gericht op de praktijk onder de huidige Wet Bopz en heeft (derhalve) betrekking op de wijze waarop de regels over gedwongen zorg bij en na opname in een instelling functioneren. Verreweg het belangrijkste punt is dat zowel de Wvvggz als de WZD niet instellingsgebonden zijn; de

---

261 Frederiks & Blankman 2013, p. 360-361.

door deze wetgeving geregelde 'verplichte zorg' respectievelijk 'onvrijwillige zorg' kan evengoed extramuraal plaatsvinden. Dit sluit aan bij de behoefte de zorg zoveel mogelijk te ambulantiseren. Binnen de GGZ, zo volgt uit het empirisch onderzoek, blijkt dat een titel voor gedwongen opname soms enkel en alleen wordt aangevraagd om dwangbehandeling bij de betrokkene mogelijk te maken; de nieuwe wetgeving anticipeert op dit probleem door ook gedwongen behandeling buiten de instelling mogelijk te maken.

Met betrekking tot de sector van de verstandelijk gehandicapten en psychogeriatricie dient te worden gewezen op de bevinding dat men binnen instellingen ook zorg wil kunnen verlenen zonder dat daaraan een wettelijke opnemingsprocedure (met of zonder rechterlijke tussenkomst) vooraf is gegaan. Dit is van belang omdat veel cliënten in die sectoren daar zonder formele titel verblijven. Aan die werkelijkheid komt de WZD tegemoet nu de bepalingen over onvrijwillige zorg ook op hen van toepassing zijn.<sup>262</sup>

Voor wat betreft de rechtspositie bij het toepassen van zorg is voorts een aantal positieve punten te signaleren voor wat betreft het aansluiten van de Wvvgz en de WZD bij de praktijk zoals die uit het empirisch onderzoek naar voren komt. Zie bijvoorbeeld het rekening houden met de wensen en voorkeuren van de betrokkene, de centrale rol voor van het zorgplan, het feit dat als het gaat om rechtsbescherming bij dwang en drang het accent in sterke mate gelegd wordt op een zorgvuldige besluitvorming en de rol van anderen dan artsen daarbij (in het bijzonder de 'zorgverantwoordelijke'). In het algemeen kan gezegd worden dat de Wvvgz en de WZD beter recht doen aan de huidige praktijk van hulpverlening aan de betreffende doelgroepen.

---

262 De loskoppeling van onvrijwillige zorg van een wettelijke verblijfstitel kan er overigens ook toe leiden, dat minder snel tot een procedure ter verkrijging van zo'n titel (met of zonder machtiging) zal worden overgegaan; voor het toepassen van onvrijwillige zorg is die titel immers niet meer vereist.



# 4

## Gedwongen forensische zorg (voor volwassenen)

### 4.1 Inleiding

#### 4.1.1 Het begrip ‘forensische zorg’ in dit hoofdstuk

In dit hoofdstuk staat de wetgeving centraal met betrekking tot volwassenen die, samengevat gezegd, op strafrechtelijke titel aan gedwongen zorg zijn onderworpen. Dit fenomeen van ‘straf en zorg’ is verre van nieuw en het is vaak onderwerp van beleids- en ander onderzoek geweest.<sup>263</sup> Maar de verzamelnaam ‘forensische zorg’ is wel relatief nieuw. De aanduiding staat, kort gezegd, voor het actuele beleidsonderwerp van de (her)inrichting van zorg in strafrechtelijk kader. Aanleiding voor deze nieuwe ontwikkeling is enerzijds gelegen in het gegeven dat een groeiend merendeel van de gedetineerden psychische problemen heeft, terwijl slechts 10% ook daadwerkelijk zorg krijgt.<sup>264</sup> Anderzijds wordt een gebrek aan zorg tijdens en gebrek aan zorgcontinuïteit bij het wegvallen van het juridisch kader als risicofactor voor recidive aangemerkt. De herinrichting van de forensische zorg is erop gericht te voorzien in (betere) aansluiting en samenhang van curatieve en penitentiaire voorzieningen.

De grondslag van deze ontwikkeling ligt in de door de Eerste Kamer aangenomen motie Van de Beeten uit 2004.<sup>265</sup> Er is een Plan van Aanpak TBS/Vernieuwing Forensische Zorg<sup>266</sup> en een Programma Vernieuwing Forensische Zorg geweest. Het doel is om tijdens strafrechtelijke trajecten stoornissen en psychische problemen (beter) aan te pakken, juist als deze grondslag zijn voor de criminaliteit van de verdachte/dader/patiënt. Met deze nieuwe aanpak wordt beoogd om met adequate forensische zorg de strafrechtelijke recidive te verminderen. Veel van hetgeen in dat kader al gerealiseerd is aan proces tot indicatiestelling, plaatsing, financiering alsmede de ontwikkeling van

---

263 Zie, zonder aanspraak op volledigheid Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling 2007; Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 2012a; Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming 2012; Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 2012b. Zie voor de specifieke problematiek van de TBS in het bijzonder Commissie Kosto, 2001 (voortvloeiend uit de Commissie Kaasjager).

264 Zie onder andere Schoemaker & Van Zessen 1997 en RSJ 2012.

265 *Kamerstukken I*, 2003/04, 28979, E.

266 *Kamerstukken II*, 2006/07, 29 452 en *Kamerstukken II*, 2006/07, 30250, nr. 48. Zie ook het verslag van Algemeen Overleg met de Kamer in *Kamerstukken II*, 2006/07, 29452, nr. 54.

de informatievoorziening, met name in het informatiesysteem forensische zorg (Ifzo), is beschreven in Handboek Forensische Zorg.<sup>267</sup>

Een belangrijk onderdeel van deze vernieuwing van de forensische zorg is het voorstel voor een Wet forensische zorg dat bij de Staten-Generaal aanhangig is. Momenteel is er geen Wet forensische zorg, wel een Interimbesluit.<sup>268</sup> Beide hebben in het bijzonder betrekking op forensische zorg op strafrechtelijke titel, het stelsel waarvoor de Minister van VenJ verantwoordelijk is. Voor een goed begrip van wat in dit hoofdstuk onder forensische zorg wordt verstaan, kunnen drie terreinen van zorg worden onderscheiden.

#### 4.1.2 Drie terreinen van zorg in strafrechtelijk kader

Kenmerkend voor de forensische zorg is, dat deze zich afspeelt op drie terreinen of binnen drie traditionele 'zuilen', die dus al met hun eigen typische faciliteiten, culturen en (wettelijke) regelingen bestonden, voordat ze afzonderlijk en in hun samenhang nadrukkelijker dan ooit onder één overkoepelend beleid getiteld Forensische Zorg gingen vallen. Deze drie terreinen zijn:

- 1 Het gevangeniswezen
- 2 De Forensisch Psychiatrische Centra (van oudsher de 'middenpositie' van het TBS-veld)
- 3 De Forensische GGZ: de forensische psychiatrische klinieken (FPK's), forensische psychiatrische afdelingen (FPA's) in psychiatrische ziekenhuizen, forensische poliklinieken, instellingen voor (forensische) verslavingszorg, instellingen voor Sterk Gedragsgestoorde en Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG) justitiabelen, RIBW's. Ten slotte kan ook op basis van een inkooprelatie met het Ministerie van Veiligheid en Justitie in niet 'forensisch' gelabelde instellingen zorg in strafrechtelijk kader worden verleend.<sup>269</sup>

De drie terreinen zijn niet helemaal van elkaar gescheiden. Veel FPC's bijvoorbeeld (tweede terrein), exploiteren ook forensische poliklinieken (het derde terrein).

Bij deze driedeling passen enkele nadere opmerkingen die voor een goed begrip van belang zijn.

##### **Terminologie FPC/Forensische zorg**

In het algemeen worden de FPC's ook nadrukkelijk als onderdeel van de Forensische GGZ beschouwd. Dat was zelfs deels de motivering achter de naamswijziging van TBS-kliniek naar FPC. Maar omdat dit onderzoek om evaluatie van wetgeving gaat en de TBS-zuil een eigen beginselenwet kent, worden de drie deelterreinen hier als aparte deelgebieden behandeld. Doordenkend vanuit wetgeving, onderscheidt de Forensische GGZ zich slechts daarin van de reguliere GGZ, dat het GGZ-zorg in

---

267 Ministerie van Veiligheid en Justitie 2012.

268 Besluit van 23 december 2010, *Stb.* 2010, 875, houdende tijdelijke bepalingen voor de forensische zorg (Interimbesluit forensische zorg).

269 In Nederland zijn er 13 FPC's, 6 FPK's en 13 FPA's. FPC's vallen organisatorisch onder het Ministerie van VenJ en kunnen worden onderscheiden in rijksinrichtingen en particuliere inrichtingen. FPK's en FPA's vallen onder het Ministerie van VWS. Onderwerpen als financiering en toezicht zijn weer langs andere lijnen verdeeld.

strafrechtelijk kader betreft, ongeacht het type 'instelling' waarin die zorg geboden wordt; dat hoeft geen 'strafrechtelijke instelling', zoals een TBS-kliniek of een gevangenis te zijn.<sup>270</sup> De gekozen onderscheiding in drie deelgebieden, die samenhangt met de hierna te bespreken driedeling in wetgeving, is in dit onderzoek dus leidend. De op de organisatie van het stelsel van forensische zorg waarvoor de Minister van VenJ verantwoordelijk is (FZ op strafrechtelijke titel) gerichte Wfz, definieert in het kader van de verdeling in de financiering tussen het Ministerie van VenJ en andere financieringsbronnen, de tenuitvoerlegging van een rechterlijke machtiging als bedoeld in de Wvvgz en de WZD, maar binnen het strafprocesrecht opgelegd op grond van art. 2:3 Wfz, niet als 'forensische zorg'. Nu het in dit hoofdstuk ook gaat om de aansluiting en samenloop met strafrecht, wordt gedwongen zorg in de forensische GGZ in dit hoofdstuk mede aan de orde gesteld.

### **Drie wettelijke regelingen**

Van belang is dat het gevangeniswezen en de TBS typisch strafrechtelijke sectoren zijn. De ingang is steeds een strafrechtelijke beslissing. De tenuitvoerlegging ervan is, voor zover het gevangeniswezen en TBS betreft, geregeld in aparte wetten, de Penitentiaire Beginselenwet (Pbw) en de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden (Bvt) anderzijds. Voor de GGZ geldt dat niet. Regeling van dat terrein is niet in de eerste plaats gericht op patiënten met een strafrechtelijke ingangsbepaling tot (gedwongen) zorg c.q. vrijheidsbeneming. De GGZ-wetgeving is gericht op het opnemen en verlenen van GGZ-zorg aan 'civiele' (niet-strafrechtelijke) cliënten. De forensische GGZ zal in zoverre als het ware een beroep moeten doen op de regeling van de GGZ, al bestaan daarbinnen voorzieningen die met de strafrechtelijke achtergrond van de patiënt/dader te maken hebben en daarmee rekening bedoelen te houden. De consequenties van dit verschil komen hierna in verschillende onderdelen aan de orde. Voor de inrichting van de GGZ, beschreven in hoofdstuk 3, zijn de WBGO en de Wet Bopz in het bijzonder van belang. De WBGO is voor het onderhavige hoofdstuk van belang voor de verschillende varianten van strafrechtelijke titels waarbij sprake is van vrijwillige opname als voorwaarde. In aansluiting op hoofdstuk 3 komen in dit hoofdstuk de consequenties voor de gedwongen zorg voor volwassenen aan de orde die voortvloeien uit de voorgestelde vervanging van de Wet Bopz door de Wvvgz en de WZD.

### **Ambulantisering**

In het deelgebied van de forensische GGZ is de - binnen de niet-forensische GGZ nog sterkere - ontwikkeling van ambulantisering herkenbaar. Ambulante behandelingen bij - bijvoorbeeld - forensische poliklinieken, omvatten een substantieel deel van (het budget van) de forensische zorg. Ondanks de getalsmatige importantie van ambulante behandelingen in de forensische zorg, blijft dit terrein, met één belangrijke uitzondering (zie hierna), in dit hoofdstuk verder buiten beschouwing. De nadruk ligt immers op de thematische evaluatie van de rechtspositie van de justitiabelen of patiënten. Met name de regeling van de interne rechtspositie knoopt in belangrijke mate aan bij de vrijheidsbeneming als titel, en van vrijheidsbeneming is bij ambulante zorg geen sprake.

---

270 Omgekeerd is denkbaar dat iemand zonder strafrechtelijke titel, bijvoorbeeld alleen op Wet Popz-titel, toch in een FPC verblijft. Omdat dan geen sprake is van een strafrechtelijke titel, is geen sprake van forensische zorg.

Juist vanwege de rechtspositie is een onderwerp wel van belang. Vertaald naar strafrechtelijke beslissingen, wordt de ambulante zorg veelal opgelegd als bijzondere voorwaarde binnen een voorwaardelijke sanctie (of andere voorwaardelijke modaliteit). Het niet-naleven van de voorwaarde heeft dan consequenties, bijvoorbeeld het alsnog ten uitvoer leggen van de aanvankelijk voorwaardelijk opgelegde straf. Er is niet van 'dwang', maar van 'drang' sprake. Bij dergelijke drangmodaliteiten wordt de instemming van de betrokkene als basis voor opname aangenomen. Van die instemming zal de strafrechter zich in de regel vergewissen, hetgeen soms ook uitdrukkelijk in de wettelijke regeling als voorschrift is opgenomen. In deze drangmodaliteiten is van vrijheidsbeneming in de zin van art. 15 Grondwet of art. 5 EVRM geen sprake. Alleen onder bijzondere omstandigheden kan sprake zijn van een samenloop van voorwaarden van zodanige aard dat in het concrete geval van vrijheidsbeneming in de zin van art. 5 EVRM sprake is (zie hoofdstuk 2). Het is bepaald aangewezen dat de wetgever op dit punt de situatie rechtens helder uiteenzet in de MvT bij het wetsvoorstel langdurig toezicht,<sup>271</sup> omdat er in andere Kamerstukken vanuit lijkt te worden gegaan dat van vrijheidsbeneming sprake is,<sup>272</sup> wellicht ook omdat het opleggen van voorwaarden in verschillende modaliteiten door de rechter geschiedt (zie 4.2.). Voor vrijheidsbeperking stelt art.2 Vierde Protocol EVRM vooral de eis dat zulks bij wet voorzien moet zijn. Daarvan is steeds sprake. Voor de (interne) rechtspositie betekent de aannahme dat sprake is van vrijwillige opname dat veelal (de uitzonderingen komen nog aan de orde) de WBGO van toepassing is, en niet de Wet Bopz of de Bvt.

### **In welke zuil iemand terecht komt, is (deels) toevallig; grensverkeer**

In welke zuil een patiënt/verdachte dader terecht komt, is van oudsher – en nog steeds wel – grotendeels afhankelijk van de juridische titel waarmee de patiënt (GGZ) c.q. verdachte/dader (strafrecht) te maken heeft of krijgt. Bij de keuze voor de juridische titel zijn andere aspecten van belang dan alleen de zorgbehoefte en het beveiligingsniveau, die in art. 1 onder e Wfz worden genoemd als criteria voor de indicatiestelling voor forensische zorg. Te noemen zijn ook de ernst van het gepleegde strafbaar feit en de daaraan gekoppelde vergeldingsbehoefte, de 'toevallige' keuze van een Officier van Justitie of politie<sup>273</sup>, de vermeende verminderde- of ontoerekeningsvatbaarheid, et cetera. Zo ook de situatie waarin iemand in een zorgtraject een strafbaar feit, bijvoorbeeld geweld tegen een zorgverlener, begaat en daarvan, zoals steeds meer gebeurt, aangifte wordt gedaan of

---

271 *Kamerstukken II*, 2013/14, 33816, nr. 3, p. 48-49.

272 *Kamerstukken II*, 2011/12, 31996, nr. 9, p. 9 en *Kamerstukken II*, 1993/94, 23445, p. 26.

273 In het kader van het verlenen van tijdelijke verplichte zorg bepaalt het in de Nota van Wijziging van 1 oktober 2013 opgenomen nieuwe art. 7:4 lid 6 Wvvgz dat de betrokken burger in het kader van deze tijdelijke verplichte zorg alleen bij de politie of de Koninklijke marechaussee wordt ondergebracht indien betrokkene wordt verdacht van een strafbaar feit. Daarmee wordt meteen een zuil bepaald. Het is te begrijpen dat de toelichting aangeeft dat een politieel niet bestemd is voor de opvang van gestoorde personen (dat drukte art. 7:4 lid 6 uit het oorspronkelijke voorstel ook al uit; 'vindt slechts plaats zolang er redelijkerwijs geen andere geschikte plaats beschikbaar is' en het is dus de vraag of met de nieuwe bepaling de algemenere taak van de politie in noodsituaties niet wordt miskend, dan wel aanzet tot het te gemakkelijk toedelen van de burger aan een bepaalde zuil. De politie heeft meer taken dan alleen de strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde; Widdershoven & Dörenberg 2014, p. 110.

iemand die tot gevangenisstraf is veroordeeld tijdens de tenuitvoerlegging daarvan een stoornis ontwikkeld. Dan kan het voorkomen dat patiënten met vergelijkbare problematiek in verschillende zuilen worden behandeld, waardoor de vraag naar ‘grensverkeer’, naar door- en overplaatsingsmogelijkheden, om redenen van adequate zorg als vanzelfsprekend opkomt. Dat geldt niet alleen tussen deze deelgebieden van forensische zorg. Grensverkeer, bijvoorbeeld aan het eind van forensische trajecten, naar de sector van de reguliere GGZ (beschreven in hoofdstuk 3) dan wel naar de niet-geïnstitutionaliseerde maatschappij is van belang en kent vele mogelijkheden, maar ook obstakels. Dit grensverkeer is al sinds jaar en dag onderwerp van beleidsonderzoek en –wijzigingen. De Wfz beoogt ook deze doorstroom te bevorderen. Daarnaast is ook het grensverkeer met de in dit onderzoek apart behandelde sector jeugd, beschreven in hoofdstuk 5, van belang. In paragraaf 4.3 wordt het grensverkeer nader belicht.

### 4.1.3 Enige kenmerken van het strafrechtelijk kader; straffen en maatregelen, TBS; strafprocesrecht

De drie genoemde terreinen hebben traditioneel een geheel eigen karakter en cultuur. Dat heeft deels een achtergrond in de theorie en systematiek van het strafrecht. Er wordt uitgegaan van het beginsel ‘geen straf zonder schuld’, waarbij de straf alleen kan worden opgelegd ter zake van een bewezen verklaard en strafbaar bevonden feit. Dit heeft tot gevolg dat het ontbreken van verwijtbaarheid ten aanzien van de pleger van een strafbaar feit kan leiden tot straffeloosheid. Zo kan het zijn dat op basis van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens een strafbaar feit niet aan de dader kan worden toegerekend (39 Sr). Omwille van de ‘beperkingen’ van de strafrechtelijke straf, zijn er in het strafrechtelijk sanctiearsenaal naast straffen ‘maatregelen’ opgenomen. De strafrechtelijke maatregel is niet gegrond op het verwijt dat iemand gemaakt kan worden, maar op een situatie waarvan het ongewenst zou zijn die te laten voortduren,<sup>274</sup> bijvoorbeeld doordat iemand gevaarlijk voor zichzelf, zijn omgeving of de maatschappij wordt geacht. Die gevaarlijkheid verschaft de staat dan de aanspraak om in te grijpen en de betrokkene in zijn vrijheid te beperken. Waar de (gevangenis)straf bedoeld is als leedtoevoeging – overigens kan in het individuele geval de straf een veelvoud aan doelen dienen (zoals vergelding, generale of speciale preventie et cetera) – is bij maatregelen dus sprake van onbedoelde leedtoevoeging. Proportionaliteit ten opzichte van de ernst van het delict, een fundamenteel uitgangspunt bij straffen, geldt in beginsel niet bij maatregelen. Hier gaat het in de eerste plaats om het verhelpen van de ongewenste toestand. Daarom is de duur van de straf altijd bepaald – zelfs levenslang geeft enige zekerheid omtrent de duur – maar kan de duur van de maatregel in principe onbepaald zijn.

In het kader van gedwongen zorg is voor de ontwikkeling van de strafrechtelijke maatregel ten eerste de (strafrechtelijke) plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (37 Sr) relevant, een maatregel die in 1886 werd ingevoerd om de pragmatische reden dat niet eerst de strafrechter iemand ontoerekeningsvatbaar zou verklaren en vervolgens de civiele rechter nodig was om die plaatsing in gedwongen zorg te realiseren. Het voorstel in de Wfz (art. 2:3) om – kort gezegd – de strafrechter in veel meer gevallen dan onder de bestaande wetgeving, op basis van de betreffende criteria uit de Wvggz (en eventueel ook de WZD) een civiele (zorg)machtiging op te leggen, komt in de plaats van dit

---

274 Kooijmans 2002.

artikel. De benadering van de Wfz breekt in zoverre met een lange traditie, dat volgens de door de Wfz voorgestelde regeling ook een zorgmachtiging kan worden opgelegd als geen sprake is van de uitzonderlijke situatie dat schuld ontbreekt; aan- of afwezigheid van schuld is geen criterium meer. In zoverre past deze nieuwe aanpak bij het pragmatische karakter van de (strafrechtelijke) maatregel. Ten tweede is in het kader van strafrechtelijke maatregelen en gedwongen zorg de terbeschikkingstelling of TBS (37a e.v. Sr) relevant, een maatregel die in 1928 werd ingevoerd voor zowel ontoerekeningsvatbaren als verminderd toerekeningsvatbaren daders, bij wie het gevaar bestond voor herhaling van een ernstig delict. De maatregel kan bij niet geheel ontoerekeningsvatbaren daders in combinatie met (tijdelijke) gevangenisstraf kan worden opgelegd.<sup>275</sup> De veronderstelde gevaarlijkheid legitimeert de mogelijke onbepaalde duur van de maatregel, maar die kan tevens niet zonder de legitimatie van de op resocialisatie gerichte behandeling.<sup>276</sup>

Een derde maatregel is de plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders of ISD, die in 2004 is ingevoerd om het 'gevaar' dat uitgaat van het herhaald plegen van minder ernstige strafbare feiten aan te pakken, en daarom langer – maximaal twee jaar – kan duren dan een straf voor een dergelijk delict.<sup>277</sup> Voor dit hoofdstuk is voor deze laatste maatregel in het bijzonder van belang dat voor de tenuitvoerlegging van deze (behandel)maatregel de wettelijke regeling van de Pbw geldt, niet – bijvoorbeeld – de wettelijke regeling van de TBS, de Bvt.

Op de grens van strafrechtelijke straf en strafrechtelijke maatregel is voorts relevant dat in het strafrechtelijk sanctiestelsel in den brede voorwaardelijke modaliteiten sterk in opkomst en ontwikkeling zijn, zowel in wetgeving als in de praktijk. Het gaat dan om de hiervoor genoemde vrijheidsbeperkende gedragsvoorwaarden met – meestal – vrijheidsbeneming op de achtergrond voor het geval een voorwaarde niet wordt nageleefd. Het betreft in elk geval:

- Schorsing van de voorlopige hechtenis onder voorwaarden;
- Veroordeling tot voorwaardelijke straf (hetgeen niet per se een (voorwaardelijke) vrijheidsstraf hoeft te zijn);
- TBS met voorwaarden;
- Voorwaardelijke ISD;
- Rechterlijke bevelen ter handhaving van de openbare orde (in de huidige praktijk weinig betekenis);
- De voorgestelde maatregel van langdurig toezicht (wetsvoorstel 33 816).

In art. 1 onder n Wfz is een op de forensische zorg toegesneden definitie opgenomen.

De op de persoon gerichte gedragsvoorwaarden in dergelijke drangmodaliteiten worden bij uitstek gebruikt om recidive te voorkomen. De gedragsvoorwaarden kunnen een veelzijdige inhoud hebben en alle leefgebieden van de verdachte/veroordeelde betreffen. In dat kader kan ook gedwongen zorg

---

275 Van der Wolf 2012. Verminderde toerekeningsvatbaarheid, opgevat als een causaal verband tussen stoornis en delict, is overigens niet in de wet gekomen, doch slechts een gelijktijdigheidsverband.

276 Kale detentie zou al snel in strijd zijn met het verbod van willekeurige vrijheidsbeneming, onder meer vastgelegd in artikel 5 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM). Zie Van der Wolf 2013a, p. 96-101, over enkele Duitse zaken waarin het EHRM dit expliciteert.

277 Zie over de achtergrond van deze maatregel en de wettelijke regeling ervan in het bijzonder Struijk 2011.

als voorwaarde worden opgelegd. Deze modaliteit kan als initiële sanctie (voorwaardelijke veroordeling, TBS met voorwaarden) door de rechter worden opgelegd. Ook kan zij zich als executie-modaliteit aan het einde van vrijheidsbeneming (voorwaardelijke gratie, voorwaardelijke invrijheidstelling, voorwaardelijke beëindiging TBS) voordoen. Het wetsvoorstel 33 816 (introdunctie maatregel langdurig toezicht), is in dit opzicht de laatste loot aan een inmiddels rijke stam. Aangezien in deze modaliteit de zorg, en eventueel ook de opname in een instelling, op niet dwingende rechterlijke titel geschiedt, is in zoverre, vanuit zorg gezien, formeel genomen sprake van vrijwilligheid. Met het toezicht op de naleving van de voorwaarden is doorgaans het OM en de reclassering belast; deze laatste instantie is daarnaast met de begeleiding belast. Onder de Wfz kan naast dergelijke voorwaardelijke titels ook een zorgmachtiging als bedoeld in de Wet Bopz c.q. de komende Wvvgz en WZD, worden opgelegd.

Voor de evaluatie van de wetgeving op het terrein van de TBS is het volgende van belang. Door de ontwikkeling van forensische zorg is het in zekere mate zo, dat de forensische zorg grotendeels weg beweegt van de TBS, waarin zij traditioneel geconcentreerd was. Echter, de aandacht van de maatschappij, de media en de politiek blijft wel rusten op dit smaldeel. Om een voorbeeld te geven: hevige incidenten die plaatsvinden in instelling van forensische zorg dienen gemeld te worden, maar zolang het niet om een TBS'er gaat, wordt daar zowel in media als politiek nauwelijks aandacht aan besteed.<sup>278</sup> Uit onderzoek is gebleken dat er door selectieve negatieve media-aandacht een scheef beeld ontstaat van de TBS.<sup>279</sup> Het stigma dat hiervan het gevolg is, speelt op meer manieren een rol bij de moeilijke doorstroom van deze populatie richting (geïnstitutionaliseerde) samenleving. Deze 'blikvangerspositie' verklaart mede waarom met name de regelgeving rond de TBS geen rustig bezit is. Als politieke speelbal loopt de TBS een verhoogd risico slachtoffer te worden van symboolpolitieke maatregelen. De indruk bestaat dat zulks ook leidt tot verminderde oplegging van de TBS door de rechter. Door deze ontwikkelingen is de inrichting van forensische zorg buiten de TBS en de doorstroom vanuit de TBS naar de GGZ van des te meer belang.

Voor het onderwerp van dit hoofdstuk is voorts van belang dat de afgelopen jaren de mogelijkheden voor ook gedwongen behandeling binnen het gevangeniswezen, dat wil zeggen: binnen de tenuitvoerlegging van de op zichzelf niet op behandeling of zorgverlening gerichte gevangenisstraf, aanzienlijk zijn toegenomen en heringericht. De zgn. Penitentiair Psychiatrische Centra (PPC's) zijn daarvan het meest sprekende voorbeeld. De externe rechtspositie aldaar wordt bepaald door de strafrechtelijke titel van vrijheidsbeneming (gevangenisstraf of TBS). De interne rechtspositie wordt bepaald door de Pbw. Uit de kritische beschrijving en beschouwing van de RSJ blijkt, naast waardering, ook van zorg over de kwaliteit van behandeling in het gevangeniswezen, zowel in de PPC's als (overigens) in de PI's.<sup>280</sup>

---

278 Mededeling uit het interview met een medewerker DForZo in het kader van dit onderzoek.

279 RMO 2006. Er was meer media-aandacht voor incidenten terwijl er minder incidenten waren.

280 RSJ 2012.

## **Strafprocesrecht**

Het Wetboek van Strafvordering ziet op bevoegdheidstoedeling en anderzijds op begrenzing van die bevoegdheid in het proces om van geschonden norm tot strafrechtelijke reactie te komen.<sup>281</sup> In het strafproces worden verschillende fasen onderscheiden: opsporing, vervolging, berechting en tenuitvoerlegging. In die volgorde zijn ze ook ongeveer in het wetboek terug te vinden. De fasen hebben een zekere chronologische volgorde, waarin een zekere mate van 'onderzoeken' en vervolgens 'beslissen', met name over het 'vervolg' van de afdoening van de strafzaak binnen de 'keten, centraal staat.<sup>282</sup> Omdat personen die met het strafrecht in aanraking komen op elk moment zorgbehoefstig kunnen zijn of worden, kan er telkens, in verschillende fasen en bij verschillende beslissingen met die zorgbehoefte rekening worden gehouden. De inhoud van de beslissing kan er op worden afgestemd. Dat gebeurt bijvoorbeeld als de voorlopige hechtenis ook wordt gebruikt om ten behoeve van de berechting gedragskundige rapportage te bewerkstelligen, of als de OvJ besluit om niet te vervolgen, maar in plaats daarvan een Wet Bopz-machtiging aan te vragen (in het kader van de civiele taken die het OM ook heeft), dan wel de minister besluit de tenuitvoerlegging van de straf op te schorten vanwege een psychische stoornis bij de veroordeelde. Voor dit aspect van inrichting van strafprocesuele beslissingen op de zorg- (en beveiligings)behoefte, is de regeling van de Wfz in het bijzonder van belang. Dat wetsvoorstel wordt hierna nader besproken.

Vanuit het gezichtspunt van recente ontwikkelingen in de wetgeving is voor het strafprocesrecht voorts van belang dat het Openbaar Ministerie bij wijze van strafbeschikking tegenwoordig ook een sanctionerende eindbeslissing (sanctieoplegging) kan nemen door het uitvaardigen van een strafbeschikking: art. 257a Sv. Die strafbeschikking kan ook aanwijzingen inhouden betreffende het gedrag van de verdachte. Ook in deze modaliteit kan daarmee gedwongen zorg worden opgelegd, zij het dat de verdachte zich bereid moet hebben verklaard zich aan de aanwijzing te houden (art. 257c lid 1 Sv). Indien de verdachte zich niet aan de aanwijzingen houdt, volgt geen vrijheidsbeneming (daartoe kan de OvJ niet beslissen), maar – alsnog – berechting van het strafbare feit. Dat laatste kan de verdachte ook door middel van verzet tegen de strafbeschikking bewerkstelligen.

### **Interne rechtspositie in drie deelgebieden**

Mede als opmaat naar de bespreking van de Wfz hierna, is het van belang te attenderen op de verdeling van de regeling van de interne rechtspositie in de drie deelgebieden.

De interne rechtspositieregeling van de Pbw geldt voor het gevangeniswezen. Het gevangeniswezen bestaat uit de drie, in art. 9 lid 1 Pbw genoemde soorten inrichtingen: de gevangenissen, de huizen van bewaring en de inrichtingen voor stelselmatige daders. Ook de PPC's zijn deel van het gevangeniswezen. De drie soorten instellingen zijn bestemd voor het opnemen van de in art. 9 t/m 10a Pbw genoemde personen. Deze artikelen benoemen in feite alle titels voor opname in het gevangeniswezen. Met name de huizen van bewaring hebben een vrij brede bestemming. Daarin verblijven met name voorlopig gehechten, personen dus die (nog) niet veroordeeld zijn. Maar ook

---

281 Corstens 2011.

282 Mevis 2013, p. 128-129.



personen in vreemdelingenbewaring en TBS- en ISD-passanten in afwachting van plaatsing in een kliniek respectievelijk ISD-inrichting. Er worden geen personen omwille van het toe leiden naar gedwongen zorg vanuit andere deelgebieden in het GW geplaatst; hooguit omwille van het mislukken van zorg elders of via een bepaald voorwaardelijk/'vrijwillig' strafrechtelijk kader (zie hierna onder grensverkeer).

In inrichtingen voor terbeschikkinggestelden, de FPC's, geldt de Bvt. Art. 4 Bvt somt op voor welke titels de Bvt geldt. Het gaat daarbij niet alleen om tot TBS-veroordeelden. Er staan ook voorwaardelijke en zelfs letterlijk 'vrijwillige' titels bij. Voor opgenomen Wet Bopz-patiënten geldt de interne rechtspositie van de Wet Bopz.

In de forensische GGZ worden onder andere delinquenten geplaatst. Deze delinquenten 'verlaten' dan de regeling van de Pbw respectievelijk de Bvt. Afhankelijk van de vraag of de schakelbepaling van art. 51 Wet Bopz op de strafrechtelijke dwangtitel (onderdelen van) de interne rechtspositie van de Wet Bopz van toepassing verklaart, geldt voor deze delinquenten of de Wet Bopz of de WGBO. Dat laatste is, als gezegd, met name het geval als de opnametitel in de forensische GGZ een bijzondere voorwaarde tot klinische opname bij een voorwaardelijke sanctie/modaliteit is, omdat zulks een vrijwillige opname is.

### **Karakter van de regelingen voor de interne rechtspositie**

Het geformuleerde resocialisatiebeginsel in de Pbw, dat de tenuitvoerlegging van de straf zoveel mogelijk dienstbaar gemaakt wordt aan de voorbereiding van de terugkeer van de betrokkene in de maatschappij (art. 2 lid 2 Pbw<sup>283</sup>), heeft in het beleid aan betekenis ingeboet ten opzichte van de oude Beginselenwet Gevangeniswezen; van een positieve invulling voor alle gedetineerden, naar het negatieve voorkomen van detentieschade en een beperking tot gemotiveerden.<sup>284</sup> Dit resocialisatiebeginsel voorkomt niet dat de gevangeniscultuur gedomineerd wordt door beheersing en disciplineren.<sup>285</sup> In een dergelijke cultuur zijn 'disciplinaire' straffen en maatregelen mogelijk, die uiteraard niet als 'zorg' beschouwd worden. Het beginsel van minimale beperkingen (art. 2 lid 4 Pbw) drukt rechtsburgerschap uit, dat ook een formele rechtspositie eist ten opzichte van inbreuken op geformuleerde materiële rechten en verdergaande inbreuken op grondrechten, zoals modaliteiten van gedwongen zorg.

Dat laatste geldt ook voor de TBS. Het resocialisatiebeginsel is in de Bvt net anders geformuleerd dan het resocialisatiebeginsel in de Pbw; de tenuitvoerlegging wordt zoveel mogelijk dienstbaar gemaakt aan de behandeling van de veroordeelde en aan de voorbereiding op diens terugkeer in de

---

283 In *Kamerstukken II*, 2013/14, 33745, nr.2 is een wijziging opgenomen. Het artikellid komt te luiden: Met handhaving van het karakter van de vrijheidsstraf of de vrijheidsbenemende maatregel wordt de tenuitvoerlegging hiervan zoveel mogelijk en afhankelijk van het gedrag van de betrokkene dienstbaar gemaakt aan de voorbereiding van de terugkeer in de maatschappij. Bij het verlenen van vrijheden aan gedetineerden wordt rekening gehouden met de veiligheid van de samenleving en de belangen van slachtoffers en nabestaanden.

284 Kelk 2008.

285 Boutellier & Lünemann 2006 en Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 2012.

maatschappij, met inachtneming van het karakter van de vrijheidsbenemende straf of maatregel (2 lid 1 Bvt). De behandeling is een essentiële toevoeging, en die behandeling heeft volgens de Bvt het doel om de terugkeer in de maatschappij verantwoord te laten zijn (1u Bvt). Dit heeft een achtergrond in het feit dat een TBS-maatregel wordt opgelegd aan psychisch gestoorden die op basis daarvan gevaarlijk worden geacht. De onbepaalde duur die de maatregel mogelijk heeft, wordt mede gelegitimeerd door de inspanningen om het recidivegevaar zodanig terug te brengen dat de TBS kan worden beëindigd. Zeker sinds de hervorming van het gevangeniswezen na de Tweede Wereldoorlog en de optuiging van kwalitatief hoogstaande behandelvoorzieningen voor terbeschikkinggestelden staat naast beveiliging de behandeling centraal. In de nota 'TBS, een bijzondere maatregel' uit 1991 is als derde concurrerende dimensie van de tenuitvoerlegging van de TBS de bescherming van de rechtspositie van terbeschikkinggestelden geformuleerd.<sup>286</sup> Deze drie doelstellingen staan ook expliciet genoemd in de memorie van toelichting van de Bvt.<sup>287</sup> Hoewel de memorie van toelichting nog zegt dat tussen de drie aspecten "evenredigheid dient te bestaan", lijkt op dit moment het accent te liggen op maatschappijbeveiliging.<sup>288</sup> Desalniettemin 'ademt' mede gezien het aanwezige sociotherapeutische klimaat in klinieken, de hele tenuitvoerlegging van de TBS 'zorg'. Daarbij is van belang dat dwangverpleging sinds de tachtiger jaren niet meer vanzelfsprekend dwangbehandeling met zich brengt. Het beginsel van minimale beperkingen (voor de Bvt vastgelegd in art. 2 lid 2 van die wet), brengt immers mee dat iemand die van zijn vrijheid beroofd is (dwangverpleging) niet als vanzelf inbreuk op (andere) grondrechten, zoals de onaantastbaarheid van het lichaam, moet dulden. De definitie van verpleging in de Bvt (de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen, maar ook omvattende de verzorging, waaronder begrepen het doen van een aanbod van behandeling (1u Bvt)), lijkt het sociotherapeutisch milieu te omvatten, terwijl dit toch ook als een belangrijk instrument van behandeling (1v) kan worden gezien. Overigens is ook 'gedwongen verpleging' mogelijk, zoals verplicht douchen; de lichamelijke verzorging is (ook) onderdeel van de verpleging. Voor zover daarbij sprake is van inbreuken op rechten is tegen beslissingen daartoe beklag en beroep mogelijk (art. 56 lid 1 onder e Bvt).

Er is geen beginselenwet forensische GGZ. Er is een veelheid aan juridische titels waarop mensen in deze zuil verblijven. Op interne 'inventarislijstjes' van FPK's prijken veel verschillende juridische titels voor verblijf, uiteraard inclusief die met een civielrechtelijk karakter. De interne rechtspositie wordt door de Wet Bopz of door de WBGO bepaald. Voor op strafrechtelijke titels opgenomen patiënten is daarbij art. 51 Wet Bopz van belang. Voor de interne rechtspositie is daarmee het onderscheid 'straf-civiel' minder belangrijk dan het onderscheid gedwongen-vrijwillig, in welk laatste geval de WGBO geldt. De opzet en regeling van de interne rechtspositie in de Wet Bopz wijkt af van die van de Pbw en de Bvt; zie de betreffende schema's en de beschrijving in hoofdstuk 3 inzake de GGZ.

---

286 Ministerie van Justitie 1991.

287 *Kamerstukken II*, 1993/94, 23445, nr. 3, p. 7.

288 Van der Wolf & Noyon 2013, p. 9-24.

## 4.1.4 Beknopte kwantitatieve typering van de sector/populatie

De forensische zorg is als terrein op meerdere manieren kwantitatief te typeren, maar op geen van die manieren is via bestaande cijfers in diverse bronnen<sup>289</sup> echt een totaaloverzicht te krijgen. Nu al geconstateerd is dat het terrein niet meer goed via facilitaire zuilen is te typeren, is een indeling naar faciliteiten (instellingen) slechts een grove typering: er zijn 5 PPC's (zo'n 700 plaatsen), nog 9 FPC's (zo'n 2000 plaatsen), 3 FPK's en enkele FPA's (meer dan 300 intramurale plaatsen in de forensische GGZ telde de RSJ in 2012).<sup>290</sup> Volgens DForZo gaat het in totaal om zo'n 125 instellingen. Titels is een andere manier om te tellen, maar die worden niet altijd goed bijgehouden. In PPC's is de doorlooptijd hoog (3-4 maanden) en worden jaarlijks zo'n 2000-2500 gedetineerden opgevangen, ten opzichte van zo'n 12000 detentieplaatsen waarop jaarlijks ongeveer 40000 personen verblijven. In FPC's is de doorlooptijd traag (gemiddeld nu zo'n 10 jaar). Maar zeker daar waar gedacht wordt vanuit zorgbehoefte zijn diagnostische karakteristieken van de populatie interessant. Logischerwijs zijn de PPC's veelal gevuld met psychiatrische (veelal psychotische) patiënten. In de FPC's - van TBS wordt dit het best bijgehouden<sup>291</sup> - vormt die groep ongeveer 30% van de populatie, waar van oudsher ook persoonlijkheidsgestoorden voor een substantieel deel in combinatie met seksuele problematiek de boventoon voert. Zo'n 70% heeft verslavingsproblematiek. Het deel zwakbegaafden in de FPC's is redelijk constant over de tijd, zo rond de 20%. Hier valt uit af te leiden dat een deel van de terbeschikkinggestelden qua problematiek prima past op plekken in de reguliere psychiatrie, verslavingssector en verstandelijk gehandicaptensector.

## 4.1.5 Het voorstel voor de Wet forensische zorg

### Algemeen

Van groot belang voor de ontwikkelingen is het wetsvoorstel voor de Wet forensische zorg (Wfz). Zoals al eerder gezegd, is deze wet niet het begin van de beleidsontwikkeling forensische zorg, maar probeert het vooral voor forensische zorg als beleidsconcept het noodzakelijke, formeel-wettelijke kader te scheppen voor de organisatie van de forensische zorg.<sup>292</sup> De Wfz is eerst en vooral een organisatiewet, ook wel kaderwet genoemd.<sup>293</sup>

Het wetsvoorstel wordt hier besproken voor zover voor een goed begrip van dit hoofdstuk en dit onderzoek van belang. Het gaat daarbij om het karakter van de wet tussen andere relevante wetgeving, de structuur van de wet, de breed gedragen algemene doelstellingen van de wet en de

---

289 Zie onder andere Forensische Zorg in getal 2008-2012, Ministerie van Veiligheid en Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen 2013, Marktscan en Beleidsbrief Forensische Zorg met strafrechtelijke titel, Weergave van de markt 2009-2012, Nederlandse Zorgautoriteit, 2013 en Cijfers forensische zorg, Bijlage 1 bij Betere zorg, veiliger samenleving. Visiedocument forensische zorg, GGZ Nederland 2013, bijlage 1.

290 RSJ 2012, p. 37.

291 Van Nieuwenhuizen e.a. 2011.

292 Otte 2011, p. 153.

293 Zie voor een korte inhoudelijke omschrijving o.a. de rubriek Jeugdrecht en jeugdbescherming, DD 2009/63 en de weergave in NJB 2010/1314, p. 1639-1640.

instrumenten en voorzieningen die de Wfz bevat om die doelstellingen te verwezenlijken. In die beschrijving komt goed naar voren hoe belangrijk de Wfz is voor de dynamiek in de forensische zorg tussen de verschillende structuren. Juist die dynamiek maakt de vraag naar harmonisatie van externe en – met name – interne rechtspositie noodzakelijk (zie de onderdelen 4.2. en 4.4.). Ook dwingt de Wfz aandacht te besteden aan het grensverkeer tussen de sectoren en de wettelijke regeling ervan, alsmede aan de samenloop van zorgtitels in strafrecht en GGZ. Ook wordt aandacht besteed aan kritiek die in de literatuur wel op de Wfz is uitgebracht. Waar dat aangewezen leek worden enkele wetstechnische opmerkingen gemaakt die in de verdere analyse ter beantwoording van de onderzoeksvragen niet van belang zijn.

In het onderstaande wordt uitgegaan van het, in de loop van de behandeling op onderdelen nog sterk gewijzigd wetsvoorstel zoals het thans bij de Eerste Kamer der Staten-Generaal aanhangig is.<sup>294</sup> De behandeling ervan is op verzoek van de staatssecretaris van VenJ aangehouden. O.a. omdat van de zijde van de Eerste Kamer werd geconstateerd dat art. 2.4 Wfz ten onrechte was vervallen. Ook enkele andere vraagpunten inzake de rechtspositie deden de staatssecretaris om uitstel van behandeling verzoeken.<sup>295</sup>

De Wfz organiseert de forensische zorg en definieert forensische zorg dus ook niet (opnieuw) inhoudelijk, maar kent, aansluitend bij het karakter van kader- of organisatiewet, een ‘financiële’ definitie, gevolgd door een opsomming.<sup>296</sup> Wel worden in de toelichting de doelstelling van het beleid van forensische zorg herhaald: de grote groep gedetineerden met psychische stoornis enerzijds, waarbij anderzijds een gebrek aan zorgcontinuïteit binnen, of bij het wegvallen van het juridisch kader als risicofactor voor recidive wordt aangemerkt. In de Memorie van Toelichting bij het wetsvoorstel worden als doelstellingen dan ook genoemd:

- 1 De juiste patiënt op de juiste plek.
- 2 Het creëren van voldoende forensische zorgcapaciteit.

---

294 *Kamerstukken I*, 2012/13, 32398, D. Hierna volgt nog een overzicht en korte aanduiding van wijzigingen en aanvullingen in andere wetsvoorstellen.

295 *Handelingen I*, 2013/14, 25-7 en 25-9. De reden voor het uitstel ligt dus niet in de voorgestelde regeling voor de doorbreking van het verschoningsrecht bij weigerachtige observandi.

296 *Kamerstukken I*, 2012/13, 32398, D. Artikel 1:1 lid 1 sub c. *forensische zorg*: zorg als omschreven in het tweede lid; en lid 2 ‘Onder forensische zorg wordt verstaan zorg als omschreven bij of krachtens artikel 6 van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of als omschreven bij of krachtens artikel 11 van de Zorgverzekeringswet, voor zover het geestelijke gezondheidszorg of verslavingszorg betreft, die wordt verleend aan een justitiabele met een psychiatrische aandoening of beperking, verslaving daaronder begrepen, of een verstandelijke handicap, en die al dan niet als een voorwaarde, onderdeel uitmaakt van een straf of een maatregel, of van de ten uitvoerlegging van een straf of maatregel, of als voorwaarde onderdeel uitmaakt van een sepot, een schorsing van de voorlopige hechtenis, of een gratieverlening op grond van de Gratielwet, dan wel onderdeel uitmaakt van een strafbeschikking waarbij een gedragsmaatregel wordt opgelegd. Beveiliging kan onderdeel uitmaken van forensische zorg. De eerste volzin is niet van toepassing op zorg die al dan niet als voorwaarde onderdeel uitmaakt van een straf of maatregel bedoeld in het Eerste boek, Titel VIII A, van het Wetboek van Strafrecht. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kunnen andere vormen van zorg worden aangemerkt als forensische zorg dan wel daarvan worden uitgesloten.’

3 Kwalitatief goede zorg gericht op de veiligheid van de samenleving.

4 Goede aansluiting tussen de forensische en de curatieve zorg.

Deze doelstellingen zijn vertaald in het voorgestelde art. 2.1 Wfz waarin in feite een aanpassing of nadere invulling van het resocialisatiebeginsel (dat hierboven uit de Pbw en de Bvt is besproken) is gegeven, voor het geval een justitiabele forensische zorg nodig heeft: “met inachtneming van het karakter van de vrijheidsbenemende straf of maatregel wordt de tenuitvoerlegging hiervan zo veel als mogelijk aangewend voor het herstel van de patiënt en vermindering van de kans op recidive, ten behoeve van de veiligheid van de samenleving”.

In het kader van de organisatie van de forensische zorg voorziet de Wfz in de regeling van de volgende ‘middelen’ die de voornaamste onderdelen van de Wfz uitmaken. De rijks- en private instellingen voor forensische zorg worden door de Minister van VenJ aangewezen. Het is ook deze minister die de forensische zorg inkoopt (ook in de GGZ) op basis van prestatie-indicatoren. De financiering loopt via de begroting van VenJ. De Wfz voorziet in een systeem van indicatiestelling. Dat is een met redenen omkleed, gedagtekend en ondertekend advies van deskundigen, opgesteld op basis van onderzoek van de verdachte, veroordeelde of gedetineerde, waarin de forensische zorgbehoefte en het noodzakelijk beveiligingsniveau is opgenomen (art. 1.1 onder e Wfz). Het is wederom de Minister van VenJ die, als enige, de organen aanwijst die een indicatie kunnen afgeven. De minister kan een nieuwe indicatiestelling gelasten indien de oude niet meer voorziet in de noodzakelijke forensische zorg. De Wfz laat veel van de verdere inrichting van de indicatiestelling over aan nadere regeling bij AMvB.

Het is de bedoeling dat op basis van deze indicatiestelling vervolgens tot de meest aangewezen strafrechtelijke titel wordt besloten, om de in de indicatiestelling geconstateerde zorgbehoefte/beveiligingsniveau te realiseren. Aan de forensische patiënt wordt, na de oplegging van een strafrechtelijke titel (vervolgens) de forensische zorg verleend, waarop die patiënt blijkens de strafrechtelijke titel is aangewezen. De minister voorziet in het doen ten uitvoer leggen van forensische zorg. Dat is voorzien in art. 2.2 Wfz, in feite een soort verbijzondering van art. 553 Sv op basis waarvan de minister van VenJ nu reeds de facto en in de toekomst de jure belast is met de tenuitvoerlegging van strafrechtelijke beslissingen. Daarbij bepaalt art. 2.2 lid 3 Wfz dat van de forensische patiënt geen bijdrage in de kosten voor verblijf in een instelling kan worden gevraagd.<sup>297</sup> De opdracht de in de strafrechtelijke titel voorziene forensische zorg te verlenen, realiseert de minister van VenJ doordat hij (als enige) besluit over plaatsing, overplaatsing en overbrenging van de forensische patiënt naar een instelling voor forensische zorg. De hele materie van de plaatsing, overplaatsing en overbrenging in het kader van FZ wordt in de Wfz geregeld, zo is de bedoeling, al blijven voor de interne en externe rechtspositie van belang zijnde sectorregelingen als de Pbw en de Bvt van toepassing; zie nader hierna 4.3. Het OM dient de minister van advies over het niveau van beveiliging c.q. over de te stellen voorwaarden waaraan de forensische zorg in een bepaald geval moet voldoen.

Na de beslissing tot plaatsing is er voor de betreffende instelling een plicht tot opname en zorgverlening. Bij niet-naleving kan dat tot een bestuurlijke boete leiden. Voor ‘vrijwillige’ opname (bijvoorbeeld in het kader van een voorwaardelijke veroordeling), is machtiging van de minister noodzakelijk, waarbij opvalt dat art. 6.4. Wfz slechts enkele voorwaardelijke titels noemt. De Minister

---

297 Art. 2.7 onder a en b suggereren anders, maar vervallen door wetsvoorstel 33 2012.

van VenJ kan aan het hoofd van de instelling machtiging verlenen tot beëindiging van de behandeling en ontslag van forensische patiënten uit de instelling onder de bijzondere voorwaarden in art. 6.4 Wfz voorzien. Opvallend is daarbij genoemd wordt het feit dat de werkingsduur van de strafrechtelijke titel is geëindigd en ook hier heeft deze voorwaarde betrekking op patiënten die op voorwaarden en dus vrijwillig opgenomen zijn. In het eerste geval is de vraag waarop de bemoeienis van de minister precies steunt en op welke grond machtiging zou kunnen worden geweigerd, tenzij sprake is van een andere strafrechtelijke titel. In het tweede geval moet worden opgemerkt dat er geen grond is de betreffende, vrijwillig opgenomen patiënt vast te houden in afwachting van de beslissing op de verlofmachtiging. Ongeoorloofde afwezigheid en bijzondere voorvallen tijdens de tenuitvoerlegging dienen aan de Minister van VenJ te worden gemeld, ook als de patiënt buiten de instelling of inrichting verblijft. De Minister kan dan in mogelijke vervolgstappen voorzien, bijvoorbeeld plaatsing in een andere inrichting om te zien of overplaatsing geïndiceerd is (art. 6.5 Wfz). Een dergelijke meldplicht geldt in de forensische GGZ op basis van de Wet Bopz niet. Dit is een verbijzondering in het kader van de FZ ten opzichte van de regeling ter zake in de meeste voorwaardelijke strafrechtelijke titels. Dit is te onderscheiden van de meldplicht van ongeoorloofde afwezigheid en bijzondere voorvallen aan degene die met de begeleiding en het toezicht op de forensische patiënt zijn belast. Dat laatste zal in het kader van opnemings als bijzondere voorwaarde, naast de reclassering, vooral het OM zijn (art. 2.4. Wfz), dat op basis daarvan de sanctie, gesteld op overtreding van de voorwaarden (alsnog dwangverpleging, alsnog voorwaardelijk opgelegde straf ondergaan), kan initiëren.

### **Wetsvoorstellen die de Wfz wijzigen of aanvullen**

Voor een goed begrip is het aangewezen te memoreren dat de tekst van het wetsvoorstel Wfz, zoals thans bij de Eerste Kamer aanhangig, nog door verschillende andere wetsvoorstellen wordt gewijzigd en aangevuld. Voor zover van belang voor de bestaande strafrechtelijke titels inzake forensische zorg, komen dergelijke voorstellen hierna bij de bespreking van de externe en interne rechtspositie nog nader aan de orde. In het kader van niet altijd even goed doorzichtig geheel van (voorgestelde) wettelijke regelingen zijn in elk geval relevant:

- Het verval van art. 2.7 onder a en b Wfz door wetsvoorstel 33 012 is hiervoor al genoemd;
- Genoemd wetsvoorstel 33 012 doet ook de artikelen 7.13B-D Wfz vervallen; hetzelfde staat overigens ook (maar dan inclusief art. 7.13) in wetsvoorstel 32 402;
- De definitie van ‘instelling’ respectievelijk van ‘zorgaanbieder’ in art. 1 Wfz wordt door wetsvoorstel 32 402 gewijzigd;
- Door wetsvoorstel 33 683 wordt art. 7.11 Wfz gewijzigd;
- Wetsvoorstel 33 745 wijzigt art. 6.6 Wfz: elektronische detentie blijft bij forensische zorg mogelijk, maar het penitentiair programma in de Pbw wordt afgeschaft. Het wetsvoorstel bevat ook een wijziging van art. 15 lid 5 Pbw;
- ARTIKEL XLVIId uit wetsvoorstel 33 771 (Verzamelwet Veiligheid en Justitie 2013) bevat nog verbeteringen van enkele misslagen;
- Wetsvoorstel 33 062 inzake een verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling, zal ook in de instellingen voor forensische zorg gaan gelden;
- Door wetsvoorstel 33 841 (Wet maatschappelijke ondersteuning 2015) worden begeleiding, beschermd wonen en persoonlijke verzorging toegevoegd aan hetgeen in art. 1.1, tweede lid, eerste volzin, Wfz onder forensische zorg wordt verstaan;

- De verwijzing in de Wfz naar de AWBZ wordt door wetsvoorstel 33 891 vervangen door een verwijzing naar de Wet langdurige zorg, waarin dat wetsvoorstel beoogt te voorzien;
- De inmiddels in het Staatsblad verschenen Wet van 19 juni 2013, Stb. 225, die blijkens de titel betrekking heeft op de Opiumwet, de wet wapens en munitie en ‘enkele andere wettelijke voorschriften van strafvorderlijke aard’ heeft voorzien in herstel van het eerder per abuis vervallen art. 2.4 Wfz. In gevolge dit artikel is het OM belast met het toezicht op de naleving van de voorwaarden inzake de verlening van forensische zorg op de verschillende voorwaardelijke titels, zoals bijvoorbeeld die van voorwaardelijke veroordeling. De Minister kan een reclasseringsinstelling de opdracht geven begeleiding te bieden en toezicht te houden op de naleving van de voorwaarden, onder de eis dat het niet-naleven van een voorwaarde door die instelling onverwijld aan het OM wordt gemeld (art. 2.4 lid 3 Wfz);
- Gaandeweg wordt, daar waar in de Wfz nog sprake is van de minister van justitie, voorgesteld deze aanduiding te vervangen door ‘onze minister’ die niet meer alleen van justitie is.

### **Strafrechtelijke titels: uitbreiding inzet ervan; wettelijke samenhang met Wet Bopz, Wvvgz en WZD**

Met deze, hierboven geschetste organisatie van de forensische zorg, voorziet de Wfz (nog) niet in wijziging of aanvulling van de strafrechtelijke titels die kunnen worden gebruikt om de door geïndiceerde forensische zorg te realiseren, noch in enige wijziging van de regeling van de interne rechtspositie van degene die zich in de tenuitvoerlegging van een dergelijke titel bevindt. De verdere ontwikkeling van de interne en externe rechtspositie is, ook in de parlementaire behandeling van de Wfz zoals gezegd al enige malen aangeduid als het logische vervolg op de Wfz als kader- en organisatiewet. Die interne en externe rechtspositie komen hierna in dit hoofdstuk nog separaat en uitvoerig aan de orde. In deze inleidende paragraaf worden enkele hoofdlijnen gesignaleerd.

#### **Wfz en externe rechtspositie**

Het wetsvoorstel Wfz laat de regeling van de beslissing tot toepassing van de strafrechtelijke titels (zoals veroordeling door de rechter), de daartegen mogelijke rechtsmiddelen en de bestaande rechtsmiddelen tegen (over-)plaatsing in het kader van de tenuitvoerlegging in stand. Toch heeft het wetsvoorstel voor het overige enkele belangrijke consequenties voor de externe rechtspositie. Het wetsvoorstel Wfz bevat immers een hoofdstuk 7 inzake wijziging van andere wetten. In dat hoofdstuk is een cruciale wijziging van het bestaande art. 37 Sr opgenomen. In die huidige bepaling is het afgeven van een machtiging krachtens de Wet Bopz gebonden aan de – betrekkelijk uitzonderlijke – situatie van algehele ontoerekenbaarheid van de verdachte wegens gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens (in de toekomst volgens de Wvvgz ‘psychische stoornis of verstandelijke beperking’). Het nieuwe art. 37 Sr uit de Wfz maakt een dergelijke machtiging echter voortaan mogelijk ‘in de gevallen, bedoeld in art. 2.3 van de Wet forensische zorg’.

Welnu, genoemd art. 2.3 maakt het afgeven van die machtiging juist vrijwel onbeperkt mogelijk omdat de machtiging ingevolge dat voorgestelde artikel bij afzonderlijke beslissing kan worden

toegepast naast veroordeling, schuldig verklaring zonder oplegging van straf<sup>298</sup>, naast vrijspraak of ontslag van alle rechtsvervolging (ongeacht de grond voor die laatste beslissing, dus niet alleen maar ontoerekeningsvatbaarheid wegens psychische stoornis), in geval de rechter de TBS, de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege of de plaatsing in een inrichting voor jeugdigen niet verlengt, dan wel geheel afzonderlijk, dat wil zeggen bij een op zichzelf staande rechterlijke beschikking op vordering van het OM.

Alvorens op de belangrijke implicatie van dit voorstel in te gaan, moet worden vermeld dat het in de Wfz opgenomen, nieuwe, ruime art. 37 Sr nog uitgaat van een Wet Bopz-machtiging. Maar er is in de Wfz, in het bijzonder in art. 7.5, (uiteraard) in voorzien dat, mocht de Wvvgz in werking treden, de strafrechter in alle in art. 2.3 Wfz genoemde gevallen, niet langer de machtiging van de Wet Bopz kan geven, maar de machtiging als bedoeld in de Wvvgz. En datzelfde art. 7.5 van de Wfz voegt daar de machtiging als bedoeld in het ontwerp voor de Wet zorg en dwang voor alle gevallen van art. 2.3 Wfz aan toe, mocht de strafrechter tot de conclusie komen dat aan de voorwaarden voor een machtiging als in die wet bedoeld, voldaan is.

Onder de Wfz zijn met betrekking tot de strafrechtelijke titels, daarmee twee ontwikkelingen in het bijzonder van belang. Bestaande titels, waaraan de Wfz verder geen afbreuk doet, worden nadrukkelijker voor het realiseren van de geïndiceerde forensische zorg gebruikt. Daarin schuilt de dynamiek van het concept van de forensische zorg, welke dynamiek een veel grotere aanspraak zal betekenen op de door- en uitstroom binnen de forensische zorg in en tussen de drie domeinen daarvan (zie ook hierna nader onder 'grensverkeer'). De tweede ontwikkeling is, dat de strafrechter op eigen, justitieel-ministeriële indicatiestelling in veel meer gevallen een GGZ-machtiging kan afgeven. Daarbij is separaat van belang dat het in het huidige art. 37 Sr gaat om ontoerekenbare verdachte die daarom strafrechtelijk worden ontslagen van alle rechtsvervolging. Daarmee eindigt elke strafrechtelijke titel zodat in zoverre samenloop van titels, welke ook in de tenuitvoerlegging naast elkaar doorlopen, geen sprake is. Daaraan ontleent het huidige art. 51 lid 1 Bopz, zoals nog gewijzigd door wetsvoorstel 33 771 en art. 7.6 Wfz, een deel van zijn betekenis; zie nader hierna onder grensverkeer. Dat wordt onder het nieuwe art. 37 Sr fundamenteel anders. De zorgmachtiging kan, maar hoeft niet, eerst na afloop van de strafrechtelijke titel te worden ten uitvoer gelegd. De tenuitvoerlegging ervan kan ook aan de tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke titel vooraf gaan, of daarmee ten dele samenlopen. Er zal dus in meer gevallen door de strafrechter/het strafrecht een beroep op de forensische GGZ worden gedaan, welk beroep moet worden ingevuld met (enerzijds) de organisatieregeling van de Wfz en (anderzijds) met de inhoudelijke regeling, in het bijzonder van de vorm en de inhoudelijke criteria van de strafrechtelijke titel (externe rechtspositie), alsmede de inrichting van de tenuitvoerlegging (interne rechtspositie) zoals voorzien in (nu nog) de Wet Bopz, in de toekomst de Wvvgz en de WZD en, eventueel, de WGBO. In gevallen van samenloop is dan goede afstemming van titels noodzakelijk. Net zoals thans het geval is in art. 51 van de Wet Bopz, dat, als gezegd, nog wordt gewijzigd door wetsvoorstel 33 771 en art. 7.6 Wfz, bevat daarom zowel de Wvvgz als de WZD een onderdeel<sup>299</sup> met bijzondere bepalingen ten aanzien van personen met een justitiële titel, respectievelijk 'cliënten voor wie onze minister van veiligheid en justitie

---

298 Artikel 9a Sr.

299 Hoofdstuk 9 Wvvgz respectievelijk art. 49 WZD. Deze artikelen worden in 4.4. nog nader besproken.



medeverantwoordelijkheid draagt' (het verschil in opschrift leent zich voor harmonisatie). Zie over de betekenis van deze bepaling nader hierna onder 'grensverkeer' (4.3).

### **Aangekondigde wijziging**

Kort voor de afsluiting van de tekst is vanwege het Ministerie van VenJ het voornemen openbaar gemaakt om het nieuwe art. 37 Sr te doen vervallen en daarin opgenomen mogelijkheid voor de strafrechter om bij afzonderlijke beslissing een zorgmachtiging te kunnen verlenen, over te brengen naar art. 2.3 Wfz. Ook deze voorgenen wijziging komt hierna bij het grensverkeer nog aan de orde.

### **De Wfz en de regeling van de interne rechtspositie**

De Wfz is uitdrukkelijk bedoeld als kaderwet voor de inrichting, toeleiding en realisering van forensische zorg. Zij bevat zelf geen regeling van rechtspositie van 'de' forensische patiënt, noch enig voorstel tot harmonisatie van de interne rechtspositie. Met de nieuwe Wet Forensische Zorg verandert er daarmee niets ten aanzien van de interne rechtspositie. Een aantal wijzigingen dat samenhangt met de Wfz heeft overigens wel effect op de interne rechtspositie of kan dit hebben. Voorts heeft de overkoepelende centrale doelstelling, het hiervoor al geciteerde resocialisatiebeginsel dat ook in de Wfz wordt verwoord, ook betrekking op de inrichting van de interne rechtspositie; het is voor die regeling op z'n minst een normatief-leidend uitgangspunt. De MvT zegt hierover dat het uitgangspunt van de regering is om de rechtspositie "niet te beperken".<sup>300</sup>

### **Samenvattend: Forensische zorg en de Wfz als dynamisch concept**

De ontwikkeling van het concept van forensische zorg, de wijzigingen waartoe zulks nu reeds heeft geleid en de 'bekroning' van de ontwikkelingen met de Wfz als kader- en organisatiewet, maakt duidelijk dat de forensische zorg in een zeer dynamisch kader van ontwikkelingen terecht is gekomen. Dat is een positief te waarderen kwalificatie, onder andere blijkend uit het feit dat de doelstellingen van de Wfz breed worden onderschreven. De dynamiek wordt immers gedragen door de inhoudelijke gedachte om elke forensische patiënt, op basis van de indicatiestelling, op die zorgplaats te krijgen welke uit een oogpunt van zorg en strafrechtelijke resocialisatie (waaronder beveiliging en recidivevermindering is begrepen), op basis van de betreffende strafrechtelijke titel het meest aangewezen is. Daarvan zal ook het succes van de operatie afhangen. Van doorslaggevend belang is, dat meer dan ooit sprake is van een overkoepelend concept van forensische zorg dat beoogt de betrokken justitiabele op basis van adequate en tijdige diagnostisering bij adequate beslissingen binnen de gehele strafrechtsketen van opsporing, vervolging, berechting en tenuitvoerlegging, steeds daar te plaatsen waar dat in de optimale mix van forensische zorg gericht op herstel en beveiliging van de samenleving, binnen het karakter van straf of maatregel het meest aangewezen is. Forensische zorg kan daarbij verschillende doelen hebben, of, op basis van het karakter van de titel, verschillende 'gezichten'. De reeds ontstane en voor de toekomst gewenste dynamiek van overkoepelende inrichting maakt het meer dan ooit noodzakelijk voorheen bestaande 'schotten' op

---

300 *Kamerstukken II*, 2009/10, 32398, nr.3.

het gebied van de drie traditionele terreinen van forensische zorg te overstijgen. Met name soepele en adequate instroom en plaatsing, alsmede adequate door- en uitstroom zijn voor het welslagen van een dergelijk dynamisch concept van groot belang. Dan is van betekenis dat de Wfz als kader- en organisatie wet 'leunt' op de traditionele driedeling van de sectoren van forensische zorg: gevangeniswezen, TBS en GGZ. Met de Wfz wordt een groter beroep dan ooit gedaan op de GGZ-sector en de regelgeving daarbinnen, om mede vorm te geven aan forensische zorg. Dat kan zowel op basis van een strafrechtelijke titel alleen (met plaatsing in de forensische GGZ), dan wel of ook op basis van een aansluitende, reeds eerder op grond van art. 2.3 Wfz afgegeven zorgmachtiging alsmede, en dat is nieuw, op basis van een strafrechtelijke titel terwijl ook een zorgmachtiging is afgegeven. In de eerste en derde situatie is sprake van samenloop van titels. Zie daarover nader onder 4.3. bij grensverkeer. Steeds rijst de vraag of in goede en vanzelfsprekende aansluiting wordt voorzien. Die vraag rijst te meer nu de inrichting van de GGZ-sector wordt gekenmerkt door de overgang van de Wet Bopz naar de Wvvgz. In dit kader past in deze inleiding van dit hoofdstuk ook enige aandacht aan kritiek op de Wfz in de literatuur.

### **Kritiek op Wfz in literatuur**

Er is in de literatuur wel enige zorg geuit over de werking van de Wfz in relatie tot het GGZ-veld en de herinrichting ervan. Enkele aspecten worden daarvan op deze plaats belicht, met name die welke ook na de verschillende wijzigingen die tijdens de behandeling in de Tweede Kamer zijn aangebracht, nog van belang zijn.

Otte<sup>301</sup> heeft gewezen op de traditionele cultuurverschillen tussen, met name, de GGZ-sector en de beide andere sectoren van forensische zorg, en de voor een deel al langer bestaande moeilijkheden in de aansluiting en doorstroming. Hij omarmt het nieuwe perspectief van de forensische zorg en doel en noodzaak van de Wfz, maar heeft ook zo zijn twijfels. Het te formele kader van 'samenwerking' in de Wfz lijkt niet aangewezen om bestaande verschillen te overkomen. Zo dringt hij aan op afstemming tussen gerecht en indicatiesteller over vroegtijdige mogelijkheden tot rapportage. Afstemming en overleg acht hij belangrijker dan het formeel regelen van gezagsverhoudingen op het geduldige papier, in welk kader hij uitdrukkelijk opmerkt in zijn bijdrage voorbij te gaan aan de regeling van de opnameplicht voor de instellingen voor forensische zorg (met boete bij verzuim) in de Wfz. De auteur acht het problematisch dat de strafrechter in toenemende mate afhankelijk wordt van het advies van deskundigen, in het bijzonder in verband met de indicatiestelling, en eventuele beleidsafspraken inzake de inrichting van forensische zorg die de rechter te zeer binden, ook al is inmiddels de mogelijkheid geschapen dat indicatiestelling het rechterlijk vonnis volgt (art. 51. Wfz). Het lijkt hem enerzijds niet vanzelfsprekend dat de strafrechter altijd zal volgen in de de indicatiestelling uitgezette lijn van forensische zorg, (al dan niet veroorzaakt door wat de auteur aanduidt als 'rechterlijk onbehagen' over de moeizame uitvoering van zijn beslissingen). Hij wijst erop dat ook onder de Wfz de inrichting van forensische zorg een 'afgeleide' is van de strafvordering en niet omgekeerd dat de strafrechter zich bij zijn strafvorderlijke beslissingen heeft te schikken naar de uitgezette lijnen van inrichting van forensische zorg. Ook is er volgens deze auteur meer feitelijke afhankelijkheid van de rechters, indicatiestellers en de klinieken en het forensisch veld in het

---

301 Otte 2011, p. 153- 162.

algemeen. Hij wijst in dat kader op het risico van bureaucratie en van de noodzaak van continu toezicht (en waarschijnlijk ook sturing) van het proces van inrichting van forensische zorg. Bij die noodzaak zijn cultuurverschillen tussen de sectoren geen bevorderende factoren. Ook wijst Otte er, omgekeerd, op dat de nieuwe regeling ook wel eens te veel van de strafrechter zou kunnen vragen. In dat kader is de door hem gesignaleerde vraag van belang of de strafrechter wel belast moet worden met beslissingen met een verre gaande uitwerking in de executieve sfeer, waar de strafrechter wel eens helemaal niet toe geëquipeerd zou kunnen zijn. Otte beantwoordt de vraag niet, maar zij is voor een bepaald onderdeel van de Wfz wel van belang. Anders dan onder de Wet Bopz, waarin de rechter beslist tot dwangopname, moet hij onder de Wvggz gedetailleerd beslissen over de inhoud van de zorgmachtiging (van welke inhoud gedwongen opname onderdeel kan zijn). De rechterlijke beslissing is gelijk aan die van de (civiele) rechter in de Wvggz (zie hoofdstuk 3). Maar juist de strafrechter, die op grond van art. 2.3 Wfz in veel meer gevallen een zorgmachtiging kan en zal gaan geven, komt dan gemakkelijk in een wat voor hem vreemde situatie, mede omdat het binnen het strafrechtelijk sanctiestelsel regel is dat de straf opleggende rechter geen bemoeienis heeft (en dus ook niet hoeft te hebben) met de inrichting van de tenuitvoerlegging. Als dus het afgeven van een zorgmachtiging in de toekomst te veel (inhoudelijk of qua belasting) van de strafrechter zal vragen omdat hij zich voor zijn beslissing (inrichting zorgmachtiging) te veel buiten het hem vertrouwde terrein moet begeven, kan dat de toepassing van art. 2.3 Wfz beïnvloeden. De vergelijking dringt zich op met de situatie dat de strafrechter een civiele vordering van een benadeelde partij, die de rechter vanwege de ingewikkeldheid van de vordering en de belasting ervan op de behandeling van de strafzaak, daarom buiten behandeling laat. In zoverre is de bestaande Wet Bopz voor de strafrechter gemakkelijker dan de Wvggz en de WZD.

Ook Verwaaijen<sup>302</sup> onderstreept het belang om in de inrichting en toepassing soepel aan te sluiten bij de veelvormige praktijk, waarin – onder andere – het toestandsbeeld van de patiënt kan fluctueren, op basis van de mogelijkheden die Wfz en Wvggz in onderling verband bieden. Maar ook zij benadrukt dat zulks in de praktijk nog maar vorm moet zien te worden gegeven.

Fundamenteler is de kritiek van Kruit.<sup>303</sup> Afgezien van kritiek op de organisatie van de Forensische Zorg, zoals in het wetsvoorstel opgenomen, meent zij immers dat het wetsvoorstel nog te zeer voorbij gaat aan de problemen in de lastige praktijk van de ten uitvoerlegging van strafrechtelijke titels betreffende de (gedwongen) zorg voor de moeilijke groep van de vooral voor andere gevaarlijke verdachten/daders/patiënten. Het doel van de Wfz is naar haar oordeel nog te weinig op het inrichten van adequate zorg gericht. Zij acht het mogelijk dat zorg op grond van de Wfz de kwaliteit van de forensische zorg toch achterblijft nu zorg gerelateerde onderwerpen als het equivalentiebeginsel geen deel uitmaken van de Wfz. Verder plaatst zij kanttekeningen bij het in stand laten van de bestaande regelingen in de interne rechtspositie (en de verschillen daartussen). De kern van haar kritiek is wellicht te begrijpen als een verwijt dat de Wfz niet ver genoeg gaat. Juist vanwege het dynamisch karakter dat de Wfz in de forensische zorg te weeg brengt, is verdere harmonisatie van wetgeving, op basis van heldere, algemene uitgangspunten voor de inrichting van 'straf en zorg'<sup>304</sup>

---

302 Verwaaijen 2011.

303 Kruit 2012.

304 De auteur verwijst in haar bijdrage enige malen nadrukkelijk naar het rapport 'Straf en zorg: een paar apart' van de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling uit 2007.

van belang. Anders zal de doelstelling van betere plaatsing en doorstroming van forensische patiënten naar haar oordeel mogelijk niet lukken. Dergelijke kritiek van ‘eerst zien en dan geloven’, klinkt ook wel door in de adviezen die over het oorspronkelijk voorstel voor de Wfz zijn uitgebracht. Dergelijke kritiek is op zichzelf niet alleen kritiek op of argument tegen de Wfz. De bepleite nadere stappen van harmonisatie worden door de dynamiek die met de Wfz in de forensische zorg wordt aangebracht, noodzakelijk, terwijl anderzijds voor de uitvoering ervan op de onderling verschillende wetgeving in de drie bestaande sectoren wordt geleund. De doelstellingen van de Wfz als zodanig worden in deze kritiek in feite juist omarmd.

Van andere aard is sommige kritiek uit het GGZ-veld. De toenemende aanspraak die justitie doet op de GGZ om te voorzien in adequate forensische GGZ ten behoeve van personen met (soms: ook) een strafrechtelijke titel, wordt vanuit die hoek ten dele enigszins met lede ogen aangezien. De vrees is dat de inrichting van de GGZ-sector, die niet in de eerste plaats voor personen met een strafrechtelijke titel geschreven is, negatief wordt beïnvloed door de wens dat de inrichting van de GGZ-sector meer dan ooit ook tegemoet moet komen aan de eisen en wensen van ‘justitie’. In deze kritiek verliest de meer casusgerichte verantwoordelijkheid (ook met het oog op beveiliging en recidivevermindering) van Justitie het dan (te) gemakkelijk van de wat meer afstandelijke stelselverantwoordelijkheid van WVS. Daarbinnen ‘verliest’ de opzet van de slechts in concrete gevallen op basis van de zorgmachtiging te realiseren beperkingen in rechten (interne rechtspositie: een benadering die door de Wvvggz ten opzichte van de Wet Bopz wordt versterkt), het dan te gemakkelijk van formele regeling van allerlei mogelijke, soms ook algemenere inbreuken op onderdelen van de interne rechtspositie, zoals in de Pbw en de Bvt voor de beide andere sectoren mogelijk is. Dat is de kritiek dat de ‘goeden’ in de GGZ onder de ‘kwaden’ zullen lijden, in elk geval bij volledige samenplaatsing. Deze ‘goeden’ zullen geconfronteerd worden met minder ambulantisering en andere uitgangspunten van de Wvvggz, en meer met beveiliging, met beperking van rechten, met medezeggenschap van de Minister van VenJ, e.d, en, bij samenplaatsing, wellicht lijden onder elkaars stigma (‘niet alleen crimineel, maar ook nog gek’; respectievelijk ‘niet alleen gek, maar ook nog crimineel’). In dit licht is door Widdershoven aangedrongen op – in elk geval feitelijke – scheiding van patiënten en sectoren; de strafrechtelijke titel zou geen invloed moeten hebben op de ten uitvoerlegging van zorg onder de GGZ-regeling van de Wet Bopz en Wvvggz; ‘bij gedwongen zorg binnen de reguliere GGZ is justitiële bemoeienis in beginsel niet geëigend’.<sup>305</sup> Ook de zeggenschap van de Minister van VenJ inzake de externe rechtspositie (zoals bij het huidige art. 51 Wet Bopz, aangevuld als voorgesteld in art. 7.6 Wfz), laat staan de uitbreiding ervan in wetsvoorstel 33 771, past in deze benadering minder goed.<sup>306</sup> In feite wordt deze benadering van scheiding door de Wfz tot op grote hoogte en ten principale verlaten, waardoor juist afstemmingsregelingen nodig en gewenst zijn (zie nader hierna 4.3. Grensverkeer), al zal ook onder de Wvvggz feitelijk de uitvoering van een zorgmachtiging nogal eens na afloop van de strafrechtelijke titel een aanvang nemen. Voor wat betreft de interne rechtspositie gaat deze kritiek er in algemene zin aan voorbij dat ook vanuit de niet-forensische GGZ de roep klinkt om meer mogelijkheden te hebben voor beveiliging en – met name – mogelijkheden om gedwongen zorg vorm te geven, ook door met dwang desnoods rechten van patiënten adequaat te kunnen beperken. Zulks te meer, omdat de titel van verblijf in de GGZ

---

305 Widdershoven en Dörenberg 2014 p. 114 en Widdershoven 2013.

306 Widdershoven 2014, p. 3-5.

(civielrechtelijk of strafrechtelijk) deels toevallig is en de patiëntenpopulatie ten dele vergelijkbaar is. Waar gedwongen zorg in GGZ-kader ook kan worden opgelegd op de grondslag van gevaar voor anderen (en niet alleen voor zichzelf), is ook de wettelijke grondslag voor gedwongen zorg in zoverre vergelijkbaar, al gaat achter dat objectief-woordelijk gelijke gevaarscriterium nogal eens ander soort gevaar schuil. Beveiliging moet dan niet door terugkeergarantie binnen justitie worden gerealiseerd, maar binnen de GGZ zelf, door adequate regelgeving van externe en interne rechtspositie.<sup>307</sup> Sommigen bepleiten in dat kader zelfs verdere uitbreiding van het model van inkoop door het Ministerie van VenJ.<sup>308</sup>

Vanuit deze kritiek van een te zeer belastende ineenvloeiing van patiënten is met name ook de indringende rol van het ministerie in de Wfz onder kritiek gesteld, een aspect dat Otte wellicht eerder positief beoordeelt in het kader van de noodzakelijke sturing van het hele proces van forensische zorg in een afzonderlijke geval, welke sturing in verband met de grillige praktijk noodzakelijk is.

#### 4.1.6 Opzet van het onderzoek in deze sector

Na de bovenstaande schets wordt in het hierna volgende ten behoeve van de beantwoording van de onderzoeksvragen allereerst nader in gegaan op de externe rechtspositie (4.2.). Het geldend recht is daartoe in een schema opgenomen, welk schema (bijlage G, schema B) dus een integraal onderdeel van dit hoofdstuk is. Opvallende verschillen worden beschreven. Alvorens de interne rechtspositie te beschrijven, wordt apart aandacht besteed aan het 'grensverkeer' en de gevolgen voor de regelingen van de externe en interne rechtspositie. Daarbij komt ook art. 51 Wet Bopz en de samenloop tussen titels waarop forensische zorg kan worden verleend aan de orde. Het bestaande en het komende recht, zoals hiervoor uiteen gezet, wordt daarbij opnieuw onderscheiden. De uitvoerige materie rechtvaardigde een aparte bespreking van het grensverkeer. Onderdeel 4.4. is aan de interne rechtspositie gewijd. Ook ter zake daarvan is het geldende recht uitvoerig in een schema uiteen gezet. Deze regelingen, de overeenkomsten en de verschillen worden in 4.4. nader besproken. Met name de Pbw en de Bvt komen uitvoerig aan de orde, ook vanuit de doelstellingen van de Wfz. In de opmaat naar hoofdstuk 6 worden de uitkomsten van de onderdelen 4.1.- 4.4. in onderdeel 4.5. nader geanalyseerd.

##### **Opzet van het empirisch onderzoek**

Voor het empirische deel van dit onderzoek is gebruik gemaakt van een aantal onderzoeksmethoden. Er is een vragenlijst uitgezet onder medewerkers van forensische instellingen. De vragenlijst is in totaal ingevuld door 129 personen: 68 medewerkers van forensische GGZ instellingen,

---

307 Zie in dit kader ook aanbeveling 23 uit het derde evaluatierapport van de Wet Bopz 'Voortschrijdende inzichten', Ministerie van VWS, 2007.

308 Vgl. Zwemstra 2013, p. 70-77.

9 medewerkers van PPC's en 57 medewerkers van FPC's.<sup>309</sup> In tabel 4.1 is weergegeven in welke beroepen de respondenten werkzaam zijn.<sup>310</sup>

Tabel 4.1: Beroep respondenten enquête – sector Forensische Zorg

beroep	TBS/FPC	GW/PPC	FGGZ/
	N=54	N=7	FPK/FPA
			N=63
Psychiater	2	1	7
Gedragsdeskundige / Psycholoog / (ortho)pedagoog	5	5	16
Verpleegkundige / SPV	9	–	18
Sociotherapeut	40	–	15
Begeleider	1	–	2
Anders	4	1	7

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Naast een vragenlijstonderzoek zijn interviews gehouden met betrokken actoren, zoals rechters, een advocaat, een OvJ, patiënten en andere betrokkenen uit de praktijk. Er is een casestudie uitgevoerd bij een FPC. Deze omvat het bestuderen van protocollen, een gesprek met een aantal medewerkers uit de instelling<sup>311</sup> en gesprekken met patiënten. In totaal is gesproken met 25 personen. Op die manier is inzicht verkregen in de praktijk met betrekking tot het opleggen van een titel en het toepassen van dwang en drang in de sector forensische zorg. Omdat met een beperkt aantal personen gesproken is, zijn de verkregen resultaten met name indicatief van aard en geven daardoor voornamelijk inzicht in de wijze waarop deze personen de praktijk ervaren. De informatie uit het empirisch onderzoek is in dit hoofdstuk verwerkt en is een weergave van de knelpunten en problemen waar geïnterviewden tegenaan lopen en van de informatie afkomstig uit het vragenlijstonderzoek.<sup>312</sup>

In bijlage D is meer informatie opgenomen over het empirisch onderzoek.

309 NB. Door vijf respondenten zijn twee antwoorden gegeven, waardoor het totaal aantal antwoorden (134) afwijkt van het aantal respondenten (129).

310 Wat opvalt is dat het aantal respondenten uit het gevangeniswezen (met name de PPC's) laag is. Voor de volledigheid worden die resultaten wel gepresenteerd, maar daar moet - bijvoorbeeld waar percentages genoemd worden - steeds bij bedacht worden dat het om enkelingen gaat. De verdeling over beroepen laat vooral zien dat uit FPC's veel sociotherapeuten de enquête hebben ingevuld. Bij de lezing van overige tabellen, moet ook dit steeds in het hoofd gehouden worden.

311 Er is gesproken met een sociotherapeut en een groepsleider.

312 Op een aantal aangewezen plaatsen zijn ter illustratie citaten uit de interviews of antwoorden op open vragen uit de enquête in ongenummerde kaders worden opgenomen. Sporadisch wordt daarnaar in de lopende tekst verwezen. De analyse van het onderzoek steunt niet zelfstandig op deze citaten of antwoorden.

## 4.2 Wetgeving met betrekking tot het opleggen van modaliteiten en overplaatsen (externe rechtspositie)

### 4.2.1 Inleidende opmerkingen

In het schema ‘Externe rechtspositie forensische zorg’ (bijlage G, schema A) staan de verschillende modaliteiten van gedwongen (of gedrongen) forensische zorg opgesomd met uitwerking van de regeling: vindplaats, doel, formele- en materiële criteria, duur, bijzondere overgangsmogelijkheden en overige relevante informatie. Het betreft (voorwaardelijke) sancties of strafvorderlijke beslissingen (of gratiëring), die tot externe rechtspositieregelingen bestempeld kunnen worden. Voorts is er een aantal overplaatsingsmogelijkheden tussen de terreinen voor zover die een overgang naar een zorgomgeving behelzen (bijvoorbeeld een overgang binnen forensische zorg van TBS naar GGZ). Deze overplaatsingsmogelijkheden zullen vollediger en nadrukkelijker in paragraaf 4.3 over grensverkeer besproken worden, welk onderdeel in zoverre ook aspecten van de externe rechtspositie belicht. Ook toekomstige wetgeving, voor zover nu bekend, wordt meegenomen. Het schema bevat in zoverre niet alle relevante informatie; elementen die evident zijn, zoals de beroepsmogelijkheid van hoger beroep tegen een strafrechtelijke veroordeling op zichzelf bijvoorbeeld, niet zijn opgenomen.

De keuze om deze informatie in een schema te plaatsen is tweeledig. Ten eerste wordt in de hoofdtekst een droge opsomming ervan voorkomen. Ten tweede zorgt het schema voor een snel overzicht, dat overigens ook laat zien hoe complex en samenhangend het geheel van regelgeving is. In deze paragraaf wordt, aanvullend aan het schema, aandacht besteed aan opvallende verschillen in de regeling van de modaliteiten die in deze sector worden opgelegd. Leidend daarbij zijn de vragen in hoeverre deze verschillen verklaard als ook gerechtvaardigd kunnen worden, in verhouding tot de vraag in hoeverre harmonisatie is aangewezen. In zoverre moet onderstaande tekst in samenhang met het schema worden gelezen.

### 4.2.2 Wat voor type modaliteiten worden onderscheiden?

In het oorspronkelijke wetsvoorstel forensische zorg was er nog sprake van ‘forensische zorgtitels’. In art 2.2 van het oorspronkelijke wetsvoorstel stond een opsomming van titels die als forensische zorg gefinancierd zouden worden.<sup>313</sup> De opsomming is echter geschrapt bij nota van wijziging, maar keert

---

<sup>313</sup> Forensische zorg kan worden verleend aan personen op grond van de volgende titels (verkort weergegeven):

- a. TBS met dwangverpleging (art. 37b en art. 38c Sr);
- b. TBS met voorwaarden (art. 38 Sr);
- c. Ter beschikking gestelden, die op eigen verzoek het verblijf voortzetten of opnieuw worden opgenomen;
- d. Voorwaardelijke veroordeling (art. 14c);
- e. Voorwaardelijke beëindiging van de dwangverpleging (art. 38g Sr);
- f. (On)voorwaardelijke ISD (art. 38m en art. 38p Sr);
- g. Voorwaardelijk sepot (art. 167 en art. 244 Sv);
- h. Schorsing voorlopige hechtenis (art. 80 Sv);
- i. Voorwaardelijke gratie (art. 13 Gratiewet);
- j. Voorwaardelijke invrijheidstelling (art. 15 Sr);

in samengevatte vorm terug in de eerder genoemde definitie van forensische zorg in art. 1 lid 2 Wfz.<sup>314</sup> In de toelichting staat dat geen inhoudelijke wijziging van enige titel is beoogd. Het is wetstechnisch eenvoudiger om de opsomming buiten de wet te houden: *'Indien de betreffende titels worden gewijzigd of aangepast, hoeft niet steeds te worden voorzien in een wijziging van het onderhavige wetsvoorstel.'* Er wordt bij vermeld, dat de lijst van titels zeker nog bruikbaar is voor de praktijk, *'aangezien hiermee op eenvoudige wijze kan worden nagegaan welke titels op het moment van indiening van deze nota van wijziging onder de werking van de in deze nota van wijziging opgenomen definitie vallen.'*<sup>315</sup> Juist vanwege deze veronderstelde bruikbaarheid is het van betekenis om de lijst naast de opsomming uit 'ons' schema te leggen.<sup>316</sup>

Het niet meer opsommen van de concrete, afzonderlijke titels is niet alleen logisch omdat het de 'gewone' strafrechtelijke titels zijn, waar zorg aan kan worden verbonden. Het heeft inderdaad ook als voordeel dat enkele, aanvankelijk in de opsomming nog niet opgenomen mogelijkheden om in het strafrecht tot zorg te komen, daar wel onder begrepen kunnen worden, mogelijk omdat die zorg niet onder de AWBZ of zorgverzekeringswet valt. Vooral in het WvSv zijn nog wel meer mogelijkheden te vinden dan aanvankelijk opgesomd, zoals art. 17 Sv: Spoedeisende maatregelen in geval van schorsing der vervolging waarbij een zorgmodaliteit als maatregel wordt getroffen. Nu een dergelijke spoedeisende maatregel kan volgen op procesonbekwaamheid op basis van een psychische stoornis is het in dit kader treffen van een zorgmodaliteit in theorie niet uit te sluiten, hoewel in de praktijk maar zeer sporadisch van die mogelijkheid gebruik wordt gemaakt.<sup>317</sup> Ook art. 509hh Sv (gedragsaanwijzing die inhoudt dat de verdachte zich zal doen begeleiden bij hulpverlening), art. 543 Sv (gerechtelijke bevelen die (mede) de aanwijzing van een zorgmodaliteit kunnen inhouden) en art. 570b (onderbreking tenuitvoerlegging vrijheidsstraf onder voorwaarden waarbij een zorgmodaliteit als voorwaarde wordt gesteld) kunnen in theorie leiden tot zorg. De overgangsmogelijkheden van artikel 13 Sr (gevangenis naar TBS) waren, mogelijk vanwege de andere financieringsgrondslag van gevangenisstraf/TBS in een FPC, ook niet genoemd. In zoverre is het schema uitgebreider dan de oorspronkelijke opsomming. De longstay-TBS-plaatsing hebben wij in het schema als relevante modaliteit toegevoegd omdat die raakt aan de duur van verblijf in de zorgomgeving, al betreft het in feite een teruggang in intensiteit van zorg; terwijl de plaatsing op een afdeling van intensieve zorg uit art. 32 Bvt in de praktijk geen betekenis heeft. Voor het bepaalde in art. 2.3 Wfz geldt dat (zorg)machtiging door de rechter (art. 37 Sr) bedoeld is als overgang richting GGZ, die ook niet van het Forensische Zorg budget van VenJ gefinancierd dient te worden en in zoverre buiten de definitie van forensische zorg in de Wfz valt, maar die in dit hoofdstuk wel aan de orde komt.

- 
- k. Strafbeschikking met aanwijzingen (art. 257 lid 3 Sv)
  - l. Deelname aan penitentiair programma
  - m. Overplaatsing op grond van de artikelen 15 Pbw, 43 Pbw en 14Bvt
  - n. Overplaatsing voor nieuwe indicatiestelling, opname in PPC
  - o. Plegen van poliklinische verrichtingen door GGZ in het gevangeniswezen

314 *Kamerstukken II, 2011/12, 32398, nr. 10.*

315 *Kamerstukken II, 2011/12, 32398, nr. 10, p. 15.*

316 Daarin staan, nu het in dit onderzoek om gedwongen zorg gaat, geen titels die slechts tot observatie leiden.

317 Zie voor de redenen daarvoor, Van der Wolf e.a. 2010.



De in het schema opgenomen modaliteiten laten zich op grote lijnen als volgt onderscheiden. Een deel betreft een sanctie (na berechting) en een ander deel een procesbeslissing. Deze laatste benaming is niet alleen van toepassing op het strafproces, maar ook op de tenuitvoerlegging van sancties (zoals bij overplaatsing, of bij stappen in het proces van vrijheidsbeneming naar vrijheidsbeperking of gratiëring). De fase waarin de procesbeslissing wordt genomen is bijvoorbeeld van belang voor wie er over de toepassing beslist. Voorts valt het verschil op tussen vrijheidsbenemende (gedwongen) modaliteiten en vrijheidsbeperkende (gedrongen). Dit onderscheid is bijvoorbeeld van belang voor de geldende interne rechtspositie (zie 4.3). Dat geldt ook voor het onderscheid tussen titels waarbij het strafrechtelijk kader - ook bij plaatsing in GGZ - leidend blijft en titels waarbij het zorgkader voorop staat.

### 4.2.3 Overwegingen bij het opleggen van een modaliteit van forensische zorg

Uit de in het schema genoemde modaliteiten blijkt, dat vanuit strafrechtelijk kader zowel zorg georganiseerd kan worden binnen dat kader, als ook daarbuiten. Het GGZ-tenzij principe stelt de laatste mogelijkheid voorop. Toch laat de hoeveelheid aan modaliteiten zien dat er kennelijk op verschillende momenten door verschillende autoriteiten beslissingen genomen kunnen worden over de verdachte/veroordeelde c.q. de strafzaak; vervolgtrajecten, binnen strafrecht of gericht op voortzetting ervan daarbuiten.

#### **‘Keuze’ tussen strafrechtelijk en civielrechtelijk traject**

Bij de keuze tot vervolging leidt het opportuniteitsbeginsel er bijvoorbeeld toe, dat de Officier van Justitie zelfstandig een keuze kan maken over die reactie. Hij kan kiezen voor het seponeren van de strafzaak en kiezen voor bijvoorbeeld een civielrechtelijk zorgtraject (in een nog vroeger stadium speelt de politie hier een rol in). Voor die keuze tussen het strafrechtelijk kader (mogelijk zorg inhoudend) en het civiele kader zijn geen specifieke richtlijnen, maar in de praktijk blijkt er wel enige houvast bij die beslissing.<sup>318</sup> En dan spreken we over de situatie dat de politie een verdachte aan het OM heeft aangemeld via de strafvorderlijke procedure en niet reeds zelfstandig besloten heeft een ‘verward persoon’ die overlastgevend is aangetroffen onder taak van de politie bij de crisisdienst van de naastgelegen GGZ-instelling in te leveren die via de burgermeesterlijke IBS verder gaat. Politie en GGZ sluiten hierover convenanten.<sup>319</sup>

Als sprake is van insluiting na arrestatie spelen de vroeghulp van de reclasering en de NIFP-consulent een rol bij de vraag of overplaatsing richting PPC of GGZ aangewezen is (als ook rapportage). Andere belangen en belanghebbenden kunnen ook invloed uitoefenen op wie beslist. Zo kan het OM

---

318 Uit onderzoek en jurisprudentie blijken bij zo’n sepot om ‘gezondheidsredenen’ bijvoorbeeld de ernst van het delict, het feit dat iemand al in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft en de aard van de stoornis (bijvoorbeeld een mentale leeftijd onder de vervolgbare) van belang. Zie voor een overzicht daarvan Van Marle, Mevis & van der Wolf 2013, p. 20 e.v.

319 Bijvoorbeeld over problemen rond politiecel en vervoer. Het begrip “verwarde personen” komt daar ook uit voort.

besluiten tot een strafbeschikking met zorgvoorwaarde, maar kan het slachtoffer bezwaar maken (12 Sv), waarna het Hof de vervolging kan bevelen.

### **Een officier van justitie over de keuze tussen straf- of civielrechtelijke route**

'Het traject van forensisch of GGZ begint bij de triage door de officier van dienst; de GGD arts en GGZ arts. Daar worden keuzes gemaakt voor het gehele vervolg traject. In dat voorstadium is bij de betrokken partijen niet bekend of iemand een titel heeft. Alleen een psychiater kan in een register kijken of iemand een (voorwaardelijk) RM heeft. Soms deelt de patiënt het zelf mee. Voor hem is het namelijk ook een soort bescherming, om niet in de gevangenis te komen.'

'Het maakt veel uit of de politie in het kader van de openbare orde (hulpverlener) of in het kader van het strafrecht (strafrecht) komt. Als iemand niet in goede doen is moet de politie een psychiater raadplegen. De psychiater vindt niet snel iemand gevaarlijk.'

'Het hangt af van de volgende dingen of er GGZ of een straftraject wordt gekozen: ernst van de derailering, ernst van de feiten, als je voor 't eerst een delict pleegt is er meer kans dat je niet in het strafrecht komt, bij meerdere keren zal wel de strafrecht weg worden gekozen.'

'Je weet niet meteen of iemand niet spoort. Er zijn eigenlijk twee soorten mensen: die waar je heel duidelijk ziet dat ze dingen niet op de rit hebben en die waar je dat niet aan ziet, maar waar later bijvoorbeeld uit de verhoren blijkt dat ze niet sporen.'

In zekere zin is bij deze beslissing nog geen sprake van grensverkeer (en wordt deze dus niet uitgebreid behandeld in paragraaf 4.3) tussen beide zuilen, omdat nog niet voor de ingang in de ene dan wel andere zuil is gekozen. Invloed van buitenaf kan ook richting een zuil sturen. Zo kan het OM ondanks evidente ontoerekenbaarheid en ernstige stoornis 'voor de zekerheid' (of media) besluiten niet zelf de civiele route te bewandelen maar juist te kiezen voor strafrechtelijke vervolging en in zoverre de 'keuze' aan de strafrechter te laten (en bijvoorbeeld ter terechtzitting wel toepassing van art. 37 Sr te requiren).

### **Zorg in strafrechtelijk kader**

Wanneer alle modaliteiten voor zorg in strafrechtelijk kader worden beschouwd, valt op dat de context en structuur waarin tot gedwongen zorg besloten kan worden verschilt. Anders dan in de reguliere psychiatrie wordt die context niet alleen door (gedwongen) zorg ingegeven en kritiek daarop kan dan ook niet louter gebaseerd zijn op wat uit een ooggpunt van adequate toeleiding van de juiste gedwongen zorg voor de hand zou liggen. Het toedelen van adequate zorg en dus ook het organiseren van gedwongen zorg is onderdeel van beslissingen in strafrechtelijk kader,<sup>320</sup> maar

---

320 Zo kan er in de strafrechtspleging in een concrete zaak/betreffende een concrete verdachte/veroordeelde direct worden gekoerst op het initiëren van een traject van gedwongen zorg. Bijvoorbeeld door het voorwaardelijk seponeren, het uitvaardigen van een strafbeschikking of het opleggen van een voorwaardelijke straf met bijzondere zorgvoorwaarde. In andere gevallen wordt een sanctie opgelegd die niet direct een zorgtraject impliceert, maar daartegen aanzit (TBS en ISD zijn beide naar hun aard opsluiting ter beveiliging, maar wel met

(meestal) niet de ingang. Deze situatie vindt zijn oorsprong in het feit dat het strafrecht reageert op strafbare feiten en niet insteekt op zorgbehoefte sec bij de verdachte. Strafrechtspleging is opsporing, vervolging en berechting in het algemeen belang. Organiseren van gedwongen zorg daar waar aangewezen, is onderdeel van dat algemeen belang. Tegelijk: tot dat algemeen belang behoren ook bredere belangen (verginging bijvoorbeeld), andere algemene belangen (berechting binnen redelijke termijn, recht op toegang tot de rechter en eerlijk proces, geen disproportionele belasting van het systeem, etc.) of andere particuliere belangen (die van het slachtoffer bijvoorbeeld), die kunnen nopen tot andere afwegingen, beslissingen en trajecten, waarbij telkens het organiseren van adequate zorg een mogelijkheid is. Verschillende strafrechtelijke straffen en maatregelen kennen in dit kader hun eigen, wettelijke voorwaarden om te kunnen worden toegepast. TBS bijvoorbeeld, is bij lichte delicten niet mogelijk. Reeds dit besef dat gedwongen zorg (slechts) één aspect van een op dit punt van mogelijkheden 'veelkleurig' strafrecht - ontstaat veel differentiatie binnen het in dit onderzoek centraal te stellen aspect van 'gedwongen zorg'. Te constateren valt dat dit eigen is aan het systeem van het strafrecht dat op zichzelf geen gedwongen zorgkader is. Van te harmoniseren verschillen in de externe rechtspositie van gedwongen zorg in Nederland is geen sprake.

Als zorg onderdeel is van een strafrechtelijke sanctie is er dus altijd een (primair) ander doel, zoals bijvoorbeeld verginging bij de straf (delictsevenredigheid) of beveiliging bij de maatregelen. Bovendien heeft de zorg verschillende gezichten. Binnen de straf is dat vaak meer beheersing van problematiek van de gedetineerde, bij maatregelen is dat meer beveiliging/resocialisatie en dus in zoverre meer maatschappijgerichte zorg. Voorwaardelijke modaliteiten zijn over het algemeen 'drangmodaliteiten', waarbij bereidheid en medewerking wordt gevraagd onder dreiging van executie van een sanctie, voorlopige hechtenis, vervolging, etc. Vanuit 'zorg organiseren' bekeken, ziet men verschillen, die zijn echter ook wel vaak verklaarbaar, omdat er andere parameters mede bepalend zijn. Bij voorwaardelijke invrijheidstelling is bijvoorbeeld de andere parameter: geleidelijke terugkeer in de samenleving aan het einde van de vrijheidsstraf met olopende vrijheden en om te wennen. Benodigde zorg kan een voorwaarde zijn bij voorwaardelijke invrijheidstelling, maar ook een grond voor uitstel, met name in combinatie met veiligheidsrisico's.

Het strafrechtelijke kader werkt beperkend op alternatieven. Zo zal bij een ernstig strafbaar feit of een hoog risico op herhaling afdoening via het civiele recht minder voor de hand liggen. De fase van het strafproces waarin de verdachte verkeert, terwijl zorg geïndiceerd wordt geacht, heeft zo zijn eigen mogelijkheden. In zoverre komt dan de vraag naar de modaliteit aan de orde bij de vervolgingsbeslissing of tijdens de voorlopige hechtenis, of pas aan de orde bij de straftoemingsvraag. Dan kunnen op die momenten wellicht alternatieven voorhanden zijn, maar de vraag is of die nog bereikbaar zijn c.q. dat voor die alternatieven op grond van redenen van gedwongen zorg, een beletsel bestaat. Bij veroordeling beperkt bijvoorbeeld de mate van toerekeningsvatbaarheid de keuzes. Ook kan de rechter bij veroordeling afzien van straf. Bij ontslag van alle rechtsvervolging op basis van ontoerekenbaarheid bestaat, doch slechts in het geval van een TBS-waardig delict, de keuze tussen strafrechtelijke plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis en TBS (de combinatie is naar geldend recht uitgesloten). Daarbij moet ook aangetekend worden dat de gevaarscriteria verschillen, in ieder geval is gevaar voor zichzelf wel grond voor plaatsing in een

---

behandelaanbod). In geval van veroordeling tot gevangenisstraf zal het verder van initiëren van gedwongen zorg een onderdeel van de inrichting van de tenuitvoerlegging van die straf (moeten) zijn.

psychiatrisch ziekenhuis en niet voor TBS. Over het algemeen speelt de beheersbaarheid van het gevaar binnen het type instelling dan een doorslaggevende rol, al kan er meer meespelen.

### **Een rechter over keuze tussen PPZ (art. 37) en TBS**

‘Een TBS-titel wordt nogal eens sneller geadviseerd dan een Bopz-titel. Factoren die impliciet een rol kunnen spelen bij de afweging welke titel wordt opgelegd zijn, naast inhoudelijke en gedragsdeskundige aspecten, onder andere: financiering, plaatsingsmogelijkheden (als geen instelling de persoon wil hebben met RM, dan TBS), strafstramien, relatief lange behandelduur van TBS en het doel van de behandeling.’

De in de Wfz voorgestelde mogelijkheid voor de strafrechter om een civiele (zorg)machtiging op te leggen in allerlei stadia van het strafproces neemt in elk geval veel dogmatische barrières weg: zie nader 4.3.

Uiteraard beperken de criteria voor oplegging van modaliteiten voorts het gebruik van alternatieven, al gaat het veelal om ‘zachte’ (er zijn wel beroepsspecifieke en -ethische richtlijnen) criteria als stoornis en gevaar die gedragskundige en rechter ook wel enigszins in lijn kunnen brengen met het gewenste alternatief. Het meer objectieve criterium van ‘ernst van het feit’, bijvoorbeeld voor TBS of ISD is daarentegen weer harder. Als daaraan niet voldaan is, houden die varianten op. Naast materiële criteria zijn er vaak ook formele criteria, zoals het antwoord op de vraag of een modaliteit uitsluitend op vordering van het OM, of ook door de rechter ambtshalve kan worden opgelegd. De eis van een dergelijke vordering door de OvJ wordt bij TBS, anders dan bij ISD, om pragmatische redenen niet gesteld, al zal dit in de praktijk vrijwel altijd door de OvJ worden geïnitieerd. Voorwaardelijke straf is mogelijk, maar het drangaspect wordt minder als, vanwege ernst van het feit, er slechts geldboete of taakstraf voorwaardelijk kan worden opgelegd, en niet vrijheidsstraf. Ook voorwaardelijke veroordeling houdt op als rechter vrijspreekt, bijvoorbeeld omdat de delictsomschrijving vervallen is of vanwege gebrek aan (voldoende en rechtmatig) verkregen bewijs of vanwege een fout in de tenlastelegging, zodat het ten laste gelegde niet tot een veroordeling kan leiden.

### **Concluderend**

Het is ondoenlijk om hier alle overwegingen te benoemen die de keuze voor bijvoorbeeld een bepaalde sancti modaliteit in een bepaald geval bepalen. Daarbij speelt immers de persoonlijkheid van de justitiabele ook een rol. En niet altijd in de theoretisch veronderstelde richting. Bijvoorbeeld: is voor iemand met een zwakke egostructuur een TBS met voorwaarden niet ingrijpender dan een TBS dwangverpleging? Maar dit is juist een goede illustratie van het gegeven dat bij strafrechtelijke beslissingen overwegingen van zorg (meestal) niet sturend zijn. Mede hierdoor zijn veel verschillen in de toeleiding naar zorg vanuit strafrechtelijk kader vanuit eigenheid te verklaren en te rechtvaardigen en is harmonisatie daarvan veelal niet aangewezen. In de volgende paragrafen, waarvan de titels de kolomtitels uit het schema zijn, wordt dan ook slechts aandacht besteed aan minder verklaarbare verschillen.

## 4.2.4 Wie beslist en op basis waarvan?

### De beslisser

Hier geldt evident dat de fase van het proces de beslissende autoriteit dicteert. Over de vervolging beslist het OM exclusief, als ook over niet-vervolging bijvoorbeeld onder een voorwaarde van zorg.<sup>321</sup> Tegelijkertijd kan tot vrijheidsbeneming (in welk kader dan ook) alleen door de rechter besloten worden (art. 15 en art. 113 Grondwet en art. 5 EVRM). Dat geldt ook vrijheidsbeneming als ‘drang’ naast/achter ‘vrijwillige’ zorg, al kan het OM vaak besluiten bij overtreding van voorwaarden wel of niet tenuitvoerlegging te vorderen bij de rechter (dat geldt ook voor wijziging van voorwaarden) en/of om betrokkene aan te houden (welke bevoegdheid dan is gebaseerd op reeds eerder door de rechter besloten vrijheidsbeneming op de achtergrond (bijvoorbeeld art. 14fa Sr)). Daarom volgt bij de voorwaardelijke strafbeschikking, in geval van overtreding van de voorwaarden, niet tenuitvoerlegging van vrijheidsbeneming, want er is geen rechter aan te pas gekomen, maar (eventueel) alsnog berechting. Voorwaardelijke titels hebben dus soms op basis van de genoemde principes begrijpelijkerwijze onderling hele verschillende regelingen. Voorts is voor sommige strafrechtelijke sancties in welk kader gedwongen zorg mogelijk is, de vaststelling (bewijs en kwalificatie) van een strafbaar feit nodig (ISD bijvoorbeeld). Die beslissing kan alleen een rechter nemen en dan is dus daarom berechting noodzakelijk: het OM moet daartoe dan wel beslissen, ongeacht of dat dan ook de uitkomst van de strafzaak is. Wanneer sprake is van een rechterlijke beslissing waarvan gratie kan worden gevraagd, kan ook in het kader van voorwaardelijke gratie toeleiding naar forensische zorg plaatsvinden. Vanwege de eigenheid van dat instituut is het begrijpelijk dat daarover de Kroon (de facto de minister) beslist.

Nu Nederland geen algemene executierechter kent, gaat de administratie (VenJ, DJI, DForZo - de jure nog het OM tot aan de voorgenomen wijziging van art. 553 Sv in deze) ook over de tenuitvoerlegging van sancties. Wel biedt de wet dan tegen veel beslissingen mogelijkheden van beklag of beroep bij meer administratiefrechtelijk instanties, zoals de Commissie van Toezicht en de Beroepscommissie van de RSJ. In dit kader zijn belangrijke beslissingen de plaatsing op of overplaatsing/overbrenging naar een zorgomgeving. Vanwege de systematiek – onder meer ten aanzien van de formele rechtspositie - in de Pbw is het de selectiefunctionaris die beslist over (over)plaatsing in een PPC op basis van artikel 15 lid 1, terwijl andere beslissingen veelal aan de directeur zijn voorbehouden. Dat geldt ook voor de overbrenging van gevangeniswezen naar de GGZ op basis van art. 15 lid 5 Pbw. Maar over de overplaatsing vanuit het gevangeniswezen naar het TBS veld, via artikel 13 Sr - dus geen Pbw - beslist dan weer de minister. In de TBS worden beslissingen ten aanzien van plaatsing of overplaatsing genomen door de minister (en niet door het hoofd van de inrichting, aan wie op grond van de Bvt wel veel andere beslissingen toekomen). Dat geldt bijvoorbeeld ook voor de beslissing tot plaatsing op een longstay-afdeling, die valt onder de gewone overplaatsingsregeling van de Bvt, maar er is een apart beleidskader voor ontwikkeld.<sup>322</sup> Vooral vanwege het effect van de longstay-plaatsing op de duur van de vrijheidsbeneming is wel betoogd dat art. 5 EVRM zou eisen dat deze beslissing des

---

321 In drie modaliteiten (voorwaardelijk sepot, transactie (zolang die nog bestaat), strafbeschikking onder voorwaarden), en dat weer op – minstens – twee momenten: 167 en 242 Sv. Zie ook nog art. 509hh Sv.

322 Beleidskader Longstay Forensische Zorg (LFZ), bijlage bij *Kamerstukken II*, 2008/09, 29452, nr. 98.

rechters is.<sup>323</sup> Voor artikel 13 lid 1 Sr is eenzelfde betoog gehouden, maar dan in verband met een oneigenlijke omweg richting TBS. Ook al blijft de externe rechtspositie dan die van de gevangenisstraf, kennelijk is het verplegingsregime van de TBS dan dus redengevend. Daar waar binnen de executie beslissingen zijn te nemen die de externe rechtspositie - en dan vooral over de duur (of tenuitvoerlegging/hervatting) van vrijheidsbeneming - raken, is daarom ook de rechter bevoegd. De verlengingspraktijk van de TBS is bekend. Maar het geldt bijvoorbeeld ook voor de niet verplichte tussentijdse beoordeling van de ISD (art. 38s Sr) of de omzetting van een voorwaardelijke veroordeling. Uiteraard is bij het beslissen in de tenuitvoerlegging door administratieve beslisser meer spoed mogelijk. Zo kan bijvoorbeeld tenuitvoerlegging van voorlopige hechtenis in een PPC snel georganiseerd worden, terwijl ook enkele bevoegdheden tot aanhouding bij verdenking van overtreding van opgelegde voorwaarden zijn ingegeven door de wens snel en daadwerkelijk te kunnen optreden. In andere gevallen is om andere redenen toch tussenkomst van de rechter nodig. Ook hier bepalen andere factoren dat de enkele gerichtheid op gedwongen zorg het beeld.

### **Invloed op beslisser door anderen: advisering**

Andere belangen en belanghebbenden kunnen invloed uitoefenen op wie beslist. Zo kan het OM bijvoorbeeld besluiten tot een strafbeschikking met (zorg)voorwaarde, maar kan het slachtoffer bezwaar maken (12 Sv), waarna het bevoegde gerechtshof alsnog de vervolging kan bevelen. Omdat de besproken 'beslissers' niet altijd 'zorgexperts' zijn, is bij beslissingen omtrent zorg vaak advisering aan de orde. Die advisering kan op velerlei manieren geregeld zijn. Alle titels overziend eist de wet slechts bij uitzondering gedragskundige rapportage, en wanneer die eis er wel is kan deze rapportage verschillend zijn. Voor art. 37 Sr, TBS en de overplaatsing van artikel 13 lid 1 Sr is bijvoorbeeld multidisciplinaire rapportage vereist, waaronder ten minste van een psychiater. Voor ISD daarentegen is monodisciplinaire rapportage voldoende,<sup>324</sup> hetgeen een RISC-rapportage kan, maar niet hoeft te zijn, zolang de rechter zich op basis van het advies maar een oordeel kan vormen.<sup>325</sup> Daar waar de wet rapportage eist als voorwaarde voor oplegging van een sanctie, kan de verdachte die weigert mee te werken aan het onderzoek een probleem zijn. Bij PPZ, TBS en ISD zijn in de regeling dan ook de rapportage relativerende bepalingen opgenomen voor dergelijke gevallen, zodat oplegging niet per se stuit op weigering - al kan in de praktijk (zeker bij TBS) weigering wel dat effect hebben.<sup>326</sup> Nu het toegenomen aantal weigeraars vooral lijkt samen te hangen met de toegenomen verblijfsduur van de TBS (onaantrekkelijkheid vanuit dader- en rechterlijk perspectief) is ter zake een - controversiële - wetswijziging opgenomen in Wfz.

De wettelijke eis tot rapportage hangt samen met de ingrijpendheid van de beslissing als waarborg om die zo wetenschappelijk geïnformeerd mogelijk te nemen. Voor vele strafrechtelijke beslissingen

---

323 Zie onder meer Bleichrodt 2006.

324 Omdat dit dus in voorbereidend onderzoek voorbereid moet worden is de mogelijkheid van ISD dus, ondanks de vaak geringe ernst van de delicten een aparte reden/grond voor voorlopige hechtenis.

325 HR 13 maart 2007, NJ 2007/222.

326 Zie voor een overzicht van de jurisprudentie t.a.v. oplegging van TBS: Van der Wolf e.a. 2012.

rond zorg is gedragskundig advies niet wettelijk vereist, maar in de praktijk (vaak) wel voorhanden c.q. kan men zich afvragen of dat niet zou moeten worden geëist. Dat begint bijvoorbeeld al als sprake is van insluiting na arrestatie. Dan spelen de vroeghulp van de reclassering en de NIFP-consulent een rol bij de vraag of overplaatsing richting PPC of GGZ, of uitgebreidere rapportage aangewezen is. Rapporteurs kunnen bepaald invloed hebben op de beslissing, bijvoorbeeld doordat zij een concrete modaliteit aanreiken zonder welke de rechter zulks niet (snel) zal beslissen, bijvoorbeeld de concrete bereidsverklaring van een instelling die betrokkene in een bepaald kader wil opnemen. Dat geldt ook in geval een concreet zorgtraject kan worden voorgelegd dat bijvoorbeeld door de reclassering of door een advocaat is georganiseerd, of nog stamt uit het bestaand netwerk van zorg voor/rondom betrokkene. Zo kunnen ook vertegenwoordigers of naasten van de betrokkene invloed uitoefenen op de eventuele zorgmodaliteit.

Uit onderzoek blijkt dat de rechter vaak het advies van de gedragskundige volgt,<sup>327</sup> maar soms kan ook de rechter een advies geven. Dat gaat dan bijvoorbeeld over een beslissing die op het terrein van de minister ligt, zoals de overplaatsing van artikel 13 lid 2 Sr. Wanneer TBS en gevangenisstraf in combinatie worden opgelegd, kan de rechter adviseren over een vroeger tijdstip van overplaatsing naar een TBS-kliniek dan na 2/3 van de straf ( art. 13 lid 4 jo 37b lid 2 Sr). Het niet volgen van dit advies door de minister, schept zelfs een beroepsmogelijkheid bij de RSJ. Dergelijke adviezen worden niet vaak gegeven.<sup>328</sup> Mogelijk omdat dit enigszins schuurt met de langzaam opgebouwde verhoudingen tussen rechter en minister ten aanzien van het onderscheid tussen oplegging en plaatsing.

Voor de Beginselenwet Gevangeniswezen uit 1953 was de opleggende rechter ook de 'plaatser'. Ten aanzien van Forensische Zorg geldt sinds 2008 echter een uniforme plaatsingsprocedure via IFZ. Heel soms stuit nieuw beleid nog op oude wetgeving, zoals bij de TBS met voorwaarden met als voorwaarde opneming, waarvoor vereist is dat de rechter de instelling benoemt (art. 38a lid 1 Sr), al mag dit ook wel het type instelling zijn. Sporadisch wordt IFZ dus geconfronteerd met plaatsing door een rechter.

Voor veel titels is de indicatiestelling een eerste vastlegging van 'gedragskundige inbreng' in de procedure. Voor de modaliteiten waarvoor rapportage (nu reeds) verplicht is, kan men zich nog afvragen hoe de indicatiestelling zich zal verhouden tot de PJ-rapportage. Komt die er bovenop, of kan die laatste ook als indicatiestelling gelden?<sup>329</sup> Dat hangt ook af van het antwoord op de vraag in hoeverre de indicatiestelling ook een advies over de concrete strafrechtelijke titel zal bevatten. Is dat het geval, dan lijkt het meer op de rapportage. Als de indicatiestelling sec blijft het noemen van een type instelling op basis van zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak is dit minder het geval. De gehanteerde matrix is wel enigszins langs lijnen van de juridische titels ingevuld. Overigens is als gezegd in een nieuwere versie van Wfz, na kritiek, wel opgenomen dat de indicatie desnoods het opgelegde juridisch kader volgt. Hierbij kan men zich afvragen of de beroepsethiek van de gedragskundige toelaat dat dan een indicatie wordt afgegeven, waar men zelf op basis van

---

327 In bijna 90% van de gevallen, zie Boonekamp e.a. 2008.

328 Zie Lindhout e.a. 2011.

329 De vervanger voor art. 37 (2:3 Wfz) wordt niet meer door de eis van multidisciplinaire rapportage gedragen maar door advisering en indicatiestelling in de zin van de civiele regeling.

professionele inschattingen niet op uit zou zijn gekomen. In nog te verschijnen uitvoeringsregelingen zal beter moeten blijken hoe de nieuwe situatie zich op deze punten verhoudt tot de bestaande.

## 4.2.5 Materiële criteria

### **Ook hier begrijpelijke verscheidenheid**

Daar waar zorg andere strafrechtelijk doelen dient, is het begrijpelijk dat materiële criteria voor ingang tot forensische zorg daar oog voor hebben: procesonbekwaamheid is iets anders dan gevaarlijkheid en detentieongeschiktheid iets anders dan verminderde toerekeningsvatbaarheid. In veel gevallen speelt het, of een gevaarscriterium een rol. In de civiele traditie ten aanzien van gedwongen opneming is dat gevaar ruimer dan bij TBS. Over de strafrechtelijke plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis op grond van art. 37 Sr, leeft er dan ook wel discussie of naast de strafrechtelijke ook de civiele criteria moeten zijn vervuld.<sup>330</sup> Diens vervanger en art. 2:3 Wfz gaan louter uit van de civiele criteria. Vooral in de TBS speelt de discussie of als 'gevaarlijkheid' slechts herhaling van het indexdelict mag gelden of breder, of (bijvoorbeeld bij verlenging) wel of niet (nog) uit de stoornis moet voortvloeien. Dit heeft te maken met het traditioneel 'open' karakter van de TBS-regeling, waarin dergelijke concepten niet concreet zijn ingevuld.<sup>331</sup>

Het veel voorkomende criterium voor psychische afwijking is betrekkelijk uniform: 'gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens'. Het criterium kent een lange historie en heeft ondanks de archaische klank de tijd doorstaan. Het geheim zit in de niet-gedragskundige terminologie die is gebruikt, om niet te zeer onderhevig te zijn aan veranderingen in die terminologie. Het voordeel daarvan is dat wordt uitgedrukt dat de rechter uiteindelijk degene is die het criterium moet vaststellen. Dit biedt bijvoorbeeld de mogelijkheid bij weigerende observandi waar niet tot een stoornis geconcludeerd kan worden, toch TBS op te leggen. In dat licht is het opmerkelijk dat in de Wvvgz en andere komende wetgeving wordt voorgesteld er de meer gedragskundige terminologie van te maken: 'psychische stoornis of verstandelijke beperking'.

### **Voorwaardelijke titels en overbrenging: bereidheid**

Hoewel de voorwaardelijke titels qua regeling ook begrijpelijke verschillen vertonen, is een gemene deler dat het stellen van voorwaarden waar de betrokkene (bij voorbaat) niet aan wil meewerken, geen zin heeft omdat men dan in feite snel de situatie van de onvoorwaardelijke variant bereikt. Als opneming in een instelling voorwaarde is, is deze 'vrijwilligheid' voor de bepaling welke interne rechtspositie van kracht is, eveneens van belang (zie 4.3 en 4.4). Het gaat dan ook nadrukkelijk niet om vrijheidsbeneming, want iemand moet de instelling uit kunnen lopen zolang de rechter niet tot daadwerkelijke vrijheidsbeneming besloten heeft. Als men echter de regelingen naast elkaar legt, zijn er op dit punt van bereidverklaring wel verschillen te zien. Zo is deze bereidheid soms wettelijk vereist (bijvoorbeeld bij TBS met voorwaarden, in een van de nu twee leden 5 van art. 38 Sr - een gevolg van

---

<sup>330</sup> Widdershoven 2013 vindt nadrukkelijk van wel.

<sup>331</sup> Zie voor een overzicht en achtergronden van de discussie daarover Raes & Van der Wolf 2013.



de weinig samenhangende regeldrift ten aanzien van de TBS)<sup>332</sup>, maar soms niet in de wet te vinden. Dat is het geval bij de voorwaardelijke veroordeling bijvoorbeeld, maar zelfs bij de zeer met de regeling van TBS met voorwaarden vergelijkbare regeling van de voorwaardelijke beëindiging van de TBS met dwangverpleging. Daar moet sprake van een vergissing zijn. Het oude artikel 38g Sr verklaarde art. 38 lid 3 (oud) Sr van overeenkomstige toepassing, waarin toen nog de eis van bereidverklaring voor TBS met voorwaarden stond. Het huidige artikel 38g Sr verklaart ook een reeks artikelen van overeenkomstige toepassing, maar niet het 'tweede lid 5' van art. 38 Sr, waarin de bereidverklaring nu is geregeld. Daarentegen wordt wel art. 38 lid 4 Sr van toepassing verklaart, maar dat kan onmogelijk van toepassing zijn op een situatie waarin voorwaardelijke beëindiging aan de orde is. Kennelijk had dit het lid van de bereidverklaring moeten betreffen, maar door allerlei weinig afgestemde wetswijzigingen is deze wetstechnische misslag erin geslopen.

Bij de voorwaardelijke invrijheidstelling is een bereidverklaring bijvoorbeeld af te leiden uit de regeling voor uitstel ervan (artikel 15d lid 1 sub d Sr). Ook wanneer het woord 'voorwaarde' niet in een titel staat, kan men uit de van de betrokkene gevraagde bereidwilligheid, bijvoorbeeld aan zijn eigen verzoek tot (over)plaatsingen (art. 18 Pbw), afleiden dat voor de interne rechtspositie van 'vrijwilligheid' moet worden uitgegaan. Voor de overbrenging van art. 15 lid 5 Pbw is de eis te vinden in lagere regelgeving (art. 30 Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing). Zeker voor de duidelijkheid omtrent en eenduidigheid ten aanzien van de interne rechtspositie zou harmonisatie op dit punt van de externe rechtspositie ten aanzien van bereidverklaring overwogen kunnen worden. Dat in 6:7 Wvz, de vervanger van art. 15 lid 5 Pbw, de instemming met de overgang expliciet vereist is, is daarom positief te waarderen.

## 4.2.6 Overige relevante verschillen

### **Duur, einde**

De duur van de modaliteiten vloeit vaak heel begrijpelijk voort uit diens eigen aard. Voor voorwaarden geldt bijvoorbeeld vaak een proeftijd. Voor een onvoorwaardelijke gevangenisstraf geldt een bepaalde duur - zelfs levenslang heeft een zekere bepaaldheid. TBS dwangverpleging (voor geweldsdelicten)<sup>333</sup> kent als beveiligingsmaatregel een onbepaalde duur. Samenloop van modaliteiten heeft uiteraard invloed op de duur van vrijheidsbeneming, bijvoorbeeld de combinatie van tijdelijke gevangenisstraf en TBS, een combinatie die, zoals bekend veel discussie oproept en waaraan artikel 13 Sr zijn bestaan dankt.<sup>334</sup> Bij de TBS met voorwaarden is de duur van de in combinatie daarmee op te leggen vrijheidsstraf beperkt tot vijf jaar (art. 38 lid 3 Sr). Net als de gemaximeerde variant van de TBS met dwangverpleging is de duur van de TBS met voorwaarden gemaximeerd (maar dan op 9 jaar). Op basis hiervan lijkt bij deze varianten - tegengesteld aan de TBS

---

332 Een en ander heeft bijvoorbeeld ook tot gevolg gehad dat de twee sterk gelijkende regelingen van de tbs met voorwaarden en de voorwaardelijke beëindiging van de TBS met dwangverpleging los van elkaar zijn aangepast zodat voor de eerste nu wel een opnameplicht voor inrichtingen geldt en voor de tweede (nog) niet.

333 De gemaximeerde TBS voor niet-geweldsdelicten vloeit wat minder dogmatisch voort uit de aard van de TBS als beveiligingsmaatregel. Zie daarover Van der Wolf 2013b.

334 Zie Lindhout, van der Wolf & van Marle 2011.

met dwangverpleging - behandeling primair aan beveiliging, hetgeen dogmatisch knelt.<sup>335</sup> (Voor samenloop met civiele titels, zie hierna 4.3.) De verlengings- en beëindigingsprocedure van de TBS is vanwege de ingrijpendheid van die maatregel en het doel er van met specifieke waarborgen omgeven, zowel voor justitiabele als maatschappij. Voorbeelden zijn de specifieke beroepsinstantie van de Penitentiaire kamer bij het Hof Arnhem (die overigens ook bij enkele andere beslissingen bevoegd is) en de eis van onafhankelijke rapportage bij de zesjaarsverlenging en, inmiddels, de onmogelijkheid van de onvoorwaardelijke beëindiging zonder een jaar voorwaardelijke beëindiging.<sup>336</sup> In rechtspraak is overigens wel overgang naar de GGZ (Wet Bopz) in de geest van de geleidelijkheid - motief achter deze laatste wetswijziging – mogelijk geacht.<sup>337</sup> Vanuit het perspectief van de interne rechtspositie is het ook niet logisch dat personen voor wie nu eenmaal dwang nodig zal blijven (zij het in de GGZ) per se via een traject van drang (voorwaardelijke beëindiging TBS en dus 'vrijwilligheid' - moeten uitstromen.

### **Medewerker van een FPC over de overgang naar forensische GGZ**

'Om iemand in een gesloten setting te krijgen moet ik eerst met hem op verlof...wie is hier nu gek?'<sup>338</sup>

Het wetsvoorstel langdurig toezicht<sup>339</sup> maakt naast voor (seksueel) geweldsdelinquenten een verlenging van de proeftijd, een onbepaalde duur van de voorwaardelijke beëindiging van de TBS met dwangverpleging en een nieuwe toezichtsmaatregel na gevangenisstraf mogelijk. Naast kritiek vanuit utilitaire en humanitaire overwegingen, zijn ook de eerste ongerijmdheden in de regeling met bestaande wetgeving al wel bespeurd.<sup>340</sup>

### **Rechtsmiddelen**

Omdat rechtsmiddelen specifiek zijn gebonden aan het type beslissing en de fase van het strafproces, is ook hier het wisselend beeld dat uit het schema naar voren komt, begrijpelijk. Bijvoorbeeld waar zorgmodaliteiten onderdeel zijn van de vervolgingsbeslissing door het OM, knopen de rechtsmiddelen aan bij het aspect van vervolgingsbeslissing en de daarbinnen gemaakte afwegingen van het openbaar belang, niet aan aspecten van gedwongen zorg. Een verdachte die meent dat het OM hem in kader van een strafbeschikking ten onrechte een gedwongen zorgvoorwaarde heeft opgelegd, kan

---

335 Zie o.a. Bleichrodt 1996 en Van der Wolf 2012.

336 Zie voor een overzicht van de recente wetswijzigingen Raes & Van der Wolf 2013.

337 Bijvoorbeeld Rb Gelderland 20 december 2013, ECLI:NL:RBGEL:2013:5975.

338 Zo kan het kennelijk overkomen. Hierbij moet echter bedacht worden dat op grond van de Wet Bopz de bewegingsvrijheid in beginsel ook ziet op het terrein van het psychiatrisch ziekenhuis en aangezien met name FPA's niet ommuurd zijn (zoals FPK's bijvoorbeeld wel), heb je voor zo'n overplaatsing nodig dat de patiënt beperkt onbegeleid verlof aankan, omdat dit nu eenmaal noodzakelijk is gezien de regeling van de Bopz en de gebouwelijke omstandigheden.

339 *Kamerstukken II*, 2013/14, 33816, nr. 2.

340 Zie Struijk 2014.

niet tegen die voorwaarde opkomen, maar moet verzet instellen tegen de strafbeschikking, hetgeen leidt tot volledige behandeling van zijn strafzaak. Het slachtoffer dat meent dat de overheid terecht zo'n voorwaarde heeft opgelegd aan de verdachte in 'zijn' zaak, maar dat dit via de openbare terechtzitting had moeten gebeuren zodat/alwaar hij van zijn spreekrecht gebruik had kunnen maken, moet op grond van art. 12 Sv beklag doen tegen de strafbeschikking. Het Hof kan nu, hoewel even overtuigd van de noodzaak van gedwongen zorg voor de verdachte als OM en slachtoffer, vervolging van de verdachte bevelen. (Het Hof kan geen Wet Bopz-machtiging verlenen; dat maakt art. 2.3. Wfz ook niet mogelijk).

Als de strafrechter een zorgmodaliteit initieert in zijn sanctietoemettingsbeslissing staat daartegen voor het slachtoffer geen rechtsmiddel open. Voor verdachte en OM wel, maar dan alleen in het kader van een rechtsmiddel tegen het vonnis in zijn geheel.

De situatie in de tenuitvoerlegging is zoals gezegd complexer. Van belang is, zoals al gememoreerd, dat de sanctionerende rechter in het Nederlands systeem geen dwingende zeggenschap heeft over de inrichting van de door hem opgelegde strafrechtelijke sanctie. Over de externe rechtspositie gaat hij wel, maar als 'rechter' inzake beslissingen die de interne rechtspositie raken, beslissen eerder specifieke instanties als de commissies van toezicht en de beroepscommissies uit de RSJ. Die laatste is bijvoorbeeld ook bevoegd ten aanzien van beroep tegen overplaatsing ex artikel 13 Sr. In dat kader wordt successievelijk bij meer beslissingen voorgeschreven dat de beslissende autoriteit in de tenuitvoerlegging, ook rekening moet houden met de veiligheid van de samenleving en de belangen van slachtoffers en nabestaanden. Waar deze formulering via verschillende wetswijzigingen consequent wordt doorgevoerd, is sprake van harmoniserende wetgeving. Of de nieuwe criteria inhoudelijk aan het realiseren van de doelstellingen van forensische zorg af doen of juist bijdragen, valt nog niet te zeggen.

De vraag naar harmonisatie van rechtsmiddelen komt hier vooral op in vergelijking met de situatie in de (forensische) GGZ, waar ook voor zaken die de interne rechtspositie betreffen de rechter beroepsinstantie is. Dit punt komt daarmee nader aan de orde in de onderdelen 4.4. en 4.5.

## **4.3 Grensverkeer**

### **4.3.1 Inleiding**

In deze paragraaf komt het grensverkeer tussen de deelgebieden van forensische zorg aan de orde, alsmede de overgang tussen forensische zorg en (reguliere) gedwongen zorg voor volwassenen. Adequate inrichting van het grensverkeer is noodzakelijk voor de dynamiek in de forensische zorg in bestaande en aankomende wetgeving. De wetsvoorstellen voor de Wfz en de Wvvgz zorgen immers voor flinke veranderingen (zie 4.1.). De inrichting van het grensverkeer is vanwege de consequenties ervan voor de externe en de interne rechtspositie van groot belang. Vanwege de omvang van het onderwerp wordt het grensverkeer in de onderhavige paragraaf separaat aan de orde gesteld. De toekomstige wetgeving komt daarin apart aan de orde. Om de rol van verschillen in wetgeving bij het grensverkeer te duiden zijn soms enige opmerkingen over mogelijke belemmeringen van andere aard aangewezen. Naast verschillen in regelgeving, zijn voor het grensverkeer immers ook kwesties als het denken over de executievolgorde van gevangenisstraf en TBS of verschillen in verantwoordelijkheid, cultuur, capaciteit, informatieoverdracht en financiering van belang. Over dergelijke aspecten gaat dit

onderzoek niet, maar zij zijn wel van invloed. Ten slotte komt in het onderstaande ook enige, voor het grensverkeer nu en in de toekomst relevante jurisprudentie aan de orde.

De rechter kan gedwongen zorg als onderdeel van de strafrechtelijke titel opleggen. Door plaatsing van de betrokken burger wordt aan deze strafrechtelijke titel dan uitvoering gegeven. Daarnaast is het mogelijk dat binnen de tenuitvoerlegging van een strafrechtelijke titel die op zichzelf niet tot gedwongen zorg leidt, de noodzaak daartoe wel kan ontstaan, bijvoorbeeld als gedwongen zorg aan een tot gevangenisstraf veroordeelde aan de orde komt. Die zorg kan binnen het gevangeniswezen (PPC's) dan wel daarbuiten worden gerealiseerd. Dan is overplaatsing en overbrenging van de betrokkene, ook naar een van de andere sectoren van belang.<sup>341</sup> Voorts kan het, zeker in het huidige, bewust gedifferentieerde sanctiestelsel gemakkelijk voorkomen dat er samenloop optreedt van verschillende titels. De combinatie van gevangenisstraf en TBS is daarvan een bekend voorbeeld. Maar samenloop in opgelegde titels dan wel (ook) samenloop in de tenuitvoerlegging ervan, treedt ook op in geval – bijvoorbeeld – een voorwaardelijke titel is opgelegd, met als bijzondere voorwaarde gedwongen zorg, al dan niet met de voorwaarde van opname in een inrichting. Ook in die gevallen treden kwesties van 'grensverkeer' op; kwesties die wij in dit onderdeel van het hoofdstuk inzake gedwongen zorg nader aan de orde zullen stellen.

## 4.3.2 Grensverkeer tussen deelgebieden Forensische Zorg: huidige stand van zaken

### 4.3.2.1 Overplaatsing vanuit gevangeniswezen naar TBS: art. 13 Sr

De Pbw is van toepassing op 'gedetineerden' van velerlei titel. De overgang van gevangeniswezen naar TBS-klinieken is van die titels een aangewezen alternatief om voor tot gevangenisstraf veroordeelden, al dan niet in combinatie met TBS, gedwongen zorg te realiseren. Exclusief voor die laatste groep van tot gevangenisstraf veroordeelden is daarom in art. 13 Sr geregeld dat 'wie daarvoor in aanmerking komt' op basis van een psychische stoornis, door de administratie overgeplaatst kan worden naar een justitiële inrichting voor terbeschikkinggestelden. Die mogelijkheid bestaat ook als naast de gevangenisstraf geen TBS is opgelegd: art. 13 lid 1 Sr. Die mogelijkheid vraagt, in verband met de wettelijke eisen voor het opleggen van TBS, enige aandacht. Het geciteerde criterium is bedoeld om de zorgbehoefte binnen TBS eerder binnen het bereik te brengen dan het voorheen bestaande criterium van detentieongeschiktheid. Deze verandering was voorts bedoeld als tegemoetkoming aan de kritiek op de executievolgorde bij een combinatie van straf en TBS.<sup>342</sup> De executievolgorde van eerst gevangenisstraf is behouden, waardoor aan meer mogelijkheden van overplaatsing tijdens gevangenisstraf behoefte bleek. In de praktijk wordt echter de mogelijkheid van overplaatsing op grond van art. 13 Sr toch vaak gekoppeld aan detentie-

---

341 Het verschil tussen opleggen door de rechter en overplaatsen door de administratie is in onderdeel 4.2. (externe rechtspositie) aan de orde gesteld.

342 *Kamerstukken II*, 1969/70, 10694, p. 16 en *Kamerstukken II*, 1971/72, 11932, nr. 3, p. 10, 15, 16. Sinds invoering van de wet Herziening TBR in 1988 vervangt artikel 13 Sr de betreffende overplaatsingsmogelijkheden van de artikelen 120 en 47 Gevangenismaatregel (oud).

ongeschiktheid, zodat overplaatsing, ook vanwege de in het recente verleden langdurige capaciteitsnood in de TBS, niet vaak is voorgekomen.<sup>343</sup>

De Commissie Psychiatrische / Therapeutische Voorzieningen Gevangeniswezen (Commissie Mulder) wilde deze overplaatsingsmogelijkheid vaker inzetten ter verandering van het gedragspatroon op gedragskundige wijze.<sup>344</sup> Anderen noemden dit oneigenlijk gebruik van de overplaatsing,<sup>345</sup> bijvoorbeeld omdat daarmee tot gevangenisstraf veroordeelden, die een niet TBS-waardig delict hebben gepleegd, op deze manier binnen worden geloodst in de TBS in situaties waarin de rechter niet tot het opleggen van TBS had kunnen beslissen. Die overplaatsing moest in laatstgenoemde opvatting dan ook afhankelijk worden van een aangewezen gevaarscriterium. Dat zou, zo was de gedachte, niet alleen zuiverder en goed zijn geweest voor de ruimte en doorstroming in de terbeschikkingstelling, maar het zou ook moeilijke kwesties van interne rechtspositie vermijden; op basis van een gevaarscriterium ligt toepassing van TBS-regelingen eerder voor de hand. Omdat de bredere inzet van deze doorstroombijzonderheid tijdens gevangenisstraf mogelijk een aanzuigende werking zou kunnen hebben op langere gevangenisstraffen, moet geslaagde behandeling voor die gevallen ook via geleidelijke terugkeer tot eerdere vrijheid kunnen leiden, zo was de gedachte.<sup>346</sup> In de parlementaire beraadslaging was opnieuw een discussiepunt of deze overgangsmogelijkheid niet een manier voor de administratie zou zijn, om enkele waarborgen van de terbeschikkingstelling (of een Wet Bopz-opname) te omzeilen en toch onvrijwillige opnemingen te realiseren zonder rechterlijk oordeel daartoe.<sup>347</sup> De regering stelde gerust dat het om strikt humanitaire overwegingen ging en dat de overplaatsing op grond van art. 13 Sr door de betrokkene gewenst moest zijn, al kon die in uitzonderlijke gevallen toch onvrijwillig zijn. Een gevaarscriterium was volgens de toenmalige regering niet nodig omdat de duur van de overplaatsing daar niet van afhangt. Een rechterlijke toets kon via een beroep tegen de overplaatsing bij de RSJ gevonden worden.<sup>348</sup> Ook zou het gebruik van deze mogelijkheid van overplaatsing een oplossing kunnen zijn voor personen die pas na het plegen van het delict een stoornis ontwikkelden. Hoewel voor overgeplaatste gevangenen geen TBS-proefverlof mogelijk was, kon een eventueel behandelingsbeantwoord worden via strafverkorting, VI of gratiëring, want terugplaatsing was slechts bij uitzondering aangewezen, bijvoorbeeld bij snelle geslaagde behandeling met een lang strafrestant.<sup>349</sup> Behandelaars zagen vanwege de afwijkende rechtspositie (een enkel tot gevangenisstraf veroordeelde weet wanneer hij sowieso vrijkomt), een slechte invloed van de overgeplaatsten op de 'echte' terbeschikkinggestelden.<sup>350</sup> Dit verschil betreft tegenwoordig dan vooral nog slechts de externe rechtspositie, want in de Bvt staat in artikel 4 lid 1

---

343 Vegter 2008. Ondanks pleidooien om de inrichtingen voor terbeschikkinggestelden breder in te zetten. Zie bijvoorbeeld Van Kordelaar & Van Panhuis 2000.

344 Commissie Mulder 1983, p. 132.

345 Hofstee 1987; Van Veen 1983.

346 Hofstee 1987, p. 414-418.

347 Zie bijvoorbeeld Haas-Berger (PvdA) en Buikema (CDA), *Handelingen II* 1984/85, 26 september 1984, p. 213 en 229.

348 Zie bijvoorbeeld *Handelingen II* 1984/85, 26 september 1984, p. 229 en 230.

349 *Kamerstukken II*, 1982/83, 11932, nr. 10, p. 13.

350 Roos 1978.

sub c expliciet dat voor wat betreft de interne rechtspositie in een FPC, die wet ook op deze groep van toepassing is. Sinds de wetswijziging in 1994 is bovendien de eis van multidisciplinaire rapportage gelijkgetrokken met de eisen dienaangaande bij het opleggen van TBS. (Daarvoor werd het meer door partijen onderling geregeld.<sup>351</sup>) Dit heeft de drempel voor gebruik van de mogelijkheid ook enigszins verhoogd. Bij het sporadische gebruik van deze mogelijkheid ging respectievelijk gaat het vaak om iemand uit een van de volgende twee groepen: levenslanggestraften of combinatie-gevonnenisten.

De voorloper van art. 13 Sr uit de Gevangenismaatregel werd vroeger vaker voor levenslanggestraften gebruikt als mogelijkheid om via behandeling in TBS-kader tot gratie te komen. Sinds het bestaan van longstay-afdelingen en een veranderde visie op levenslang, is de redenering en de ontwikkeling enigszins andersom. Juist de deskundigheid van het personeel om te gaan met een zekere vorm van 'uitzichtloosheid', maken de longstay-afdelingen uitermate geschikt voor een humane tenuitvoerlegging van de uiterste strafmodaliteit van levenslang. Overigens blijkt de veranderde opvatting uit de casus van een levenslanggestrafte in een beruchte zaak die naar een TBS-inrichting was overgeplaatst, waarvan door de minister tevergeefs werd geprobeerd bepaalde vormen van verlop tegen te houden.<sup>352</sup> Kort daarop werd in het Verloftoetsingskader vastgelegd dat aan tot levenslang gestraften, zolang geen perspectief op gratieverlening bestaat, geen verlop wordt verleend, zodat overgeplaatste levenslanggestraften een 'hybride rechtspositie' zouden hebben.<sup>353</sup> De RSJ noemde het in een advies inhumaan om levenslanggestraften in klinieken bij voorbaat uit te sluiten van verlop.<sup>354</sup> In een latere wijziging van het verloftoetsingskader, is die benadering tot tevredenheid van de RSJ ongedaan gemaakt. De raad pleit voor verlofmogelijkheden voor combinatiegevonnenisten, longstayers en levenslanggestraften in een kliniek.<sup>355</sup> De Hoge Raad bepaalde in de aangeduide zaak dat bij verlofaanvragen voor deze levenslang-gestraften, de minister eerst het advies van het AVT moet afwachten, en hij, bij een daarvan afwijkende beslissing inzake het verlop, hij deze beslissing adequaat heeft te motiveren.<sup>356</sup> In deze specifieke casus speelde wel ook een volgens de rechter eerder opgewekt vertrouwen bij de betreffende persoon dat gratie mogelijk zou zijn (en meer en eerder dan thans op basis van gewijzigd beleid), een rol. Mede daarom is het de vraag of met de beslissing van de Hoge Raad ook een zekere drempel voor overplaatsing vanuit de gevangenis naar een TBS-kliniek weer ongedaan is gemaakt; succesvolle behandeling leidt immers onder het huidig beleid gemakkelijker tot 'terugplaatsen', hetgeen aan het resultaat van behandeling afbreuk kan doen.

---

351 Commissie Fokkens 1993, Bijlage 7, p. 24: via de zogeheten Adviescommissie Geestelijk Gestoorde Gedetineerden die over artikel 13 beslissingen ging op basis van positieve en negatieve indicatoren. De commissie had geen formele basis, maar was ontstaan in de jaren zestig uit overleg tussen partijen die geen zin hadden in een tijdrovende procedure.

352 Zie over deze zaak Beroepscommissie RSJ 13 juli 2010, *Sancties* 2011, 2 en de civiele procedure in kort geding, eindigend met HR 14 oktober 2011, LJN BR3058, *NJ* 2013, 58, m.nt. P.A.M. Mevis.

353 Kelk 2011.

354 RSJ 2007.

355 RSJ 2009a.

356 HR 14 oktober 2011, LJN BR3058, *NJ* 2013, 58, m.nt. P.A.M. Mevis.

Artikel 13 lid 2 Sr bepaalt dat van iemand aan wie de combinatie van gevangenisstraf en TBS is opgelegd - iemand bij wie dus een stoornis en behandelingsnoodzaak is vastgesteld - op regelmatige tijdstippen moet worden beoordeeld of hij/zij mogelijk dient te worden overgeplaatst naar een TBS-kliniek. De rechter kan in geval van een dergelijk combinatievonnis in zijn vonnis een advies geven over het moment van overplaatsing (art. 37b lid 2 Sr). Tegen de beslissing tot plaatsing, tot beëindiging ervan, maar ook tegen het afwijken van het advies van de rechter in geval daaraan geen gehoor wordt gegeven, is beroep bij de RSJ mogelijk.

Nog duidelijker dan het eerste lid laat dit artikellid zien, dat het bedoeld is om de bezwaren tegen de executievolgorde weg te nemen. Echter, in de praktijk wordt er door de administratie niet altijd even consequent beoordeeld of overplaatsing aan de orde is en geven rechters niet vaak adviezen over de ten uitvoerlegging. Nu ook de zogenaamde Fokkensregeling, die mogelijk maakte dat na 1/3 van de straftijd werd overgeplaatst - in plaats van na 2/3 - is afgeschaft, is niet te verwachten dat door de administratie vaker gebruik zal worden gemaakt van deze optie. Zo is bij monde van de staatssecretaris te kennen gegeven dat de huidige leegstand in TBS-klinieken niet zal worden gebruikt om gevangenen in te laten stromen.<sup>357</sup> Naast overwegingen van vergelding, zullen hierbij ook kostenoverwegingen een rol spelen. Uiteraard is een plek in een TBS-kliniek een stuk duurder dan in een gevangenis. Als zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak (ook op lange termijn via gevaarsreductie - bij uitstek mogelijk in TBS-klinieken) meer voorop komen te staan, zoals de Wfz voorstaat, dan is vanuit dat perspectief te bepleiten dat van de mogelijkheid van art. 13 Sr vaker gebruik zou dienen te worden gemaakt. Onder de Wfz is nadrukkelijk dan ooit mogelijk dat de strafrechter bij het opleggen van een strafrechtelijke titel, de geïndiceerde zorg mede realiseert. In dat kader past ook de adviesbevoegdheid van de rechter als bedoeld in art. 37b, tweede lid, Sr. De rechter kan bij de inhoud ervan aansluiten bij de PJ-rapportage voor de TBS alsmede aan de indicatiestelling uit de Wfz. De betekenis van de adviesbevoegdheid en van het advies, wordt dan belangrijker. Dan ligt het ook niet voor de hand om, zoals door de wetgever wel kennelijk voornemens is te doen, de beroepsmogelijkheid bij de RSJ tegen de afwijking van het advies te schrappen.<sup>358</sup>

#### **4.3.2.2 Overplaatsing vanuit gevangeniswezen naar forensische GGZ**

Er is onder de bestaande wetgeving een aantal mogelijkheden tot tenuitvoerlegging van forensische zorg in de GGZ.<sup>359</sup> De eerste mogelijkheid is de plaatsing vanuit het gevangeniswezen, de tweede vanuit de TBS en de derde via voorwaardelijke modaliteiten. Daarvan te onderscheiden is de volledige overgang vanuit strafrecht naar GGZ, dus zonder dat enig strafrechtelijke titel 'mee' gaat.

Met de invoering van de Pbw in 1999 zijn de mogelijkheden voor (over)plaatsing vanuit het gevangeniswezen naar de reguliere GGZ ten opzichte van de daarvoor bestaande regeling iets

---

<sup>357</sup> Zie Lindhout e.a. 2011.

<sup>358</sup> Zie het betreffende advies van de RSJ van 7 maart 2014 over een voorgenomen Nota van wijziging bij *Kamerstukken II*, 2013/14, 33844.

<sup>359</sup> Omdat de plaatsing gepaard gaat met behoud van de strafrechtelijke titel die de externe rechtspositie bepaalt, spreken we van 'forensische GGZ'; zie de inleidende paragraaf van dit hoofdstuk.

vergroot. Er zijn in feite drie mogelijkheden onder de Pbw: art. 15 lid 5 Pbw, art. 43 Pbw en art. 4 jo. 15 Pbw. Al deze mogelijkheden worden, voor zover sprake is van het verlenen van forensische zorg, door de Wfz geregeld. Zie voor de bespreking daarvan hierna onder komende wetgeving.

### **Artikel 15 lid 5 Pbw.**

Artikel 15, lid 5 Pbw maakt overbrenging mogelijk naar een psychiatrisch ziekenhuis in de zin van de Wet Bopz. Overbrenging is mogelijk ter verpleging en 'zolang dat noodzakelijk is'. Deze mogelijkheid is dus anders dan artikel 13 Sr van toepassing op 'gedetineerden' en daarmee bijvoorbeeld ook op voorlopig gehechten. De beslissing wordt namens de minister door de selectiefunctionaris genomen. Voor de invulling van de regeling is art. 30 van de Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van belang. Daaruit blijkt dat de wet basis biedt voor overbrenging op vrijwillige basis met instemming van de betreffende gedetineerde. Deze opvatting strijdt enigszins met het gegeven dat art. 15 lid 5 Pbw op zichzelf ook zou kunnen worden gezien als basis voor psychiatrische dwangopname, maar dat is kennelijk niet de bedoeling en zou ook de eis van rechterlijke machtiging als toegang tot die dwangopname omzeilen.<sup>360</sup> De tekst van art. 15 lid 5 Pbw spreekt van 'overbrengen' en niet van overplaatsen. Zonder in te gaan op de ontvankelijkheid van het beroep tegen deze overbrenging, acht de beroepscommissie uit de RSJ beroep tegen deze overbrenging mogelijk.<sup>361</sup> Die beroepsmogelijkheid volgt niet rechtstreeks uit art. 17 en 72 Pbw.

Als de gedetineerde niet instemt c.q. in het psychiatrisch ziekenhuis als gedwongen patiënt moet worden opgenomen, is dus een Wet Bopz-machtiging noodzakelijk.<sup>362</sup> Als geen machtiging is afgegeven, is voor de interne rechtspositie de regeling van de WGBO bepalend. Een vrijheidsbenemende voorziening in geval van acuut vluchtgevaar is niet voorhanden, anders dan terugplaatsing naar de penitentiaire inrichting.

Als bij de overplaatsing op basis van art. 15 lid 5 Pbw ook een Wet Bopz-machtiging is afgegeven, is voor de samenloop art. 51, in het bijzonder lid 2 Wet Bopz van belang.<sup>363</sup> Daarin is bij de Wet van 22 juni 2000, Stb. 292 bepaald dat voor deze groep, net als voor terbeschikkinggestelden met dwangverpleging, in het psychiatrisch ziekenhuis de interne rechtspositie van de Wet Bopz van overeenkomstige toepassing is, behalve waar het gaat om verlof en ontslag. Dat laatste betreft de externe rechtspositie i.v.m. de eventueel nog lopende gevangenisstraf of hechtenis. Hier is een algemeen uitgangspunt van regeling van samenloop herkenbaar: de toepassing van de interne rechtspositie (voor zover door art. 51 Wet Bopz van toepassing verklaard) moet er niet toe leiden dat de tenuitvoerlegging van de samenlopende titel (i.c.: gevangenisstraf) doorbroken wordt.

---

360 Al doet een bepaling als art. 53 lid 2 Wet Bopz het tegendeel vermoeden. Zie Widdershoven 2005, p. 94.

361 Zie bijvoorbeeld Beroepscommissie RSJ 14 augustus 2006, 06/1287/GB.

362 Beroepscommissie RSJ 24 oktober 2013, 113/2088/GB.

363 Zie over deze modaliteit Widdershoven 2005, p. 93-102. Widdershoven geeft in dit boek een overzicht van art. 51 dat ziet op een aantal gevallen van grensverkeer. Art. 51 Wet Bopz wordt overigens door wetsvoorstel 33 771 gewijzigd. Zie hierna bij de bespreking van komende wetgeving



## **Medewerker van een FPA over verantwoordelijkheidsverdeling bij plaatsing uit GW**

‘Ons spanningsveld bestaat uit de samenwerking tussen de P.I. en onze FPA. Vaak is het zo dat de justitiële instelling eindverantwoordelijk is. Als een van onze cliënten zich onttrekt aan de behandeling / of ongeoorloofd afwezig is, ontstaat er vaak onduidelijkheid. Wie moet geïnformeerd worden? Wie zet de klant op de telex? Bereikbaarheid van hen die verantwoordelijk zijn. Daar gaat ‘t vaak mis en is er ruimte voor verbetering. Een ander punt is dat de justitiële instelling vaak te weinig ruimte biedt om de behandeling op onze FPA vorm te geven. Hierbij valt te denken aan het uitbreiden van vrijheden.’

NB: Omdat veel FPC's ook een aanwijzing als psychiatrisch ziekenhuis in de zin van de Wet Bopz hebben, doet zich een aandachtspunt voor. Door de aanwijzing kan de overplaatsing van art. 15 lid 5 Pbw een tot gevangenisstraf veroordeelde aldus 'fysiek' in een TBS-kliniek doen belanden. Maar dan is de facto sprake van overplaatsing vanuit het gevangeniswezen naar de TBS, en dat is een overplaatsing op basis van art. 13 lid 1 Sr. Gegeven de waarborgen waarmee deze overplaatsing van art. 13 lid 1 Sr is omgeven, moet van die mogelijkheid worden uitgegaan. Daarvan uitgaande is dan voor de interne rechtspositie de Bvt van toepassing (art. 4 lid 1 sub c Bvt). Alleen als art. 13 lid 1 Sr geheel buiten beeld zou blijven, zou de interne rechtspositie op grond van overplaatsing op basis van art. 15 lid 5 Pbw steunen op de WGBO, en alleen op de Wet-Bopz als een machtiging is afgegeven.

### **Art. 43 lid 3 Pbw**

Artikel 43 lid 3 Pbw maakt het mogelijk om, als zulks voor sociale verzorging en hulpverlening noodzakelijk is, iemand over te plaatsen naar een andere instelling ten behoeve van sociale verzorging. Dat kan bijvoorbeeld ook een verslavingsinstelling zijn. De nadere regeling voor deze overplaatsingsmogelijkheid is opgenomen in art. 31 van de Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing gedetineerden. Daarin is deze mogelijkheid inderdaad vooral tot verslavingszorg beperkt, waarbij klinische interventie geïndiceerd moet zijn. De overplaatsing moet zich verdragen met de ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeneming, aldus deze nadere regeling. Dit bestanddeel is onderdeel van de regels uit art. 31 van de regeling die duidelijk maken dat ook hier, vergelijkbaar met art. 51 Wet Bopz, aparte regels gelden die de externe rechtspositie mede blijven bepalen. Bij vluchtgevaar of ernstig gevaar voor personen of goederen kan met spoed worden besloten tot terugplaatsing in de penitentiaire inrichting.

### **Penitentiair programma**

Ten slotte kan een overplaatsing van gevangeniswezen naar GGZ ook plaatsvinden als zulks past binnen het penitentiair programma (PP) in het laatste deel van de gevangenisstraf. Overplaatsing gebeurt dan via art. 4 jo. 15 Pbw. In feite is dan sprake van vrijwillige opname in GGZ-kader omdat opname voorwaarde is bij het PP. Aangezien het PP echter een vorm van tenuitvoerlegging van de gevangenisstraf is (en nog geen VI), blijft de regeling van de gevangenisstraf de externe rechtspositie bepalen. Voor de interne rechtspositie geldt de WGBO. Wetsvoorstel 33 745 stelt voor het penitentiair programma te doen vervallen.

#### 4.3.2.3 Extrapolatie: overplaatsing richting gevangeniswezen?

Uiteraard zijn overplaatsingen tussen de deelgebieden eigenlijk altijd gericht op een overgang naar meer passende zorg. Daardoor is het niet vreemd dat de wet de overplaatsing vanuit een zorgsetting naar een gevangeniszetting nergens regelt. Toch is met name overplaatsing van terbeschikkinggestelden richting een gevangenissetting - weliswaar onder verantwoordelijkheid van de TBS-kliniek - wel aan de orde geweest, en niet slechts voor passanten. Het idee stamt al van de Commissie Kosto uit 2001. Maar de gevangenisdirecteuren wilden het niet.<sup>364</sup> Omdat er sprake was van capaciteitsnood en omdat het tijdelijke noodvoorzieningen zouden zijn, werd het voorstel uiteindelijk verwezenlijkt. In een eerste onderzoek van Ist (en IGZ) naar aanleiding van de herinrichting van zorg binnen het gevangeniswezen, werd gesteld dat de zorg op de betreffende afdelingen binnen het gevangeniswezen (PPC's en zorgafdelingen in de Pl's) onder de maat was.<sup>365</sup> Maar een tweede rapport vermeldt dat de gevangenissetting geen grote beperkingen oplevert voor de verpleging en behandeling van gestoorde.<sup>366</sup> De RSJ zag in 2009 in het teruglopende capaciteitstekort aanleiding om zich kritischer op te stellen en beveelt aan deze afdelingen te sluiten, of om te bouwen richting klinieken, al was dit gezien het naderende capaciteitsoverschot in de TBS wellicht al niet meer nodig. De afdelingen waren vaak ook bedoeld voor motivatie tot behandeling, bijvoorbeeld ook van longstay-patiënten. De RSJ meende echter dat het motiveren van patiënten een therapeutische vaardigheid is, die niet afhankelijk moet zijn van drang door achteruitgang in accommodatie of vrijheden, maar van een daarop toegespitste zorginterventie. Overplaatsing vanuit een zorgsetting naar het gevangeniswezen heeft dan geen meerwaarde (meer).<sup>367</sup> Er worden vraagtekens gesteld bij de kwaliteit van leven binnen het gevangeniswezen. Dat verschil is dan van betekenis bij discussie over de plaats van tenuitvoerlegging van de longstay, eventueel binnen het gevangeniswezen. De longstay was ooit bedoeld om een paar mensen niet langer 'lastig te vallen' met behandelprognosen, waarbij juist meer ruimte hoorde.<sup>368</sup> Bij een mogelijke tenuitvoerlegging van longstay in een gevangenissetting ligt dan nog nadrukkelijker het gevaar op de loer van het onzichtbaar blijven van verandering. Het is niet verwonderlijk dat precies deze aspecten van het gevangenis milieu ten grondslag liggen aan de juist tegenovergestelde roep vanuit het gevangeniswezen om bijvoorbeeld levenslanggestraften (ook zonder zorgbehoefte) te plaatsen op afdelingen voor longstay-terbeschikkinggestelden met meer faciliteiten dan binnen het gevangeniswezen.<sup>369</sup>

#### 4.3.2.4 Overplaatsing vanuit TBS naar forensische GGZ

Naast overplaatsing vanuit het gevangeniswezen naar de forensische GGZ is er ook de mogelijkheid van overplaatsing vanuit de TBS met dwangverpleging. Hier moeten enkele vormen nader

---

364 *Kamerstukken II*, 2001/02, 24587, nr. 75.

365 Ist/IGZ 2006. Zie *Kamerstukken II*, 2006/07, 29452, nr. 52.

366 Ist 2008. Zie *Kamerstukken II*, 2008/09, 29452, nr. 86. Zie ook Regiolan-WODC 2008.

367 RSJ 2009c.

368 Dat werd bijvoorbeeld wel opgelost met twee kamers in plaats van één.

369 Mevis 2006.

onderscheiden worden.<sup>370</sup>

Ten eerste kan sprake zijn van (over)plaatsing van een TBS-gestelde naar een niet-justitiële 'TBS-kliniek' (denk aan FPK) op basis van art. 11 lid 3 jo. lid 1 Bvt. Betrokkene blijft binnen de TBS, maar de interne rechtspositie wisselt. De interne rechtspositie in de niet-justitiële TBS-kliniek richt zich op grond van art. 51 lid 3 Wet Bopz naar de artikelen 36 tot en met 41b, 44, 56, 57 van die wet.

Vervolgens is er de overplaatsing als bedoeld in art. 14 Bvt 'als de stoornis daartoe aanleiding geeft' en 'zolang als dat noodzakelijk is' naar een psychiatrisch ziekenhuis. Deze vorm is het equivalent van 15 lid 5 Pbw, al komt het in de praktijk minder vaak voor dan in het gevangeniswezen dat er zorg noodzakelijk is die niet in een FPC geleverd kan worden. Duidelijker dan bij art. 15 lid 5 Pbw, maar o.a. volgens Widdershoven niet helemaal glashelder vanwege art. 22 Reglement verpleging ter beschikking gestelden,<sup>371</sup> kan bij toepassing van art. 14 Bvt worden aangenomen dat de TBS doorloopt en er bij toepassing van art. 14 Bvt bij ter beschikking gestelden (dus niet bij andere verpleegden uit art. 4 BVT) sprake is van tenuitvoerlegging van de TBS in GGZ-kader, zodat de externe rechtspositie door de regeling van de TBS wordt bepaald. Uitgaande van deze redenering geldt voor de interne rechtspositie de Wet Bopz, voor zover de bepalingen daarvan op grond van art. 51 Wet Bopz van toepassing zijn verklaard. Bij beëindiging van de plaatsing zal meestal terugkeer naar de TBS-inrichting plaatsvinden. Widdershoven betoogt op grond van art. 22 van genoemd reglement dat sprake is van vrijwillige opname, ook bij ter beschikking gestelden. Voor de interne rechtspositie zou dat betekenen dat de WGBO van toepassing is, tenzij een Wet Bopz-machtiging zou worden verleend. De jurisprudentie van de Hoge Raad verzet zich echter inmiddels in de regel tegen de combinatie van een TBS en een Wet-Bopz-machtiging.<sup>372</sup> Ook daarom kan van de eerste opvatting worden uitgegaan. Verheldering van wetgeving is nochtans aangewezen. Voor de 'anderszins verpleegde' van art. 14 Bvt zal nogal eens sprake van vrijwillige opname in de GGZ. Dan bepaalt de WGBO de interne rechtspositie. In geval het gaat om iemand die tot gevangenisstraf veroordeeld is en via art. 13 Sr in de TBS is beland en is 'doorgeplaatst', geldt ook art. 51 lid 2 Wet Bopz.

De modaliteit van (proef)verlof die voor de overgang naar forensische GGZ vaker voorkomt beoogt de doorstroom te bevorderen. Zo wordt via transmuraal of proefverlof plaatsing in bijvoorbeeld een FPK of FPA mogelijk. Ten aanzien van de rechtspositie geldt ook hier verwarring. Aan te nemen valt ook hier dat de titel van TBS met dwangverpleging blijft gelden. Die bepaalt dan de externe rechtspositie. Via art. 51 Wet Bopz gelden de regels van de Wet Bopz voor de interne rechtspositie (voor zover van toepassing verklaard), maar ook hier is discussie of niet van vrijwillige opname sprake is.<sup>373</sup> Aan het einde van de TBS maakt de Hoge Raad in het genoemde arrest overigens wel een uitzondering op het uitgangspunt dat TBS en Wet Bopz-machtiging niet samen kunnen lopen om die overgang te

---

370 Buiten beschouwing blijft de niet apart in de Bvt geregelde overplaatsing naar longstay-faciliteiten. Er is sprake van doorplaatsing binnen de TBS en in zoverre niet van grensverkeer met consequenties voor de interne rechtspositie. Dat neemt niet weg dat in de literatuur wel aparte regeling wenselijk wordt geachte vanwege de consequenties die plaatsing in longstay met zich meebrengt.

371 Widdershoven 2005, onderdeel 6.

372 HR 18 april 2003, NJ 2003, 628 m.nt. J. de Boer.

373 Widdershoven 2005, p. 85-87. Het punt speelt ook bij observatieplaatsingen, zij het dat door het noemen van deze plaatsingen in art. 51 lid 3 Wet Bopz (wetsvoorstel 33 771) in dit punt wordt voorzien.

versoepelen.

Voor een bepaalde groep psychiatrische patiënten in de TBS is dit de manier om uit de TBS door te stromen. In de praktijk is er wel een hobbel bij deze overgang. Zo wordt door bepaalde vervolgvoorzieningen voor opname wel eerst een transmuraal verlofkader gevraagd, terwijl AVT/ministerie juist eerst een opname-adres verlangen alvorens een machtiging voor dergelijk verlof af te geven. Daarmee belandt de betrokkene in een Catch-22 situatie. De situatie kan in voorkomende gevallen mogelijk worden opgelost door in de verlofaanvraag goed aan te geven aan welk type voorziening wordt gedacht, in combinatie met een risicomanagementplan.

#### **Medewerkers van een FPC over de belemmeringen bij overgang naar (forensische) GGZ**

'Er is vaak een lange wachttijd en het komt ook vaker voor dat de vervolgvoorziening patiënten niet accepteren i.v.m. hun TBS status of hun problematiek.'

'Patiënten boezemen bij voorbaat angst in, wat 'm vaak meer in de TBS stempel zit dan de persoon zelf.'

'Het is erg moeilijk om zedencliënten uit te plaatsen. Daarnaast is het bij patiënten met een grote "failoption" erg lastig om een adequaat werkende woonplek te vinden.'

'Voornamelijk de zwakbegaafde patiënten zijn moeilijk door te plaatsen naar een passende vervolginstelling.'

'Verskil over de eindtermen en begintermen van instellingen.'

#### **4.3.2.5 Plaatsing op basis van voorwaardelijke strafrechtelijke modaliteiten**

De opkomst van de voorwaardelijke modaliteiten is hiervoor geschetst en al enige malen aan de orde geweest. Bijvoorbeeld bij opname in een psychiatrisch ziekenhuis (als bijzondere voorwaarde) bij voorwaardelijke veroordeling, is dan in sprake van vrijwillige opname (in de zin van: er is geen sprake van vrijheidsbeneming), waarbij voor de interne rechtspositie de WGBO geldt.

De externe rechtspositie in dergelijke modaliteiten blijft bepaald door de betreffende voorwaardelijke modaliteit, bijvoorbeeld voor de regels omtrent toezicht en begeleiding. Dat geldt ook voor wat betreft de regeling van de consequenties in geval iemand zich niet aan de voorwaarden houdt en of aan de voorwaarden elektronisch toezicht kan worden verbonden. Dat geheel van voorschriften inzake de naleving van de voorwaarden, verschilt nogal per voorwaardelijke modaliteit; zie 4.2. De Wfz zorgt voor een zekere uniformering van enkele aspecten van deze modaliteiten; zie nader hierna. Ten aanzien van de wettelijke regeling inzake de interne rechtspositie bestaat een afwijkende situatie indien personen op een dergelijke voorwaardelijke titel worden opgenomen in een inrichting voor terbeschikkinggestelden. Art. 4 Bvt (lid 1 sub d en e) bepaalt wie er in de kliniek kan worden opgenomen, art. 1 definieert die dan vervolgens als 'verpleegden' waardoor de bepalingen van de Bvt die betrekking hebben op verpleegden, onder andere betreffende de interne rechtspositie van toepassing zijn. In zoverre verklaart art. 4 Bvt die wet in de FPC's van toepassing op personen met TBS met voorwaarden of personen die als bijzondere voorwaarde opname in een inrichting opgelegd hebben gekregen. Dat is dus een behoorlijke uitzondering op de tot nu toe veelal geconstateerde situatie dat op een *dwang*titel ook (slechts) een *dwangkader* van toepassing is en op een *drang*titel een vrijwillig kader. In de forensische GGZ geldt voor die voorwaardelijke titels namelijk de WGBO. Opvallender nog is, dat art. 4 lid 1 sub g de Bvt ook van toepassing verklaart op personen die hun

verblijf in de inrichting vrijwillig willen voortzetten of daarin opnieuw opgenomen willen worden, al moet dan wel sprake zijn van schriftelijke instemming en machtiging van de minister (lid 2 en 3) terwijl ook dwangbevoegdheden op instemming van de patiënt steunen. Bijvoorbeeld bij een aantal plotselinge TBS-ontslagen n.a.v. EHRM Van der Velden is van deze mogelijkheid wel gebruik gemaakt.<sup>374</sup>

Een tweede bijzondere regeling voor de TBS betreft art. 51 lid 4 Wet Bopz. Daarin is bepaald dat art. 10 lid 2 Wet Bopz (bevel van de OvJ tot opname) van overeenkomstige toepassing is met betrekking tot personen aan wie op grond van een uitspraak van de rechter als bedoeld in art. 38 Sr de voorwaarde is gesteld tot opneming in een psychiatrisch ziekenhuis.<sup>375</sup> Volgens DForZo komt het een gering aantal keren per jaar voor dat een plaatsing - na indicatie - in de forensische GGZ door de instelling wordt geweigerd.<sup>376</sup> Vaak gaat het dan om een opname als voorwaarde bij een voorwaardelijke beëindiging van de TBS met dwangverpleging. Op basis van het vrijwillige kader van opname in deze modaliteit, wordt opname dan niet verantwoord geacht en is er kennelijk sprake van een mismatch. Voor de alleszins vergelijkbare TBS-situatie van voorwaardelijke beëindiging van de TBS met dwangverpleging en voor vele andere forensische zorgtitels bestaat nog geen opnameplicht (deze wordt met de Wfz wel ingevoerd), maar er bestaat wel doorzettingsmacht op basis van een inkoopcontract. Bij een weigering wordt soms met een aanmoediging het te proberen in combinatie met een doorplaatsingsgarantie binnen 48 uur, toch nog opname gerealiseerd. Overigens is er door alle ontwikkelingen in de forensische zorg en klinische afbouw in de GGZ nu een tekort aan plaatsen in de forensische GGZ, waardoor het gemakkelijker is geworden voor instellingen om te weigeren. Vervolgens is de overgang van TBS dwangverpleging naar bijvoorbeeld voorwaardelijke beëindiging een situatie waarin de verantwoordelijkheid moet worden overgedragen van de kliniek naar de reclassering, die ook formeel de verantwoordelijkheid houdt als de patiënt met die titel is opgenomen in de forensische GGZ. Deze overgang is nogal eens een struikelblok, bijvoorbeeld als de reclassering meent onder geen enkele voorwaarde een patiënt te kunnen begeleiden. Het ontwikkelde instrument van Forensisch Psychiatrisch Toezicht (FPT), waarbij al tijdens de TBS dwangverpleging, de reclassering betrokken wordt bij het risicomanagement (dus al tijdens transmuraal verlof en soms al onbegeleid verlof) zou deze overgang moeten versoepelen. Uit een snel evaluatieonderzoek bleek, dat het waarschijnlijk is dat FPT helpt de recidivekans te verminderen, maar niet de uitstroom te stimuleren. Ook waren personeelwisselingen een punt van aandacht.<sup>377</sup> Een nieuwe evaluatie is aanstaande. Uit de interviews in het kader van dit onderzoek kwamen nogal eens negatieve geluiden naar voren over deze samenwerking. Mogelijk is het aloude cultuurverschil van controlemodel versus

---

374 Zie over deze EHRM-uitspraak en de consequenties daarvan: Van der Wolf 2013a.

375 Wet van 1 juli 2010, *Stb.* 2010, 270. Deze wet is op 1 september 2010 in getreden, *Stb.* 2010, 308. De wet regelt alleen de aanpassing van de wettelijke regeling van de TBS met voorwaarden. Dat verklaart de 'incidentele' verwerking van uitsluitend deze modaliteit in art. 51 Wet Bopz.

376 Uit een in het kader van dit onderzoek gehouden interview.

377 Harte e.a. 2010. Zie *Kamerstukken II*, 2010/11, 29452, nr. 136, over de evaluatie en een ISt-rapport over reclasseringstoezicht. Men is ook met ambulante FPT bezig. De kliniekstaf doet outreach interventies. Er zijn FACT teams actief (Functional Assertive Community Treatment, vooral voor MMD patiënten, nog niet bij zeden). Er is een neergang in het aantal politiecontacten. De reclassering werkt dan ook al met twee case-managers om continuïteit te borgen.

therapeutisch model op sommige plaatsen nog een barrière. Ontwikkelingen laten ook zien dat men beseft dat er op dit punt winst te behalen is. Het gebruik van samenwerkingsovereenkomsten, waarbij ook de patiënt betrokken is, levert de laatste jaren bijvoorbeeld al een verbetering op.

### **Verzamelde opmerkingen over de rol van de reclassering bij voorwaardelijk einde TBS**

Directeur FPA: 'De strenge voorwaarden staan de behandeling nog wel eens in de weg. Een terugval bij een drugspatiënt wordt bestraft terwijl dit voor het zorgproces erg slecht is. De behandeling duurt daardoor vaak langer. De reclassering zit er bovenop en wil constant informatie om het recidivegevaar te kunnen inschatten. Ik kan deze informatie vaak niet geven, vanwege het beroepsgeheim. Dat levert nogal eens misverstanden op met de reclassering.'

Medewerker van een FPC: 'Ik ervaar vaak een moeizame samenwerking met de reclassering. Dit kan zijn bij de overdracht rond een voorwaardelijke beëindiging of bij proefverlof, maar ook wanneer de reclassering aanhaakt om een rapport voor te bereiden.'

Rechter: 'Er zou ook vaker eerder een overgang naar een voorwaardelijke beëindiging met toezicht van de reclassering mogelijk moeten kunnen zijn, maar de reclassering zegt vaak iemand nog niet te willen begeleiden, gezien de mogelijke risico's.'

Officier van justitie: 'Reclassering is aan het reorganiseren. De werkers worden nu MBO niveau en vroeger was dit HBO. TBS'ers kunnen enorm manipuleren dus je moet echt sterk in je schoenen staan als je zo iemand moet begeleiden. Daar zijn de MBO'ers niet stevig genoeg voor. Het gebrek aan expertise is echt een zorgpunt.'

Het TBS veld is ook zelf met ambulantisering bezig. De kliniekstaf doet outreach interventies, bijvoorbeeld via FACT teams die worden ingeschakeld door de reclassering.

### **Medewerkers in de Forensisch Zorg over de overgang van intramurale naar ambulante zorg**

'De cliënt wordt vaak overschat: de overgang van een dynamische leefgroep naar een leven 'op zichzelf' vraagt intensievere zorg.'

'Overstap van gesloten instelling naar ambulante zorg is veelal in de praktijk te hoog gegrepen, waardoor kans op recidive aanwezig is. Cliënten hebben meer begeleiding nodig dan in de ambulante zorg over het algemeen geboden kan worden.'

'Het is moeilijk een goede plek te vinden voor cliënten die drugs gebruiken. Vaak zijn ze aangewezen op pensions.'

'De forensische poli kan moeilijk de opnameduur van cliënten beïnvloeden die door de IFZO worden geplaatst.'

'Op ons terrein hebben we ook de mogelijkheid om cliënten over te plaatsen naar een kliniek met open deur en 24u begeleiding.'

'Een irrealistisch beeld dat patiënten hebben van de vrijheden die ze denken te krijgen als ze naar de ambulante zorg overgaan: meer vrijheid en minder controle. Terwijl het in eerste instantie is: minder vrijheid en meer controle.'

Een laatste barrière voor in- en doorstroom is ook hier weer gelegen in de financieringssysteem, met name de

die nog prijzen koppelt aan juridische titels in plaats van aan zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak. Zo kan het voorkomen dat bijvoorbeeld een RIBW wel iemand wil opnemen onder de titel van TBS met dwangverpleging, maar niet langer als die dwangverpleging voorwaardelijk beëindigd wordt. Daarmee wordt doorstroom dan weer belemmerd. Zo zijn er nog (te) veel redenen en mogelijkheden voor instellingen om grensverkeer te bemoeilijken, waarbij ook een praktisch gebrek aan maatwerkmogelijkheden in de (materiële) voorzieningen voor meer of minder uitzonderlijke patiëntgroepen<sup>378</sup> en de publieke opinie (bijvoorbeeld ten aanzien van terbeschikkinggestelden) een rol spelen.

## 4.3.3 Grensverkeer met aanpalende sectoren: huidige stand van zaken

### 4.3.3.1 Jeugd

Voor deze grensovergang wordt verwezen naar hoofdstuk 4 en (met name) hoofdstuk 6.

### 4.3.3.2 Reguliere GGZ: overplaatsing naar TBS

Ook tussen de sector van de reguliere GGZ (zie hoofdstuk 3) en Forensische Zorg bestaat tweerichtingsverkeer. Omdat en voor zover die zich afspeelt tussen reguliere en Forensische GGZ, bestaat daarbij geen onduidelijkheid meer over de interne rechtspositie. In geval van plaatsing in een FPC blijft thans voor de interne rechtspositie de Wet Bopz gelden. Overigens speelt ook bij deze overgang mogelijk een financiële barrière, nu plaatsing in een FPC, anders dan de plaatsing in een regulier psychiatrisch ziekenhuis, onder (het budget van) de forensische zorg valt. Het is wel zo dat de helderheid over toepasselijkheid van de Wet Bopz, de uitkomst is van langdurige onduidelijkheid over de toepasselijke regeling. Als zodanig zal aan die voorgeschiedenis in 4.4.2. bij de bespreking van de interne rechtspositie nog nader aandacht worden besteed.

### 4.3.3.3 Reguliere GGZ: overplaatsing vanuit strafrecht/TBS

Vaker nog komt de omgekeerde situatie voor dat iemand vanuit het strafrechtelijke of justitiële circuit in de reguliere GGZ terecht komt, met beëindiging of verlies van de strafrechtelijke titel.

Uiteraard begint die mogelijkheid bij het opportuniteitsbeginsel dat de OvJ in staat stelt om naar aanleiding van een strafbaar feit een civielrechtelijke route te bewandelen in plaats van een strafrechtelijke (voor zover de politie dat niet al gedaan heeft). Meer hierover in 4.2.

De strafrechter kan in geval van ontoerekenbaarheid via art. 37 Sr een plaatsing in de reguliere GGZ mogelijk maken. Op grond van art. 51 lid 1 Wet Bopz geldt dan laatstgenoemde wet ten aanzien van de interne rechtspositie (en ook veelal de externe). Er bestaat overigens wel enige verwarring over het feit dat Justitie of het OM geen invloed heeft op de tenuitvoerlegging van de plaatsing in het psychiatrisch ziekenhuis. Widdershoven wijst erop dat in sommige publicaties er ten onrechte van

---

378 Denk bijvoorbeeld aan de verstandelijk gehandicapten in Hoeve Boschoord.

wordt uitgegaan dat verlop en ontslag slechts na overleg of akkoord met die instanties mogelijk zijn.<sup>379</sup> Dat is niet juist. Meteen na plaatsing zijn de regels van de Wet Bopz onverkort van toepassing, zodat de geneesheer-directeur van het ziekenhuis over verlop en ontslag beslist. Dat is ook begrijpelijk, aangezien de verdachte bij toepassing van het huidige art. 37 Sr door de strafrechter wordt ontslagen van alle rechtsvervolging. De plaatsing duurt op grond van deze last niet, zoals soms wel wordt gedacht, minimaal maar maximaal één jaar en kan dus tussentijds eindigen. Na ommekomst van de last kan een eventueel langer verblijf (uitsluitend) via de titels van het civiele recht worden bewerkstelligd. In de praktijk zijn rechters juist vanwege deze situatie terughoudend met het opleggen van de maatregel van art. 37 Sr, omdat ze de beslissing over de beëindiging van de maatregel liever in eigen hand houden.<sup>380</sup> Van oudsher ligt hier het verschil tussen behandelingsdenken en gevaarsdenken aan ten grondslag. Zo formuleert de strafrechter bij oplegging wel eens in het vonnis: 'De rechtbank gaat er vanuit dat de opname in het psychiatrisch ziekenhuis zal voortduren, als behandeling, om wat voor reden dan ook, niet van de grond komt of niet aanslaat.'<sup>381</sup> Nadat op advies van de Commissie Fokkens in 1997 de combinatiemogelijkheid tussen PPZ en terbeschikkingstelling werd afgeschaft,<sup>382</sup> zal men ook eerder geneigd zijn helemaal geen PPZ op te leggen ten gunste van een terbeschikkingstelling, omdat de als stok achter de deur opgelegde terbeschikkingstelling de rechter grip gaf op de externe rechtspositie.

Een belangrijke laatste moment waarop overgang van justitie naar reguliere zorg gewenst kan zijn, is aan het einde van de TBS. De uitstroom uit de TBS is, zeker toen het capaciteitstekort toenam, begin jaren negentig reden geweest om over deze overgang na te denken. Het rapport 'Wordt vervolgd' van de Werkgroep Vervolgvoorzieningen uit 1993 noemde de belemmerende factoren voor grensverkeer: onvoldoende kennis en ervaring bij het personeel van het ontvangende instituut, een negatief beeld over de forensische patiënt, ontoereikende capaciteit, verschillen in wetgeving en financiering en onbekendheid over de (on)mogelijkheden van opvang.<sup>383</sup> Er werd veel verwacht van circuitvorming. Uit onderzoeken naar de circuitvorming bleek wel dat een actievere rol van de overheid gewenst was bij de circuitvorming, die regionaal en kwalitatief zeer verschilden.<sup>384</sup> Dit bleef een speerpunt in volgende beleidsvisies als 'Veilig en Wel' (Commissie Kosto) en 'TBS Terecht',<sup>385</sup> maar net als in vroegere convenanten werd de barrière toch nooit echt geslecht. De NRV constateerde in 1991 al het probleem dat niet de behoeften van de patiënt, maar de behoeften van de instellingen leidend zijn: *'Het professionele werkveld wordt beheerst door instellingsbelangen en daarmee gepaard gaande*

---

379 Widdershoven 2005, p. 46-47 en Widdershoven 2013, p. 605-606.

380 Commissie Visser 2006, p. 56.

381 Rb Zwolle 9 september 2008, LJN BF0127.

382 Wet van 25 juni 1997, *Stb.* 1997, 282. PPZ werd daarvoor in 1988 nog 56 maal opgelegd en in 1989 49 maal.

Commissie Fokkens 1993, p. 36. Bij deze wet werd tevens ingevoerd dat een PPZ vervalt wanneer een nieuwe PPZ wordt opgelegd (381 lid 2 Sr) of als ter beschikking gesteld wordt (lid 3). De Hoge Raad bepaalde dat het tevens in de rede ligt dat een civielrechtelijke plaatsing ook door een volgende strafrechtelijke wordt beëindigd: HR 12 oktober 2004, LJN AO3233 *NbSr* 2004, 389.

383 Via Werkgroep IBO I 1995.

384 Zie de rapporten Wilken e.a. 1999, Van Vliet & Wilken 2001 en Van Vliet 2001.

385 Commissie Kosto 2001 en Ministerie van Justitie 2001.



*territoriumstrijd. De neiging tot afbakenen en het slaan van grenspalen wordt versterkt door de huidige wet- en regelgeving.*<sup>386</sup>

Een voorbeeld van een mislukte overplaatsing op basis van verschillen in regelgeving was bijvoorbeeld de onmogelijkheid onder de Wet Bopz om post mee te lezen, hetgeen in een concreet geval en bij de betreffende patiënt essentieel was voor het risicomanagement.<sup>387</sup> Bij deze overgang van TBS naar regulier spelen mogelijk alle soorten hobbels een rol. Er is sprake van een overgang van externe en van interne rechtspositie, van verantwoordelijkheid, van financieringssystematiek, etc.

Om deze overgang mogelijk te maken aan het eind van een TBS-titel nam de Hoge Raad in zijn arrest van 18 april 2003<sup>388</sup> een uitzondering aan op zijn in dat arrest geformuleerde uitgangspunt dat een lopende TBS aan het verlenen van een (voorlopige) Wet Bopz-machtiging in de weg staat.

#### **Medewerkers in de Forensische GGZ over de belemmeringen bij overgang naar reguliere GGZ**

‘In het kader van nazorg kunnen we af en toe geen contact meer hebben met cliënt.’

‘Er zijn lange wachtlijsten voor patiënten met complexe problematiek waardoor ze langer dan nodig in een gesloten setting verblijven.’

‘Moeilijk om vervolgvorzieningen te vinden voor moeilijke patiëntengroep met RM. RM (of artikel 37) kan belemmerend werken. De zorgplicht verhinderd soms doorstroming van moeilijk te plaatsen cliënten aangezien de zorg dan ook overgedragen moet worden.’

Uiteraard gelden dergelijke problemen ook wel aan het eind van een gevangenisstraf.

#### **Medewerkers van een PPC over de belemmeringen bij overgang naar GGZ**

‘De GGZ is niet goed toegerust voor de behandeling van forensische patiënten, geen aansluiting of verwachtingen/inclusie criteria voor opname die de patiënt niet waar kan maken, zie je met name bij verslavingszorg.’

‘Op einde strafrechtelijke titel blijkt overgang naar reguliere GGZ uiterst moeizaam.’

‘Proces van indicatieaanvraag, -stelling en plaatsing. Teveel schijven, teveel regievoerders, geen afstemming buiten en binnen de pi.’

Voor de dynamiek van het systeem en de doorstroom uit de TBS is ten slotte op deze plaats nog van belang dat in zgn. Manifest van Lunteren veel betrokken instanties zich verbonden hebben om vanuit

---

386 NRV 1991.

387 Ontleend aan een in het kader van dit onderzoek gehouden interview met een jurist uit een FPC.

388 HR 18 april 2003, NJ 2003, 628 m.nt. J. de Boer. De door de Hoge Raad geformuleerde onmogelijkheid (in beginsel) van samenloop van TBS en Wet Bopz machtiging wordt uiteraard door de regeling van de Wfz op de helling gezet. Zie over de vraag of het uitgangspunt ook reeds voor het bestaande recht niet te beperkt is Widdershoven 2005, p. 67-68.

de TBS het gesprek aan te gaan met GGZ om aldaar draagvlak te creëren voor het in de GGZ opnemen van personen die langdurig zorg en toezicht nodig hebben.

#### 4.3.3.4 Overgang naar de maatschappij

De overgang van zorg op basis van de justitiële titel naar de maatschappij en aanvullende zorg buiten de GGZ kan worden gerekend tot de inspanningsverplichtingen die in het kader van de hiervoor besproken, verschillende wettelijke bepalingen inzake het resocialisatiebeginsel aan de overheid toekomen. Doorgeleiding naar maatschappelijke hulpverlening kan in bepaalde gevallen reeds op grond van art. 43 Pbw geïnitieerd zijn, bijvoorbeeld als de hulpverlening in dat kader, gestart tijdens de justitiële titel, na afloop ervan wordt voortgezet. Vooral qua financiële dekking is het moeilijk als er geen Wet Bopz-titel volgt, maar bijvoorbeeld ex-TBS'ers wel nog sporadisch toezicht nodig hebben. Sommige instellingen hebben er welhaast een visie van gemaakt om op eigen kosten dan toch maar contact met ex-patiënten te onderhouden.

#### 4.3.4 Grensverkeer tussen deelgebieden Forensische Zorg en met de reguliere GGZ: toekomst

Voor de toekomst van het grensverkeer is de wijziging van een aantal wettelijke regelingen in het bijzonder van belang, de Wfz voorop. In de Wfz wordt uitgegaan van twee stappen van wetgeving. Eerst is de invoering van de Wfz gepland, en daarna het eventueel vervangen van de Wet Bopz door de beide opvolgers: de Wvggz en WZD. In deze planning is er sprake van twee fasen: na de invoering van de Wfz, maar tot aan de vervanging van de Wet Bopz en de fase daarna.

Het is uiteraard de bedoeling van de nieuwe wetgeving dat het grensverkeer daarmee wordt verbeterd. De te verwachten gevolgen van de nieuwe wetten zijn laatstelijk onderzocht door de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in het rapport 'Stoornis en delict' uit 2012.<sup>389</sup> De RVZ verwacht dat de wetten veel ten positieve - qua zorguitkomsten en recidivepreventie - zullen veranderen. Omdat er een gezamenlijke doelgroep bestaat van VenJ en VWS - dat blijkt ook uit een in het rapport opgenomen analyse van patiëntenstromen - is terecht meer de stoornis of zorgbehoefte als uitgangspunt voor plaatsing en behandeling genomen en niet de juridische titel. Maar de RVZ constateert ook dat er nog aanvullende knelpunten worden opgelost voor de wetten in werking zouden kunnen treden. Hoewel het oplossen daarvan aldus door de RVZ is voorgesteld in anticipatie op invoering van de wetten, was de kabinetsreactie kort gezegd dat invoering van de wetten moest worden afgewacht, omdat die juist al op doorstroom en continuïteit van zorg waren gericht. Alleen beleidsmatig worden concrete acties toegezegd, vooral waar het flexibilisering, afstemming en ontschotting van de financiering betreft, informatie-uitwisseling, stroomlijning indicatiestelling en integrale samenwerking.

Het voorgaande betekent dat ook in het onderstaande voor de toekomstige tijd moet worden onderscheiden naar de situatie dat de Wfz al in werking is getreden maar daarnaast nog de Wet Bopz

---

389 RVZ 2012a.

geldt, dan wel de situatie dat laatgenoemde wet inmiddels door de Wvggz/WZD is vervangen. Gegeven de thematische aanpak in het onderstaande worden beide situaties daarin waar aangewezen samen genomen. Bij de bespreking van de wetwijzigingen worden ook enige, voor adequaat grensverkeer relevante wetstechnische opmerkingen gemaakt.

#### 4.3.4.1 De wijzigingen van de wettelijke regelingen; overzicht en consequenties

Allereest<sup>390</sup> worden in de Wfz de bestaande, hierboven besproken overplaatsingsmogelijkheden, voor zover op forensische zorg betrekking hebbend, overgeplaatst naar de Wfz:

- Art. 43 lid 3 Pbw wordt art. 6.8 Wfz
- Art. 15 lid 5 Pbw wordt art. 6.7 Wfz
- Ook art. 14 Bvt wordt in art. 6.7 Wfz opgenomen
- Art. 15 lid 2 Pbw wordt art. 6.6 Wfz, voor zover het penitentiair programma nog blijft bestaan.<sup>391</sup> Deze mogelijkheden van overplaatsing blijven ook in de Pbw respectievelijk Bvt geregeld. Aan die bepalingen wordt telkens een volzin toegevoegd waarin wordt aangegeven dat indien betrokkene wordt overgebracht ten behoeve van verlening van forensische zorg, die overbrenging geschiedt overeenkomstig de bepalingen van die wet. Zoals hiervoor bij de bespreking van art. 15 lid 5 Pbw uiteen is gezet, neemt de RSJ aan dat op grond van de Pbw beroep open staat tegen de overbrenging als in dat artikellid bedoeld. Er van uitgaande dat de wetgever deze beroepsmogelijkheid niet wil afschaffen, rijst de vraag of deze beroepsmogelijkheid behouden blijft als de verwijzing naar de Wfz in art. 15 lid 5 en art. 14 Bvt zo moet worden gelezen dat de beslissing tot overbrenging uitsluitend op de Wfz steunt, en niet ook op de genoemde artikelen in de Pbw respectievelijk de Bvt.

In wetsvoorstel 31 996 (WZD) wordt overplaatsing naar een instelling als in die wet bedoeld, aan art. 15 lid 5 Pbw en aan art. 14 Bvt (dus niet aan art. 43 lid 3 Pbw) toegevoegd.<sup>392</sup>

Ten opzichte van de bestaande bepalingen is de belangrijkste wijziging dat overbrenging weliswaar nog steeds ook op basis van schriftelijke en vrijwillige instemming van de betrokkene kan geschieden, maar dat als hoofdregel van art. 6.7 eerste volzin Wfz, een machtiging als bedoeld in de Wet-Bopz/Wvggz/WZD vereist zal zijn. Zo'n bepaling is in het bijzonder onder de Wvggz noodzakelijk, omdat in die machtiging de vormen van gedwongen zorg moeten worden aangewezen die mogelijk zijn. Als gezegd, kan een dergelijke machtiging, desnoods voor de zekerheid, bij de strafoplegging reeds worden verstrekt, dan wel moet deze gedurende de ten uitvoerlegging bij aparte beslissing van de (straf)rechter worden gevraagd.

---

390 De Wfz zal ook een art. 2.3, tweede lid, bevatten waarin een inspanningsverplichting is opgenomen om de overgang vanuit de justitiële titel naar de maatschappij adequaat te doen verlopen. Deze bepaling blijft hier verder buiten beschouwing.

391 Wetsvoorstel 33 745 wijzigt art. 6.6 Wfz: de mogelijkheid van elektronisch toezicht blijft bestaan, maar het penitentiair programma in de Pbw wordt afgeschaft.

392 *Kamerstukken II*, 2001/12, 31996, nr. 9 (derde nota van wijziging).

Voor de verschillende voorwaardelijke modaliteiten, voor zover naar de voorwaarden betrekking hebbend op forensische zorg, wordt door art. 2.4 Wfz in een algemeen kader van toezicht en begeleiding voorzien. Het artikel bevat ook een opsomming van de voorwaardelijke modaliteiten, waarbij, ook in vergelijking met het oorspronkelijke art. 2.3 opvalt, dat het voorwaardelijk sepot van art. 242-244 Sv en de voorwaarden bij strafbeschikking (art. 257a Sv) ontbreken. De regeling is voor de voorwaardelijke modaliteiten per abuis uit het wetsvoorstel Wfz zelf vervallen, maar dat is bij Wet van 19 juni 2013, Stb. 225 inmiddels gerepareerd. De betreffende regeling geldt dan als een lex specialis ten opzichte van de regeling van de betreffende voorwaardelijke modaliteit zelf, althans, zo moet worden aangenomen, betreffende de in de Wfz geregelde onderwerpen. Voor andere onderwerpen, zoals de mogelijkheid van aanhouding in geval van overtreding van de voorwaarden, blijft als gezegd de betreffende regeling van toepassing. De regeling van art. 2.4 Wfz vormt in feite de regeling van de externe rechtspositie bij de betreffende modaliteit. Met het toezicht op en de begeleiding van de betrokkene, wordt de reclassering belast.

Door de Wfz wordt, zoals al gememoreerd, voor veel meer gevallen dan thans, de mogelijkheid gecreëerd om naast (of, in geval van afzonderlijke beschikking zelfs ook in plaats van) een strafrechtelijke titel ook een zorgmachtiging als bedoeld in de Wvggz of de WZD op te leggen. Zo'n machtiging kan aan het begin van een zorgtraject worden opgelegd (bijvoorbeeld bij strafrechtelijke veroordeling), dan wel later, tijdens de ten uitvoerlegging, al dan niet gericht op doorstroom naar de GGZ-sector. Er zijn dus verschillende opties mogelijk. De zorgmachtiging kan eerst ten uitvoer worden gelegd, of eerst de strafrechtelijke titel of soms beide tegelijk. De Wfz dwingt niet tot een keuze of volgorde.

De vraag is of een zekere aanduiding van ten uitvoerlegging in geval van samenloop, wellicht ook in nadere regelgeving, niet van belang kan zijn voor een goede tenuitvoerlegging in de praktijk. Wat het meest aangewezen is, zal nogal eens afhangen van hetgeen de strafrechter in de zorgmachtiging mogelijk heeft gemaakt aan vormen van gedwongen zorg, met name ook inzake het onvrijwillig verblijf. Onder de Wvggz moet de rechter immers per patiënt op dit punt de rechtspositie in de machtiging bepalen. Hoe meer vormen van gedwongen zorg mogelijk worden gemaakt, hoe meer de zorgmachtiging het verlenen van gedwongen zorg op een strafrechtelijke titel onder de Wfz kan begeleiden en omgeven. Als bijvoorbeeld forensische zorg als bedoeld in de Wfz in een forensische drangmodaliteit is opgelegd (voorwaardelijke veroordeling met zorg als bijzondere voorwaarde), dan kan, als op die titel de veroordeelde vrijwillig in een inrichting of ziekenhuis verblijft, op het overtreden van bepaalde voorwaarden of in geval van vrijwillig onttrekken, worden overgeschakeld op tenuitvoerlegging van de verleende zorgmachtiging als die eveneens reeds is verleend. Zo'n reeds verleende, maar nog niet onmiddellijk geëffectueerde zorgmachtiging krijgt dan daarmee in feite een zelfde karakter als de voorwaardelijke machtiging in de Wet Bopz. Formele gelijkstelling zal niet helemaal aan de orde zijn omdat de voorlopige machtiging op grond van art. 10 Wet Bopz binnen twee weken moet zijn geëffectueerd en een beperkte geldigheidsduur van zes maanden heeft. Afgewacht moet worden welk karakter de voorziening van art. 2.3 Wfz precies zal krijgen. Als de machtiging ten uitvoer wordt gelegd, is, onder de - bestaande - Wet Bopz, art. 51 van toepassing. Dat artikel wordt door art. 7.6 Wfz aangevuld. Daarmee raken we aan een volgend aspect van het grensverkeer.

Voor de bespreking van het grensverkeer is van belang, dat de verantwoordelijkheid van de Minister van VenJ, zoals thans geregeld in art. 51 Wet Bopz, nog voor de ‘verhuizing’ naar in de Wvvgz, aan wijziging onderhevig is en wel in tweeërlei opzicht.

Mede op aandringen van GGZ Nederland wordt de reikwijdte van die bepaling uitgebreid voor meer forensische titels. De GGZ dringt daar op aan, op grond van problemen in de praktijk die zowel liggen in de beheersbaarheid van patiënten als in het kunnen aanbieden van de juiste zorg. Een en ander is voorzien in de Tweede Nota van Wijziging bij wetsvoorstel 33 771.<sup>393</sup> Door de daarin opgenomen wijziging wordt de Wet Bopz, en dan met name het gedeelte betreffende de interne rechtspositie, bij opname op grond van meer strafrechtelijke titels van toepassing verklaard. De GGZ acht uitbreiding van belang om op grond van de Wet Bopz om in voorkomende gevallen adequaat te kunnen optreden in gevaarlijke situaties dan wel in geval de motivatie bij de betrokkene weg valt. Er is verder ook sprake van actualisering van wetgeving: inmiddels ontstane strafrechtelijke titels zijn niet steeds in art. 51, derde lid Wet Bopz verwerkt. De artikelen 36-41b, 44 en 56-58 van de Wet Bopz worden in dat kader van overeenkomstige toepassing verklaard in geval bepaalde justitiële titels in een psychiatrisch ziekenhuis ten uitvoer worden gelegd, zonder machtiging. Dat betreft naast de bestaande variant van TBS met dwangverpleging, de crisisopname bij de maatregel van TBS met voorwaarden, de maatregel van plaatsing in een instelling voor stelselmatige daders en het bevel tot overbrenging ter observatie bij voorlopige hechtenis. Het is niet helemaal duidelijk waarom bijvoorbeeld de crisisopname bij de voorwaardelijke beëindiging van de TBS-dwangverpleging (of de opname in het kader van de schorsing van de voorlopige hechtenis et cetera) niet mee zijn genomen. De toelichting spreekt als gezegd van een omissie, een term die suggereert dat deze aanvulling, los van de door GGZ Nederland geconstateerde noodzaak, vanzelfsprekend uit de aard van de genoemde titels voortvloeit. Van zodanige vanzelfsprekendheid is met name volgens Widdershoven geenszins sprake.<sup>394</sup> Zijn bezwaar is met name dat via de achterdeur, namelijk zonder dat de rechter, die weliswaar de strafrechtelijke titel heeft verleend, uitdrukkelijk heeft getoetst dat aan de voorwaarden van de Wet Bopz voldaan is, de regels betreffende de interne rechtspositie toch van toepassing kunnen zijn. Alleen na zodanige toets zou, naar de mening van de auteur, de regeling van de interne rechtspositie van de Wet Bopz van toepassing (mogen) zijn. Blijkens de Memorie van Antwoord aan de Eerste Kamer, houdt de regering aan haar voornemen van wetswijziging vast.

Een tweede aanpassing van art. 51 Wet Bopz schuilt in het voorgestelde art. 7.6 Wfz. Daarin wordt voorgesteld om aan art. 51 lid 1 Wet Bopz een volzin toe te voegen waarin wordt bepaald dat de geneesheer-directeur het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis slechts voor het einde van de machtiging (als bedoeld in art. 37 Sr en dus uitgebreid naar de gevallen van art. 2.3 Wfz), kan beëindigen met instemming van de Minister van Veiligheid en Justitie, tenzij de persoon is ontslagen van rechtsvervolging of is vrijgesproken van het hem ten laste gelegde feit. De laatste uitzondering is later toegevoegd, omdat de machtiging van de strafrechter dan is opgelegd naast een rechterlijke beslissing die inhoudelijk impliceert dat geen sprake is van een strafrechtelijke veroordeling. Bemoeien van de minister zou dan getuigen van onvoldoende respect voor de inhoud van deze

---

393 *Kamerstukken II*, 2013/14, 33771, nr. 8, p. 10.

394 Widdershoven 2014.

rechterlijke beslissing.<sup>395</sup>

Een dergelijke voorziening is te begrijpen als en voor zover de tenuitvoerlegging van de machtiging als civiele titel samenloopt met een strafrechtelijke titel, met name een strafrechtelijke titel van vrijheidsbeneming (vgl. hierna over art. 9.1. Wvvgz). Maar als zodanig is de wijziging van art. 51 Wet Bopz niet vormgegeven. Het gaat bij art. 51 lid 1 Wet Bopz voor alle duidelijkheid niet om personen bedoeld in lid 2 van die bepaling, te weten aan wie op grond van een strafrechtelijke titel vrijheidsbeneming is opgelegd en ten aanzien van wie de Minister van VenJ betrokken is om er voor te zorgen dat toepassing van de Wet Bopz niet leidt tot het doorkruisen van de strafrechtelijke vrijheidsbeneming. De gedachte achter art. 7.6. is dat de bemoeienis van de minister van VenJ gelegitimeerd is, enkel omdat de strafrechter de machtiging op grond van art. 37 Sr jo. 2.3 Wfz heeft opgelegd en dus vanwege een strafbaar feit, zoals de MvT het uitdrukt.<sup>396</sup> Zulkz hoewel de uitvoering van de machtiging verder geheel toepassing van de Wet Bopz is. Een dergelijke bemoeienis is, zoals gezegd, in de huidige Wet Bopz (art. 51 lid 1) niet voorzien, maar wordt soms wel als gemis ervaren. Anderzijds wordt deze bemoeienis van de minister van VenJ bekritiseerd, juist omdat diens bemoeienis dan bestaat terwijl er geen strafrechtelijke titel ten uitvoer wordt gelegd, anders dan dat het de strafrechter is die de zorgmachtiging heeft afgegeven. Het punt zou kunnen worden opgelost door de voorziening van art. 7.6 inderdaad te binden aan een strafrechtelijke grondslag. Deze zou kunnen worden gevonden in de (in art. 2.3 Wfz te verwerken) eis dat de rechter die de zorgmachtiging afgeeft, daarbij wel moet c.q. kan vaststellen dat een strafbaar feit is begaan. Vrijspraak of ontslag van alle rechtsvervolging wil immers niet zeggen dat zodanige vaststelling niet mogelijk is. De constructie is vergelijkbaar met die bij de maatregel van onttrekking aan het verkeer, geregeld in art. 36b lid 1, met name sub 3 en sub 4 Sr.<sup>397</sup> Door die eis te stellen, wordt de zorgmachtiging dan dus inderdaad en in zoverre 'vanwege' een strafbaar feit opgelegd.

Zoals in onderdeel 4.1. reeds is gememoreerd: onder het bestaande recht is de mogelijkheid van toepassing van art. 37 Sr beperkt (ontoerekeningsvatbaarheid is een voorwaarde), is combinatie met TBS wettelijk niet (meer) mogelijk en acht de Hoge Raad ook samenloop van straf- en civielrechtelijke plaatsing ongewenst.<sup>398</sup> Door de Wfz worden al deze beperkingen in de toepassing van art. 37 Sr opgeheven. Wie de consequenties daarvan tot zich laat doordringen, kan de indruk krijgen dat de wetgever zich die consequenties, en de noodzaak van regeling van samenloop, niet altijd even volledig lijkt te realiseren. Aangezien samenloop van oplegging en tenuitvoerlegging als gezegd niet geregeld is, is het van belang te bezien of zulkz tot complicaties en belemmeringen voor adequaat grensverkeer leidt.

---

395 De aanvulling betekent overigens wel dat de Minister dus geen bemoeienis heeft met de tenuitvoerlegging van de zorgmachtiging bij personen aan wie die zorgmachtiging bij art. 37 Sr is opgelegd en die vanwege een stoornis ontoerekenbaar zijn bevonden en deswege ontslagen van alle rechtsvervolging. Het greep krijgen door de strafrechter bij toepassing van het bestaande art. 37 Sr op de tenuitvoerlegging van de machtiging voor de ontoerekenbaren (daartoe is art. 37 Sr thans beperkt), was echter wel een van de problemen die men zocht op te lossen.

396 *Kamerstukken II, 2009/10, 32398, nr. 3, p. 57.*

397 Op grond van de jurisprudentie van de Hoge Raad moet ook bij toepassing van art. 36b lid 1 sub 4 Sr door de rechter een relatie met een strafbaar feit worden vastgesteld.

398 HR 12 oktober 2004, *LJN AO3233*.

Voor wat betreft de samenloop van een zorgmachtiging met voorwaardelijke modaliteiten, is het arrest HR 25 oktober 2013, *JVGZ* 2014/3 van belang. De Hoge Raad lijkt geen belemmering te zien in de samenloop van een Wet Bopz-machtiging en een voorwaardelijke strafrechtelijke modaliteit. De machtiging tot voortgezet verblijf kan worden verlengd; het feit dat de betrokkene daarnaast vrijwillig in de kliniek verblijft op basis van een strafrechtelijke voorwaarde (i.c. bijzondere voorwaarde bij strafrechtelijke veroordeling), is daarvoor volgens de Hoge Raad geen belemmering. Opvallend is dat de samenloop i.c. lijkt te zijn ontstaan door strafvervolgning (onder andere door voorlopige hechtenis) wegens bedreiging van hulpverleners in de kliniek waar betrokkene verblijft. De versterkte nadruk op aangifte van strafbare feiten, begaan door patiënten jegens hulpverleners in de zorg, kan kennelijk gemakkelijk tot dergelijke samenloop leiden. De Hoge Raad, in andere gevallen, zoals het hier relevante arrest HR 18 april 2003, *NJ* 2003, 628, toetsend aan ‘in de praktijk hanteerbare oplossingen’ respectievelijk ‘voorkoming van ongewenste doorkruisingen van beslissingen’ en het voorkomen van ‘onzekerheid’ over de titel waarop de betrokken burger rechtens van zijn vrijheid is beroofd, ziet in een samenloop als i.c. aan de orde, die zich in de toekomst gemakkelijk vaker kan voordoen, geen probleem.

Art. 7.6. van de Wfz betreft art. 51 Wet Bopz. In het wetsvoorstel voor de Wvvgz zijn bijzondere bepalingen ten aanzien van personen met een justitiële titel opgenomen in hoofdstuk 9. Onder die wettelijke regeling is de inhoud van de zorgmachtiging bepalend voor de gedwongen zorg die kan worden verleend. Van toepassing verklaring van bepalingen inzake de interne rechtspositie is in zoverre niet meer aan de orde. Art. 9.1. Wvvgz is er dan ook enkel op gericht er voor te zorgen dat de toepassing van de Wvvgz respectievelijk de zorgmachtiging, de eventueel samenlopende strafrechtelijke titel strekkende tot vrijheidsbeneming (externe rechtspositie) niet doorbreekt. Alleen in zoverre is de Minister van VenJ betrokken. Met name een beslissing tot overplaatsing of tijdelijke onderbreking wordt in overeenstemming met de Minister van VenJ genomen.

#### **4.3.4.2 Enige nadere juridisch-technische opmerkingen bij art. 2.3 Wfz**

Voor het grensverkeer van de toekomst is art. 2.3 Wfz van grote betekenis. Naast de bij sommigen levende vrees van toestroom van ‘justitieklienten’ in de GGZ,<sup>399</sup> is op deze voorziening ook kritiek van wetstechnische aard mogelijk. Enkele aspecten ervan worden in deze paragraaf belicht omdat zij de toepassing en aansluiting van wetten binnen de forensische zorg kunnen belemmeren.

Bij toepassing van art. 2.3 Wfz is sprake van civiele zorg; toepassing van art. 37 Sr is geen forensische zorg in de zin van de Wfz. Dit heeft uiteraard consequenties voor de financiering, maar het roept ook een vraag op betreffende de opnameplicht. Die ontstaat op grond van de Wfz voor instellingen voor forensische zorg, maar die plicht lijkt dan, op grond van de definitie van forensische zorg in de Wfz, niet te gelden bij toepassing van art. 2.3 Wfz.

Ook de precieze positie van de verschillende eisen van rapportage zijn voor de toepassing van art. 2.3 Wfz niet helemaal helder. De eis van dubbelrapportage komt voor art. 37 Sr te vervallen, maar blijft gelden voor het opleggen van TBS. Die dubbelrapportage treedt dan bij de TBS naast de indicatiestelling. En de indicatiestelling treedt – kennelijk – in plaats van de noodzakelijke

---

<sup>399</sup> Zie bijvoorbeeld Noorlander 2013.

geneeskundige verklaring van art. 8 Wet Bopz.

Op zich is het in de systematiek van de Wfz begrijpelijk dat art. 2.3 het ook mogelijk maakt een zorgmachtiging bij afzonderlijke rechterlijke beschikking van de strafrechter te verkrijgen. Daar kan in bepaalde gevallen aanleiding voor zijn, zoals het vorderen van een machtiging in het kader van aansluitende zorg na een strafrechtelijke titel, bijvoorbeeld. Hierboven is besproken of niet zou moeten worden bepaald dat de rechter moet vaststellen dat een strafbaar feit is begaan, met name met het oog op art. 7.6 Wfz. Als er geen aanvullende eisen gelden, is er eigenlijk niets dat de OvJ er toe dwingt om, voor het verkrijgen van een machtiging bij afzonderlijke beslissing, zich tot de strafrechter te wenden, in plaats van tot de civiele rechter. Dan bestaat dus de mogelijkheid dat het OM dan kan en zal kiezen voor de Wet Bopz-rechter, bijvoorbeeld als die ook enkelvoudig kan beslissen. In andere gevallen zal voor de strafrechter worden gekozen, bijvoorbeeld als machtiging wordt gevraagd bij de verlenging van de TBS. Dan is het oppassen dat de civiele rechter en zijn strafrechtelijke evenknie niet dezelfde wettelijke criteria uit de toepasselijke GGZ-wetgeving van elkaar verschillend hanteren.

Wellicht is een adequaat één- of meersporenbeleid via richtlijnen en aanwijzingen voor het OM nader vorm te geven, zodat ongewenste verschillen kunnen worden vermeden. Misschien kunnen daarbij bepaalde, hierboven reeds gememoreerde 'ordeningspunten' helpen die de Hoge Raad in HR 18 april 2003, NJ 2003, 628 aan de civiele rechter meegeeft om te voorkomen dat toepassing van de Wet Bopz leidt tot ongewenste doorkruisingen van beslissingen. Die ordeningspunten betreffen 'in de praktijk hanteerbare oplossingen' respectievelijk 'voorkoming van ongewenste doorkruisingen van beslissingen' en het voorkomen van onzekerheid over de titel waarop de betrokken burger rechtens van zijn vrijheid is beroofd. In dergelijke richtlijnen kunnen ook mogelijke termijnen waarvoor een machtiging geldt, alsmede termijnen waarbinnen een machtiging moet worden geëffectueerd, worden betrokken.

De openstaande rechtsmiddelen lijken in zoverre ongelijk dat art. 2.3 Wfz geen mogelijkheid laat voor een rechtsmiddel van de zijde van de betrokkene in geval art. 2.3 Wfz bij afzonderlijke beslissing wordt toegepast. Niet is bijvoorbeeld bepaald dat het rechtsmiddel tegen de strafrechtelijke titel ook de afzonderlijke beslissing tot het verlenen van de machtiging omvat. In elk geval binnen het systeem van rechtsmiddelen van het Wetboek van Strafvordering is niet voorzien in een rechtsmiddel tegen die afzonderlijke beslissing. Dat is wellicht ook niet wenselijk, maar thans onduidelijk. Voor de OvJ is er een rechtsmiddel beschikbaar in geval een vordering van het OM op grond van het Wetboek van Strafvordering wordt afgewezen: art. 446 Sv. Onduidelijk is of, nu en voor zolang (zie hierna) art. 2.3 Wfz naar art. 37 Sr verwijst, van een krachtens het Wetboek van Strafvordering gedane vordering van het OM sprake is.

Blijkens art. 2.3 Wfz kan aan art. 37 Sr ook bij afzonderlijke rechterlijke uitspraak toepassing worden gegeven. Ook hier dringt zich de eerdere vergelijking met de wettelijke regeling van de onttrekking aan het verkeer op, maar dan in meer negatieve betekenis: anders dan bij die onttrekking aan het verkeer het geval is (art. 552f Sv), is niet voorzien in procedurevoorschriften voor de operationalisering van deze mogelijkheid van art. 2.3 sub 4 Wfz.

Ten slotte lijkt in art. 2.3 Wfz in elk geval de mogelijkheid van het verlenen van machtiging bij een beslissing tot verlenging van TBS te ontbreken. Zo'n machtiging kan van belang zijn om de overloop en uitstroom naar GGZ gedurende de verlengde TBS te kunnen voorbereiden en vergemakkelijken. In die situatie achtte de Hoge Raad zoals gezegd een samenloop van TBS en machtiging mogelijk, terwijl de Wfz in het algemeen de combinatiemogelijkheid van TBS en toepassing van art. 37 Sr herstelt.



## **Aangekondigde wijziging**

In 4.1. is gewag gemaakt van een aangekondigde wijziging, te weten om het nieuwe art. 37 Sr te doen vervallen en daarin opgenomen mogelijkheid voor de strafrechter om bij afzonderlijke beslissing een zorgmachtiging te kunnen verlenen, over te brengen naar art. 2.3 Wfz. Tegen de achtergrond van het bovenstaande kan een dergelijk voorstel positief worden bezien. Van art. 37 Sr is steeds de vraag geweest of wel sprake was van een echte strafrechtelijke voorziening. Meer dan een om praktische redenen aan de strafrechter opgedragen beslissing tot toepassing van de GGZ-wetgeving is het eigenlijk nooit geweest. In de huidige voorstellen staan de eisen in art. 37 Sr, de gevallen waarin er toe kan worden besloten, staan in een andere wet: art. 2.3 Wfz. Gegeven het karakter van de beslissing, past het goed in het streven naar harmonisatie om de beslissing in art. 2.3 Wfz te incorporeren. Dan is ook duidelijk dat geen sprake meer is van een strafrechtelijke beslissing (wel een beslissing van de strafrechter), hetgeen bijvoorbeeld dan ook niet aan dadelijke uitvoerbaarheid van de machtiging in de weg hoeft te staan, iets dat in strafvordering weliswaar gebruikelijker aan het worden is, maar nog niet regel, maar in Wet Bopz en Wvvgz wel.

### **4.3.4.3 Nadere opmerkingen over grensverkeer na invoering Wvvgz**

Als de Wvvgz wordt ingevoerd, gaat de strafrechter niet een Wet Bopz-machtiging verlenen, maar een zorgmachtiging als bedoeld in de Wvvgz en de WZD. Dat betekent dat de strafrechter via 2:3 Wfz niet alleen over vrijheidsbeneming moet beslissen, maar bijvoorbeeld ook over de vormen van gedwongen zorg. Dan gaat hij/zij niet langer alleen over vrijheidsbeneming. Het model van de Wvvgz is immers dat op het punt van gedwongen zorg van een per patiënt opgesteld kader wordt uitgegaan dat in de door de rechter op te leggen zorgmachtiging door deze wordt uitgezet. Er is al opgemerkt dat deze gedetailleerde bemoeienis niet aansluit bij de straftoemtingsbeslissing van de rechter. Die strafrechter heeft bij die beslissing normaliter veel minder bemoeienis met de inrichting van de tenuitvoerlegging van een door hem opgelegde straf of maatregel. De strafrechter heeft daar ook niet altijd (voldoende) zicht op en zal niet altijd geëquipeerd zijn om behandelbeslissingen te nemen. Dat bergt het gevaar in zich van het vermijden van het verstrekken van zorgmachtigingen, dan wel het verstrekken van zorgmachtigingen waarin, voor de zekerheid, alle opties zijn aangekruist. Wil hier het systeem van de Wvvgz, o.a. met een systeem van nadere beslissing in een 'stepped care'-benadering, ten volle tot wasdom komen, dan zal voor een adequate inrichting van de zorgmachtiging, af te geven door de strafrechter, reeds bij de berechting, adequate en volledige medische en justitiële informatie beschikbaar moeten zijn (en ook dat biedt geen uitkomst bij veranderingen gedurende de behandeling). Wordt de strafrechter wel altijd voldoende voorgelicht, c.q. is daar voldoende ruimte voor in het kader van de berechting van de strafzaak en mede gelet op het feit dat meer en verschillende organen de indicatiestelling zullen verzorgen? Afgezien van praktische problemen rijzen dan ook vragen naar de deskundigheid van de strafrechter (en de beschikbare rechterlijke capaciteit). Uit het empirisch onderzoek blijkt, dat onder gedragskundigen het idee leeft dat de deskundigheid van rechters (reeds) bij het opleggen van TBS te gering is om kritische vragen te stellen aan deskundigen. Als dat idee juist is, dan kan zulks bij de toepassing van de Wvvgz via de Wfz door de strafrechter nog sterker gaan knellen, zeker in de eerste fase na de inwerkingtreding van nieuwe wetgeving.

#### 4.3.4.4 Grensverkeer met de WZD

Zoals hierboven al opgemerkt, wordt plaatsing in een WZD-accommodatie aan art. 14 Bvt en aan art. 15 lid 5 BPW toegevoegd (op WZD-patiënten die in een justitiële inrichting verblijven of anderszins onder de justitiële beginselenwetten vallen, is de WZD niet van toepassing: art. 1 lid 9 WZD.) In grensverkeer vanuit de WZD naar forensische GGZ is niet voorzien. Intussen voorziet het wetsvoorstel WZD ook in enige artikelen betreffende cliënten voor wie de Minister van VenJ medeverantwoordelijkheid draagt. Met name art. 49 WZD is van hier belang. Door de afscheiding van de cliënten en de accommodaties ten opzichte van de Wet Bopz, ligt de oplossing voor de hand: art. 51 Wet Bopz is tot op zekere hoogte gekopieerd. Maar met enige voor de praktijk meer werkbare oplossingen. Voor de interne rechtspositie geldt de regeling van de WZD voor patiënten die met machtiging zijn opgenomen. Dat is niet onlogisch aangezien de Wfz veronderstelt dat patiënten met machtiging worden opgenomen (art. 6.7 Wfz). Ten aanzien van de externe rechtspositie geldt dat de Minister van VenJ moet instemmen met overplaatsing, verlof en ontslag. Daaraan kunnen voorwaarden worden verbonden en de gronden daarvoor zijn geëxpliciteerd: de veiligheid van de samenleving of de belangen van slachtoffers en nabestaanden. Ongeoorloofde afwezigheid en incidenten moeten aan de minister worden gemeld. In zoverre is ook weer sprake van een van art. 51 Wet Bopz afwijkende regeling.

Opmerkelijk is de regeling van art. 49 lid 1, eerste volzin, WZD. Daarin worden personen die krachtens of ter uitvoering van verschillende justitiële wetten in een accommodatie verblijven, aangemerkt als een cliënt die op grond van de rechterlijke machtiging van art. 24 WZD is opgenomen. Dan wordt daarmee de indicatiestelling voor betrokkene, voorafgaande aan de machtiging, overgeslagen, terwijl, door de gelijkstelling, zelfs onvrijwillig verblijf mogelijk is, zonder dat een rechter daartoe heeft besloten. Het lijkt er op dat de wetgever zich dit punt niet heeft gerealiseerd. De omschrijving in art. 49 lid 1 WZD omvat ook voorwaardelijke modaliteiten, bijvoorbeeld de voorwaardelijke gratie nu de Gratiwet ook in art. 49 lid 1 WZD wordt genoemd. Maar in de toelichting bij de derde nota van wijziging wordt vermeld dat de gelijkstelling aangewezen is nu deze personen 'niet vrijwillig' in de accommodatie verblijven.<sup>400</sup>

Net zoals bij art. 4 Bvt en bij art. 51 Wet Bopz na de wijziging door het hiervoor besproken wetsvoorstel 33 771 het geval zal zijn, geldt de betreffende wet, in dit geval de WZD, dan voor wat betreft de interne rechtspositie van de vrijwillig opgenomen patiënten, waar normaal, als een dergelijke regeling ontbreekt, de WGBO geldt. Waar de strafrechter bij art. 2.3 Wfz de WZD toepast, is een dergelijke gelijkstelling zelfs niet nodig.

Alleen in geval de rechter op grond van het nieuwe art. 37 Sr opname in een accommodatie heeft gelast, is de bemoeienis van de minister van VenJ beperkt tot het eerste jaar van opname. Daarna geldt de WZD. Artikel 49 lid 3 WZD voorziet nog in een opnameplicht, dat wil zeggen dat de OvJ opname kan bevelen. Die voorziening komt overeen met het bestaande art. 10 lid 2 Wet Bopz.

---

400 *Kamerstukken II, 2011/12, 31996, nr. 9, p. 9.*

## 4.4 Wetgeving met betrekking tot de interne rechtspositie

### 4.4.1 Inleidende opmerkingen

In het schema inzake de interne rechtspositie (bijlage G, schema C) zijn de relevante aspecten van de interne rechtspositie voor de verschillende regelingen in deze sector naast elkaar gezet. Net zoals zulks voor de externe rechtspositie geldt, is het schema de voornaamste kenbron van de wettelijke regelingen. Het schematisch overzicht is de basis voor de bespreking van verschillen ter zake van concrete thema's in dit hoofdstuk. In de verschillende paragrafen worden opvallende verschillen besproken. Daarbij komen thematisch de verschillen tussen gevangeniswezen en TBS onderling aan de orde, maar ook verschillen tussen gevangeniswezen, TBS en GGZ. De analyse van de voornaamste verschillen tussen de sectoren vindt in hoofdstuk 6 plaats. Aan de uitvoerige bespreking van de verschillende facetten van de interne rechtspositie, gaat nog een kort inleidend overzicht in 4.4.2. vooraf.

### 4.4.2 Welke rechtspositie regeling geldt?

De vraag naar de toepasselijke regeling van de interne rechtspositie is door de ontwikkelingen die in het voorgaande zijn besproken, niet meer te beantwoorden door het simpele uitgangspunt van 'het dak bepaalt'. Waar het vroeger evident(er) was dat bij een bepaalde titel een bepaalde inrichting, en dus door dat 'dak' ook een bepaalde rechtspositie hoorden, is dat thans minder vanzelfsprekend. Als ingang naar de bespreking van dit hoofdstuk moge het onderstaande als een niet eens helemaal compleet overzicht dienen van de regeling van de interne rechtspositie naar huidig recht.

Onvoorwaardelijke titels:

- Gevangenisstraf, hechtenis, ISD in GW: Pbw, ook op afdelingen waar zorg wordt verleend of in PPC's;
- Onvoorwaardelijke gevangenisstraf ten uitvoer gelegd via art. 13 Sr in FPC: Bvt (art. 4 lid 1 sub c Bvt);
- Onvoorwaardelijke gevangenisstraf (en overige titels uit GW; bijv. ISD) ten uitvoer gelegd via art. 15 lid 5 Pbw in GGZ: vanwege vrijwilligheid: WGBO, samenloop met Wet Bopz-machtiging mogelijk; art. 51 lid 2 Wet Bopz dan van toepassing, dus Wet Bopz)
- Maatregel van plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (art. 37 Sr): Wet Bopz voor zover in art. 51 lid 1 Wet Bopz van toepassing verklaard;
- TBS met dwangverpleging in FPC: Bvt;
- TBS met dwangverpleging, via art. 14 Bvt/transmuraal verlof/proefverlof in GGZ: Wet Bopz, voor zover in art. 51 lid 3 Wet Bopz van toepassing verklaard, maar er is enige discussie of niet sprake is van vrijwillige opname. Dan geldt de WGBO, tenzij Wet Bopz-machtiging voor zover mogelijk;
- Bopz-machtiging in FPC: Wet Bopz, na en ondanks discussie (zie hierna).

Voorwaardelijke titels:

- Op voorwaarde opgenomen in de GGZ: er geldt, vanwege vrijwilligheid van de opname, de WGBO, tenzij anders is bepaald.
- TBS met voorwaarden in FPC: Bvt (een uitzondering dus op de 'regel').

Het bovenstaande rijtje is nog betrekkelijk eendimensionaal. Het zijn de hoofdlijnen, nu niet alle titels zijn besproken. Maar er is meer dat dit schema compliceert. Uit de eerdere onderdelen van dit hoofdstuk, bleek al dat de Bvt onderscheidt tussen justitiële en niet-justitiële inrichtingen voor verpleging van ter beschikking gestelden (art. 1 sub c Bvt jo art. 90quinquies Sr). Voor de rechtspositie is dat een belangrijk verschil want niet-justitiële inrichtingen (FPK's) worden beschouwd te behoren tot het GGZ-veld. Daar geldt voor wat betreft de interne rechtspositie ook voor terbeschikkinggestelden met dwangverpleging volgens art. 51 lid 3 Wet Bopz niet de Bvt maar de Wet Bopz. Veel inrichtingen voor terbeschikkinggestelden hebben voorts tevens een aanwijzing als psychiatrisch ziekenhuis (zie onder meer art. 90sexies Sr). Dan kan een overplaatsing naar een dergelijk FPC zowel een art. 15 lid 5 Pbw als een art. 13 Sr overplaatsing zijn. In het eerste geval geldt, als geen zorgmachtiging op grond van de Wet Bopz is afgegeven, voor de interne rechtspositie de WGBO, in het tweede geval de Bvt.

Voorgestelde wetgeving zal het bovenstaande schema nog compliceren. Denk aan de uitbreiding van art. 51 lid 3 Wet Bopz met de titels uit wetsvoorstel 33 771, als ook aan de in 4.3 geschetste overgangsmogelijkheden van Wfz richting WVGZ en WZD. Als ook het zogenaamde meerderheids criterium uit de Wfz, dat bepaalt dat de Bvt geldt waar een bepaalde meerderheid aan TBS-gestelden verblijft.

Uit het empirisch onderzoek blijkt dat er in alle deelgebieden veel verschillende titels op een afdeling aanwezig kunnen zijn.

*Tabel 4.2: Verschillende titels op de afdeling*

	TBS/FPC N=54	GW/PPC N=7	FGGZ/ FPK/FPA N=63
Nee, alle cliënten hebben dezelfde titel.	59%	–	13%
Ja, er zijn verschillende titels.	41%	100%	87%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Tabel 4.3: Titels op de afdeling

	TBS/FPC N=54	GW/PPC N=7	FGGZ/ FPK/FPA N=63
Bopz-titel	28%	43%	67%
TBS met dwangverpleging	100%	86%	51%
TBS met voorwaarden	26%	71%	65%
Voorwaardelijke beëindiging TBS	17%	43%	33%
Bijzondere voorwaarde bij (deels) voorwaardelijke straf	7%	57%	51%
Strafrechtelijke plaatsing in psychiatrisch ziekenhuis	4%	43%	48%
Gevangenisstraf / detentie	6%	100%	22%
Voorlopige hechtenis (of schorsing daarvan onder voorwaarden)	-	100%	35%
Anders	9%	-	16%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Het is opvallend dat in de FPC's een kwart van de hulpverleners aangeeft dat men te maken heeft met 'TBS met voorwaarden' en 'Bopz-titel' op hun afdeling, waar de FPC's traditioneel vooral bevolkt waren met dwangverpleegden.

Met deze constatering zijn we bij de bijna anekdotische discussie beland over de mogelijke toepassing van de Bopz in FPC's. Waar zorgbehoefte en beveiligingsnoodzaak voor opstaan, kan het uiteraard ook voorkomen dat iemand uit de reguliere GGZ beter op z'n plek zou zijn in een FPC. Zoals bij de bespreking in 4.3. van het betreffende grensverkeer bleek, is het punt inmiddels opgelost (de Wet Bopz geldt, en niet de Bvt), maar dat had een voorgeschiedenis. Als voorbeeld van hoe het met wetgeving inzake interne rechtspositie niet moet, schetsen we de gang van zaken kort.

In FPC's geldt voor de interne rechtspositie de Bvt, maar artikel 4 noemt de Bopz niet in de opsomming van titels ter zake waarvan de FPC's bestemd zijn. Bopz-patiënten zijn daarmee ook geen 'verpleegden' in de zin van de Bvt. In de eerste evaluatie van de Bvt (2001) kwam men tot de conclusie dat desondanks de Bvt ook voor Bopz-patiënten zou moeten gelden als die zich in de inrichting bevinden. In de jurisprudentie paste men dit standpunt daadwerkelijk toe. In 2006 besliste de Rechtbank Arnhem bijvoorbeeld, dat de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (Wkcz) niet van toepassing was in de Pompekliniek, onder overweging dat op grond van de wetsgeschiedenis van de Bvt moet worden aangenomen dat die ook van toepassing is op een Bopz-patiënt.<sup>401</sup> Het bestaan van verschillende interne rechtsposities zou immers een moeilijk werkbaar situatie opleveren, zou tot problemen kunnen leiden in de relatie tussen patiënten en verplegers en patiënten onderling. Met name onbegrip over zaken als waarom bij de één de deur wel open moet/mag en bij de ander niet, etcetera.

401 Rechtbank Arnhem 27 december 2006, nr. 140586/HA ZA 06-819.

## Een Bopz-patiënt over zijn plaatsing in een FPC

'Van tevoren heb ik tegen mijn begeleiders gezegd dat ik het vervelend vond om tussen de TBS'ers te zitten. Maar het maakt me eigenlijk niet uit. Of ik nu in een Bopz instelling zit of in een TBS kliniek, beide keren zit ik tussen vier muren. Ik vind het wel vervelend dat de andere patiënten meer spullen op hun kamer hebben (Tv ed.). Ik begrijp niet waarom dat zo is. TBS mensen zijn toch erger dan ik. Ik besef me heel goed dat ik een RM heb.'

Maar bij de tweede wetsevaluatie van de Bopz adviseert de begeleidingscommissie juist om de interne rechtspositie uit de Wet Bopz van toepassing te laten zijn op Bopz-patiënten in TBS-klinieken, wat een doorbreking is van het beginsel dat de interne rechtspositie aan de inrichting is gekoppeld ('het dak bepaalt'). Het kabinet vond het echter niet wenselijk om verschillende regimes te laten gelden in één inrichting en zocht het in aanvullende waarborgen voor de betreffende Bopz-patiënten.<sup>402</sup> Deze kwestie was in 1999 al onderwerp van een kort geding en hoewel de Bopz-patiënt niet ontvankelijk werd verklaard werd ten overvloede overwogen dat het een forensische kliniek niet vrij staat om een Bopz-patiënt diens bijzondere rechtspositie te ontnemen.<sup>403</sup> Echter, mede doordat TBS-klinieken zich (voornamelijk als gevolg van het beddenoverschot) zijn gaan richten op andere patiëntengroepen werd de 'problematiek' groter. In recentere zaken heeft zowel de rechter als de beroepscommissie van de RSJ geoordeeld dat voor een Bopz-patiënt in een inrichting voor terbeschikkinggestelden de interne rechtspositie van de Wet Bopz geldt, ook omdat klinieken vaak tevens zijn aangewezen als psychiatrisch ziekenhuis in de zin van de Wet Bopz.<sup>404</sup> Hierbij speelt mee dat de Wet Bopz de betrokkene over het algemeen een sterkere rechtspositie verleent. Een Bopz-patiënt moet bijvoorbeeld instemmen met het behandelplan en kan niet onderworpen worden aan onderzoek in het lichaam of het controleren van de inhoud van geschreven post. Ten slotte hebben bijvoorbeeld patiëntverenigingen erop gewezen dat het voor een Bopz-patiënt stigmatiserend is om als terbeschikkinggestelde behandeld te worden.<sup>405</sup> TBS-klinieken hebben hierop hun organisatie moeten aanpassen. Zo zijn er bijvoorbeeld verschillende klachtregelingen van toepassing (Bvt, Bopz, Wkcz). Frappant is, dat de RSJ eerder adviseerde: uniformeer ten minste de regeling van de rechtspositie van forensische patiënten op één afdeling, om onduidelijkheden in de praktijk te voorkomen en om tegemoet te komen aan het equivalentiebeginsel zoals onder andere neergelegd in de European Prison Rules,<sup>406</sup> maar dat na een uitspraak van haar beroepscommissie die situatie juist is toegenomen. Overigens is in het veld vernomen dat het ministerie van zins zou zijn om een wetswijziging voor te stellen waarin een Bopz machtiging wordt toegevoegd aan de titels in art. 4 Bvt.

---

402 *Kamerstukken I*, 2003/04, 25763 en 28950, nr. 4, p. 35-36.

403 Rb Utrecht 11 augustus 1999, nr. 86457/HA ZA 98-1203.

404 Zie Rb Zutphen 21 juli 2011, *LJN* BR4854 en Beroepscommissie RSJ 30 januari 2009, 08/1697/TA en *BJ* 2009/32.

Zie ook RSJ 4 mei 2012, nr. 11/4388/TA en 11 juni 2013, nr. 13/1043/TA. In zaak RSJ 15 december 2011, nr.

11/4381/TA werd er foutief van uit gegaan dat de Pompekliniek niet ook zo'n bestemming had.

405 Gebaseerd op een in het kader van dit onderzoek gehouden interview met een jurist van een FPC.

406 RSJ 2009b.

De discussie en de stand van zaken maakt duidelijk dat het beginsel ‘het dak van de inrichting bepaalt de toepasselijke rechtspositieregeling’, hier niet leidend is geweest. Dat was aanvankelijk wel de bedoeling van de wetgever,<sup>407</sup> voor de toekomst bepaalt art. 3.3. Wfz dat in een private instelling voor forensische zorg de Bvt geldt, maar dat de wet anders kan bepalen. Uit cijfers die het Ministerie van VenJ aan de onderzoekers beschikbaar stelde, blijkt dat op dit moment zo ongeveer 34 Bopz’ers in (totaal) 4 FPC’s verblijven.

Tabel 4.4: Onduidelijkheid omtrent dwang door verschillende titels

	TBS/FPC N=22	GW/PPC N=7	FGGZ/ FPK/FPA N=52
Eens	46%	29%	26%
Eens noch oneens	18%	29%	33%
Oneens	36%	43%	41%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Met deze stand van zaken is nu te zien dat in FPC’s bijna de helft van de onderzochten meent dat door de verschillende titels onduidelijkheid ontstaat over dwang. In de forensische GGZ is dit maar een kwart, terwijl die van oudsher al veel meer met een variatie aan titels te maken hebben. Kennelijk is het door gewenning, instelling op de situatie, mogelijk om onduidelijkheden te voorkomen, want in de forensische GGZ vindt het grootste deel van de onderzochten dat er geen onduidelijkheid omtrent dwang bestaat vanwege de verschillende titels. Wellicht speelt bij de uitkomst van de respondenten mee dat men binnen de GGZ meer gewend is ‘vrijwillige’ en gedwongen patiënten naast elkaar te hebben. Nochtans is vanwege GGZ-Nederland als organisatie bij verschillende gelegenheden in het wetgevingsproces voor de Wfz naar voren gebracht dat men uit de praktijk op dit punt ook wel zorgen hoort, reden waarom op harmonisatie van rechtspositieregelingen wordt aangedrongen.

## 4.4.3 Opvallende verschillen in interne rechtspositie tussen de deelgebieden

### 4.4.3.1 Een algemeen beeld van de verschillen

Uit de verschillende schema’s ‘Rechtspositie tijdens regime’ is op te maken dat er in de Pbw en Bvt een aantal onderwerpen wordt geregeld, die in de Wet Bopz (of daarbij behorende lagere regelgeving) niet wordt geregeld. Het betreft bijvoorbeeld urinecontrole, disciplinaire straffen en beperking van bepaalde rechten (zoals mediacontact). Dit hangt uiteraard samen met de cultuur van de zuil en wellicht ook met de tijd/context waarin de wetten tot stand kwamen. In FPC’s wordt over het algemeen meer gebruik gemaakt van (dwang)maatregelen dan in de forensische GGZ. Maatregelen als afzondering, separatie, controle op verdovende middelen en beperking van bewegingsvrijheid worden door (vrijwel) iedere respondent uit een FPC genoemd.

<sup>407</sup> Kamerstukken II, 1994/95, 23445, nr. 9, p. 3.

Tabel 4.5: Met welke maatregelen heeft u in de praktijk te maken?

	TBS/FPC N=54	GW/PPC N=7	FGGZ/ FPK/FPA N=63
Afzondering	98%	86%	76%
Separatie / isolatie	100%	86%	71%
Fixatie	35%	57%	21%
Gedwongen medicatie	85%	29%	76%
Gedwongen toedienen van voeding en/of vocht	7%	29%	3%
Controle op verdovende middelen (bijvoorbeeld urineonderzoek)	98%	86%	73%
Gedwongen handelingen ter verzorging van de cliënt (bijvoorbeeld onder dwang douchen)	17%	57%	22%
Beperking van bewegingsvrijheid (tot bijvoorbeeld de afdeling waar cliënt verblijft)	94%	86%	79%
Beperking van bezoek of telefoonverkeer	87%	71%	73%
Het gebruik van domotica (technische hulpmiddelen)	15%	43%	14%
Anders	0	0	3%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Nochtans is het opvallend dat in alle deelgebieden wel alle genoemde maatregelen voorkomen. Bij controle op verdovende middelen is overigens niet helder of dat in de forensische GGZ mogelijk met instemming gebeurt of onder dwang. In het laatste geval is urineonderzoek geen optie, maar onderzoek aan kleding of lichaam wel. Gedwongen toediening van voeding en/of vocht wordt het minst gerapporteerd, hetgeen zal samenhangen met de later te behandelen opstelling ten opzichte van honger- en dorststakers. De WGBO laat geen vormen van dwang toe, behalve bij verzet tegen behandeling van een somatische aandoening, wanneer de vertegenwoordiger toestemt en de dwang voortvloeit uit goed hulpverlenerschap om ernstig nadeel te voorkomen (zie nader hoofdstuk 3). Een voorbeeld van een cultuurverschil dat zich uit in het systeem van de wet is het verschil in benadering van bewegingsvrijheid. In de justitiële beginselenwetten wordt het recht als een minimum omschreven (tenminste zoveel uur contact met anderen), terwijl in de Wet Bopz slechts beperkingen van het - kennelijk verder absoluut - recht worden omschreven. Het systeem van de wetten maakt het dus mogelijk dat in FPC's, uiteraard vaak op basis van de beveiligingsgedachte, de (kamer)deuren van een hele afdeling of kliniek bijvoorbeeld 's nachts gesloten kunnen worden, terwijl dit onder de Wet Bopz slechts kan bij individuele patiënten als daar een in de regelgeving omschreven rechtvaardiging voor is. Dit kan bij Bopz'ers in FPC's frictie geven. Overigens is het zo dat er tegenwoordig in bepaalde FPC's gekeken wordt of op sommige afdelingen (niet slechts resofdelingen) de deuren 's nachts open kunnen blijven.

Uit het empirisch onderzoek blijkt dat de meerderheid van de respondenten in FPC's en de Forensische GGZ vindt dat de voorwaarden voor dwang in de praktijk goed werkbaar zijn. Het verschil in gewenning aan verschillende titels komt hierbij niet tot uitdrukking.



Tabel 4.6: Voorwaarden voor dwang in de praktijk goed werkbaar

	TBS/FPC N=53	GW/PPC N=7	FGGZ/ FPK/FPA N=58
Eens	66%	14%	62%
Eens noch oneens	25%	71%	24%
Oneens	9%	14%	14%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Overigens blijkt uit de antwoorden op de open vraag waarom voorwaarden niet goed werkbaar zijn, dat vooral in FPC's (maar ook door een enkeling in de forensische GGZ) wordt aangegeven dat het beveiligingsaspect (met name ook ten opzichte van medewerkers) soms niet zwaar genoeg wordt gewogen. Daarnaast wordt aangegeven dat, omdat patiënten zo verschillend zijn, de algemene regelgeving soms beperkend werkt (al wordt regelgeving per individu ook geen werkbare oplossing gevonden). Dat geldt evenzeer voor de bureaucratische eisen, met name in de forensische GGZ.

#### Medewerkers van een FPC over de voorwaarden voor dwang

'Bij ons zitten cliënten die niet altijd groepsgeschikt zijn. Doordat ze toch op een groep wonen zijn vrijheidsbeperkende middelen nodig om er voor te zorgen dat de cliënt stabiel blijft. Hierdoor is het soms jammer dat er allerlei maatregelen gemaakt moeten worden terwijl dit uit zorg voor de patiënten is.'

'Een voorbeeld: een patiënt in de separeer heeft recht op één uur luchten per dag. Als de situatie dusdanig onveilig is, omdat de patiënt bijvoorbeeld agressief gedrag vertoont, gaat de veiligheid boven het recht van de patiënt om een uur te luchten.'

'Soms kan een situatie lang "dreigend" zijn, maar net nog niet erg genoeg om volgens protocollen dwang te kunnen toepassen. De drempel voor een time-out en nog meer bij separeer wordt steeds hoger. Begrijpelijk vanuit humaan standpunt, maar in sommige gevallen onwerkbaar voor begeleiding, wanneer er aan de andere kant meer en meer wordt geknaagd aan "handen aan het bed"; bezuinigingen in het primaire proces.'

'De wetgeving lijkt steeds meer de rechten van de cliënt boven die van de veiligheid van het personeel te plaatsen.'

#### Medewerkers in de forensische GGZ over de voorwaarden voor dwang

'Criteria sluiten niet altijd goed aan bij de realiteit op de werkvloer waardoor situaties kunnen ontstaan welke gevaarlijk zijn voor cliënten / medewerkers.'

'De criteria/voorwaarden zijn in sommige gevallen ingewikkeld, veel formulieren en procedures die gevolgd moeten worden. Die het niet altijd goed werkbaar maken.'

'De procedures qua dwang aanvraag zijn te bureaucratisch met gevolg dat een cliënt vaak lijdt. En er niet ingegrepen kan mag worden.'

'Elke situatie is anders en elke cliënt is anders. Dat maakt dat er uitzonderingen zijn die niet goed te

vangen zijn binnen de regels.'

'Er zijn zoveel verschillende situaties, dat je zo veel voorwaarden en criteria moet gaan formuleren, denk niet dat dit werkbaar is.'

Daaruit blijkt mogelijk wel het verschil tussen de verschillende titels op de afdeling. Zo geeft in de FPC's tweederde van de respondenten aan dat zij (zeer goed) op de hoogte zijn van de regelgeving omtrent dwang ten opzichte van iets meer dan de helft in de Forensische GGZ. Uitgesplitst naar de wetenschap wie er moet besluiten is dan weer mogelijk het beeld van gewenning aan de verschillende titels zichtbaar, want in de FPC's kent men over het algemeen minder vaak de regelgeving op dat punt.

Tabel 4.7: Wetenschap in situatie van dwang wie moet besluiten

	TBS/FPC N=50	GW/PPC N=5	FGGZ/ FPK/FPA N=56
Dit is altijd het geval.	44%	80%	63%
Dit is vaak het geval.	52%	20%	36%
Dit is soms het geval.	4%	-	-
Dit is zelden het geval.	-	-	2%
Dit is nooit het geval.	-	-	-

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Daarmee samenhangend blijkt dat in FPC's iets meer respondenten aangeven dat de dwang soms wordt toegepast zonder een besluit van de juiste beslisser.

Tabel 4.8: Dwang pas toepassen na besluit door juiste beslisser

	TBS/FPC N=50	GW/PPC N=5	FGGZ/ FPK/FPA N=57
Dit is altijd het geval.	48%	40%	42%
Dit is vaak het geval.	36%	40%	46%
Dit is soms het geval.	14%	-	9%
Dit is zelden het geval.	2%	-	4%
Dit is nooit het geval.	-	20%	-

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Overigens vinden respondenten slechts bij uitzondering dat personeel niet goed in staat is om dwang toe te passen, dus kennelijk is de regelgeving daarbij niet een grote hindernis of wordt hier slechts gedacht aan de praktische uitvoering.

Tabel 4.9: Personeel op de werkvloer goed in staat dwang toe te passen

	TBS/FPC N=49	GW/PPC N=4	FGGZ/ FPK/FPA N=53
Dit is altijd het geval.	10%	50%	11%
Dit is vaak het geval.	80%	50%	72%
Dit is soms het geval.	6%	–	15%
Dit is zelden het geval.	4%	–	2%
Dit is nooit het geval.	–	–	–

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Wanneer meer in het algemeen gevraagd wordt naar de opvatting over dwang komt in de FPC's en forensische GGZ een opvallend (en overigens gelijk) beeld naar voren. De kampen die vinden dat er te veel dwang wordt toegepast dan wel te weinig, zijn gelijk verdeeld. Men kan een dergelijk 'optimum' aan verschil van mening ook positief zien als waarborg rondom te gemakkelijke toepassing.

Tabel 4.10: Opvatting over dwang

	TBS/FPC N=48	GW/PPC N=4	FGGZ/ FPK/FPA N=53
In de praktijk wordt te makkelijk naar het middel dwang gegrepen.	50%	43%	49%
Er wordt te weinig dwang gebruikt in de praktijk.	50%	14%	51%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

De verdeling wordt slecht enigszins anders als gevraagd wordt naar de waarborgen bij dwang. Vooral in de Forensische GGZ is er daarmee een deel van degenen die vindt dat er te weinig dwang wordt toegepast toch van mening dat de waarborgen er zijn voor goede toepassing van dwang en niet slechts voor bureaucratische bevrediging. In FPC's vindt toch een groot deel dat het vooral om papierwerk gaat.

Tabel 4.11: Opvatting over waarborgen bij dwang

	TBS/FPC N=47	GW/PPC N=4	FGGZ/ FPK/FPA N=52
De waarborgen die de wet biedt voor de toepassing van dwang leveren voornamelijk papierwerk op.	40%	-	21%
De waarborgen die de wet biedt zijn belangrijke richtlijnen die dagelijks bijdragen aan goede toepassing van dwang.	60%	100%	79%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Overigens is het voorkomen van papierwerk geen reden voor de respondenten om drangmiddelen boven dwang te verkiezen. De overgrote meerderheid in beide deelgebieden past vooral drang toe om dwang te voorkomen, en slechts een enkeling meent dat drang een dreigmiddel betreft.

Tabel 4.12: *Drang wordt gebruikt om...*

	TBS/FPC N=45	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=48
Om het toepassen van dwang te voorkomen	93%	67%	94%
Als dreigmiddel	6%	33%	6%
Om te voorkomen dat allerlei papierwerk nodig is	–	–	–

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

### Opvallende uitspraken van medewerkers van een FPC over dwang

‘Ik merk dat er veel jonge, pas afgestudeerde collega's op de leefgroepen werken die uit onzekerheid vaak naar dwang grijpen. De opleidingseisen zijn dusdanig dat bepaalde leeftijdsgroepen en bijvoorbeeld mannen steeds minder vertegenwoordigd zijn in de begeleiding. Dat geeft scheefgroei en vaak onnodige escalaties.’

‘Met handen en voeten gebonden zijn aan een papieren tijger. We worden door onze overheid niet vertrouwd en moeten alles verantwoorden. 75% van de tijd gaat verloren aan administratief werk.’

‘Persoonlijk vind ik dat er duidelijke criteria moeten worden gesteld waaraan de patiënt moet voldoen om een dwangmaatregel te beëindigen. In de praktijk vind ik deze voorwaarden soms te hoog gesteld waardoor m.i. een dwangmaatregel langer dan noodzakelijk wordt toegepast. Zo worden er soms verwachtingen gesteld (gedragmatig of qua inzicht) die gezien het ziektebeeld onrealistisch zijn en waaraan de patiënt niet of nauwelijks kan voldoen. Wat mij betreft zou enkel het veiligheidscriteria mogen meespelen, geen behandelinhoudelijke zaken. Is het gevaar geweken voor omgeving of zichzelf dan zou bv een separatie per direct beëindigt moeten worden.’

In de volgende paragrafen zullen steeds opvallende verschillen in de regelingen ten opzichte van specifieke vormen van ‘dwang’ tussen de drie deelgebieden worden benoemd. Voor een geheel overzicht wordt verwezen naar het schema ‘Rechtspositie Tijdens Regime Forensische Zorg’. Er wordt veelal uitgegaan van de huidige situatie. De vergelijking met de Wvvgz vindt met name in hoofdstuk 6 plaats.

#### 4.4.3.2 Dwangbehandeling

Tot het toepassen van de specifieke nadere regeling van de dwangbehandeling moet in de huidige wetgeving separaat besloten worden binnen de tenuitvoerlegging. (Zelfs) TBS met dwangverpleging en Bopz-plaatsing bieden als zodanig nog geen zelfstandige grond om dwangbehandeling te kunnen toepassen. Voor TBS geldt dat dwangverpleging niet automatisch dwangbehandeling inhoudt - hetgeen ook blijkt uit de onderscheiden definities van verpleging en behandeling in art. 1 Bvt -

aangezien voor de verdere inperking van grondrechten (onaantastbaarheid van het menselijk lichaam) verdere legitimatie nodig is.

De regeling voor dwangbehandeling is sinds 1 juli 2013 voor de drie deelgebieden grotendeels geharmoniseerd (Stb. 2012, 410), met name waar het de criteria voor dwangbehandeling betreft - naar voorbeeld van het systeem van de Wet Bopz. Was in de Pbw en Bvt voorheen dwangbehandeling slechts mogelijk als dat noodzakelijk was ter afwending van gevaar voortvloeiende uit de stoornis (nu B-behandeling genoemd), met de nieuwe wettelijke regeling zijn daar - naast verruiming van het gevaarscriterium - twee mogelijkheden bijgekomen. Ten eerste, als de betrokkene op een eerder moment heeft ingestemd met de behandeling en dat bijvoorbeeld is neergelegd in een behandelingsplan. Ten tweede, 'voor zover aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat de stoornis de patiënt doet veroorzaken, niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen' (A-dwangbehandeling).

Toch zijn er nog enkele verschillen. Toepassing van dwangbehandeling op grond van de Bvt en de Wet Bopz gebeurt bij patiënten ten aanzien van wie een rechter over de toepassing er van heeft beslist (opleggen TBS of verlenen van een Wet Bopz-machtiging), op basis van gedragskundige rapportage en op basis van vermoede stoornis en gevaar. Bij toepassing van dwangbehandeling op grond van art. 46a Pbw is daarvan geen sprake. In zoverre bestaat verschil met de andere regelingen. Er is wel rechterlijke toets (RSJ) achteraf. De genoemde artikelen uit de Pbw kunnen alleen worden toegepast voor de gedetineerde die verblijft in een bijzondere inrichting of afdeling in verband met zijn geestelijke gezondheidstoestand. Daarmee wordt beoogd te waarborgen dat binnen het gevangeniswezen onvrijwillige geneeskundige behandeling wordt toegepast in inrichtingen die daarvoor geschikt zijn en aan bepaalde eisen voldoen. Dat zal niet voor elke Penitentiaire inrichting gelden, maar met name wel voor de PPC's, al noemt de wet die niet als zodanig en kunnen ook andere inrichtingen als het penitentiair ziekenhuis worden aangewezen. Het kan dus voorkomen dat iemand naar een dergelijke inrichting of afdeling wordt overgeplaatst op grond van art. 14 Pbw e.v. Zo'n overplaatsing vereist een separate beslissing tot (over)plaatsing naar een dergelijke inrichting of afdeling. Nu tegen die beslissing tot (over)plaatsing bezwaar mogelijk is (al kan men er ook zelf om verzoeken), impliceert dat ook een impliciet rechtsmiddel tegen toepassing van dwangbehandeling. Als extra waarborg schrijft art. 11 lid 4 PM nu voor dat een psychiater deel uit maakt van de CvT van de betreffende PI. Naast de nieuwe artikelen is het oude art. 32 Pbw blijven bestaan, dat de oude vorm van dwangbehandeling nog wel mogelijk maakt op andere dan bijzondere afdelingen. Dat zou een zekere rechtsongelijkheid kunnen opleveren.

In de TBS-sector, waar net als in Bopz-inrichtingen een behandelomgeving heerst, is overplaatsing uiteraard niet noodzakelijk en is dwangbehandeling geregeld in art. 16 e.v. Bvt. In dit artikel is het eerdere 'zoveel mogelijk in overleg' geschrappt, zodat ook hier, net als in de GGZ, nadrukkelijker wordt gestreefd naar overeenstemming met de patiënt/verpleegde, al is het merkwaardig dat dit uitgangspunt, naar de bewoordingen van art. 16, ook voor het 'verpleegdeel' geldt. Ook in de Bvt is voor de zekerheid het oude artikel 26 Bvt blijven bestaan, niet voor toepassing op andere afdelingen, maar voor andere vormen van geneeskundige handeling dan in 16b.

De toepassing van (de modaliteiten van) dwangbehandeling vereisen binnen Pbw en Bvt en anders dan in de GGZ-sector steeds een beslissing van de directeur. Zowel in de Pbw als in de Bvt betreft het een aan de directeur voorbehouden beslissing. Nu het hoofd van de inrichting als bedoeld in de Bvt

geen geneesheer meer hoeft te zijn, bestaat ter zake in zoverre ook geen verschil meer met de situatie dat een geneesheer-directeur, meer dan de directeur van een PI, zich een inhoudelijk oordeel over de noodzaak van dwangbehandeling zou kunnen vormen. Ook de nadere uitvoeringsregeling in PM respectievelijk Rvt ten aanzien van de daar geregelde onderwerpen, onder andere betreffende de melding van de beslissing aan de bevoegde toezichtinstanties, is veelal gelijk. Dat geldt ook voor de belangrijke algemene waarborgregels van art. 21a PM/art. 33a Rvt en art. 34c Rvt/art. 22d PM. Ten dele gelden andere voorschriften omtrent het opnemen van gegevens in het steeds aanwezige verpleegdedossier (TBS-sector), respectievelijk het niet altijd per se aanwezige medische dossier in de inrichtingen waar de Pbw geldt. Dat verschil verklaart ook de aparte regels voor het geneeskundig behandelingsplan in art. 21b en 22 PM, als ook het voorschrift van art. 21a lid 4 laatste volzin PM ('De resultaten van het overleg alsmede de afspraken die daarbij zijn gemaakt worden geregistreerd in het medische dossier'), dat in art. 33a lid 3 Rvt ontbreekt. Soms zijn echter niet onmiddellijk verklaarbare afwijkingen in terminologie te constateren, zoals tussen art. 34 lid 1 Rvt ('verricht') en art. 22a PM ('uitgevoerd') of 'verlenging' (art. 22c lid 1 PM) dan wel 'voortzetting' (art. 34b lid 1 Rvt). Met 'verpleegde' in art. 22e lid 3 PM wordt onmiskenbaar 'gedetineerde' bedoeld; waarschijnlijk een gevolg van onzorgvuldige 'copy-paste'. Afstemming van terminologie waar mogelijk is wenselijk.<sup>408</sup>

Omtrent het horen van de betrokkene alvorens tot toepassing van dwangbehandeling wordt besloten, lopen de regelingen en de uitzonderingen in art. 53 Bvt en art. 57 Pbw (telkens eerste en laatste lid) gelijk. Wel is het merkwaardig dat de uitzondering op het horen in art. 53 Bvt al in lid 1 is verwerkt ('althans daartoe in de gelegenheid gesteld'), terwijl die formulering in art. 57 Pbw ontbreekt, en de formulering van de gronden voor uitzondering in het laatste lid van beide bepalingen wel gelijk is.

Tegen de beslissing tot toepassing van A-dwangbehandeling staat in de sectoren gevangeniswezen en TBS op gelijke wijze rechtstreeks beroep open bij de RSJ. Dat is kennelijk vanwege het minder acute, en dus discutabeler karakter van het gevaar een ander rechtsmiddel dan de beklagmogelijkheid tegen B-dwangbehandeling. Dit is het gevolg van een wijziging van het wetsvoorstel en bedoeld via directe aanspraak op een onafhankelijke 'rechter' (de CvT is immers ook betrokken bij de beslissing, als instantie waar gemeld moet worden) een sterkere rechtspositie te creëren. Maar nu in feite beklag als tussenstap wegvalt, kan men wellicht beter van verzwakking spreken. Waar de tekst van art. 72 Pbw en art. 69 Bvt in hun verwijzing naar (uitsluitend) het eerste lid van de regeling van de A-dwangbehandeling suggereren dat tegen toepassing rechtstreeks beroep bij de RSJ, maar tegen de beslissing tot verlenging vervolgens beklag en beroep zou open staan, moet zulks als een misslag in de regeling worden gezien.<sup>409</sup> Het valt ook niet helemaal uit te sluiten dat bij de beslissing tot toepassing en de uitvoering van onvrijwillige geneeskundige behandeling sprake is van medisch handelen door de inrichtingsarts. Alleen in geval zulks plaatsvindt binnen een inrichting waar de Pbw/PM geldt, staat daartegen apart beroep open bij de RSJ (art. 42 lid 5 Pbw jo. art. 28 e.v. PM). Deze

---

408 Zie ook de volgende onzorgvuldigheid: naar de letter van art. 22e lid 3 PM resp. art. 34d lid 3 Rvt zou de beslissing tot voortzetting van de A-behandeling bij de aanvang van die behandeling al aan de minister moeten worden gemeld.

409 In Beroepscommissie RSJ 23 januari 2014, nr. 13/2649/GA, wordt dat ook geconstateerd, doch niet gecorrigeerd daar de letter van de wet gevolgd wordt en dus beklag het geeigende middel was.

rechtsgang is voortgekomen uit het besef dat de algemene klachtregeling alleen betrekking heeft op beslissingen van de directeur, welke beslissingen uiteraard niet de beslissing van de arts aangaande de inhoud van de medische zorg omvatten. De vraag kan worden gesteld of het verschil met de TBS sector voldoende verklaarbaar is, zeker nu het hoofd van de inrichting als bedoeld in de Bvt geen 'geneesheer-directeur' meer is.

In de forensische GGZ is dwangbehandeling mogelijk voor zover van toepassing op de betreffende strafrechtelijke titel op grond van de Wet Bopz. Maar anders dan in Pbw en Bvt, beslist niet de directeur, maar de behandelaar van de patiënt. Een ander verschil zit in de beklagmogelijkheden. Binnen de sector gevangeniswezen en TBS functioneren de CvT's en daarbinnen de beklagcommissies en de maandcommissaris, welke alle ook een rol spelen in de rechtsbescherming bij de toepassing van dwangbehandeling. Voor de GGZ-sector is dit toezicht niet op gelijke wijze georganiseerd; zo is er geen beroep bij de RSJ mogelijk, laat staan direct beroep tegen A-dwangbehandeling. Maar in die sector speelt, ook bij dwangbehandeling, de patiënten vertrouwenspersoon een belangrijke rol, die als zodanig in zijn formele functie niet te vergelijken is met de maandcommissaris uit de CvT. Binnen Pbw en Bvt is, gelet op de andere verantwoordelijkheid van de in deze sectoren direct betrokken Minister van VenJ (opperbeheer van de inrichtingen), een melding aan deze minister vaak voorgeschreven als onderdeel van de regeling. Als en voor zover de regeling van dwangbehandeling voorwerp van regeling is en daarbij uiteraard in rechtsbescherming moet worden voorzien, is niet op voorhand duidelijk dat dergelijke verschillen in de inrichting van rechtsbescherming binnen deze sectoren kunnen worden verklaard uit het enkele feit dat de (te regelen) dwangbehandeling in een andere setting plaatsvindt.

Aantekening verdient andermaal dat voor veel voorwaardelijke strafrechtelijke titels de WGBO geldt waarin slechts dwang mogelijk is bij een somatische aandoening. Verdere dwang is niet mogelijk. Dat is anders als naast de voorwaardelijke titel ook een Wet Bopz-machtiging is afgegeven, maar dat blijkt in de praktijk in dergelijke gevallen niet gemakkelijk.<sup>410</sup> Een en ander kan veranderen op grond van de hiervoor besproken wijzigingen van de Wfz en van art. 37 Sr. Al kan er andermaal op worden gewezen dat voor een soepele overgang van dergelijke combinatiemodaliteiten een uitvoeringsregeling wenselijk lijkt.

De vraag blijft ook hoe de harmonisatie de toch verschillende culturen van de drie deelgebieden gelijktrekt. Eerste uitspraken van de RSJ over A-dwangbehandeling in Pbw/Bvt suggereren strengheid in de procedure (hoe onafhankelijk is het advies, is het behandelpunten wel overlegd) en minder in materiële zin.<sup>411</sup> Uit interviews blijkt dat er wel degelijk uitvoerings- en cultuurverschillen zijn, niet alleen tussen de deelgebieden, maar ook tussen instellingen van eenzelfde deelgebied.

---

410 Zie voor een voorbeeld Brouwers 2013.

411 Zie bijvoorbeeld het nieuwsbericht van de RSJ daarover d.d. 9-12-2013.

### **Een directeur van een FPC over dwangbehandeling**

‘Over dwang in de zorg bestaan verschillende meningen. Indien het over patiënten gaat die een forensische titel hebben kan het niet zwaar genoeg zijn in de algemene opinie. Indien het over zorg gaat buiten forensische zorg om vindt men dwang onwenselijk. VWS heeft de inspectie zelfs de opdracht gegeven om er zorg voor te dragen dat de dwang in de reguliere GGZ afneemt. De inspectie heeft in toenemende mate een politiek georiënteerde agenda. De politieke druk op deze thema’s is erg hoog. Voor de forensische zorg geldt dat niet. Bijvoorbeeld: het uitgangspunt in onze FPC is, indien dat nodig is, het zo snel mogelijk beginnen met een medicamenteuze behandeling. In de reguliere GGZ kan dat niet zomaar.’

### **Een directeur van een andere FPC over dwangbehandeling**

‘Dwangbehandeling wordt slechts uitgevoerd bij patiënten die onder de interne rechtspositie van de Wet Bopz vallen, bij patiënten met een TBS-titel is er vooral sprake van drang. De interne rechtspositie in de Wet Bopz maakt een schorsingsverzoek bij dwangmaatregelen mogelijk terwijl bij de TBS vaak dwangmedicatie plaats vindt zonder dat daar tegen op gekomen wordt door de patiënt. Dit komt omdat TBS patiënten bang zijn voor de gevolgen van weigering, namelijk het overgaan op of teruggaan in een zwaarder regime.’

### **Een directeur van een PPC over dwangbehandeling**

‘De Bopz regelt de acuut noodzakelijke behandeling en de langdurige dwangbehandeling. Voor de praktijk is er een richtlijn gemaakt waarin is uitgewerkt hoe men moet handelen en welke middelen kunnen worden toegediend. Voor een PPC is een dergelijke regeling en uitwerking er niet. De ruimte die de regeling nu laat wordt ingevuld op een manier die aansluit bij de GGZ regeling. Dit wordt gedaan omdat in de GGZ regeling als veel handvatten zitten voor een goede behandeling/manier van werken.’

Als het gaat om medische ingrepen zijn nog enkele thema’s relevant. Ten eerste, de irreversibele ingreep in het lichaam, waarin art. 28 Bvt voorziet. Er is geen sprake van dwang, aangezien deze ingreep alleen met instemming van betrokkene kan worden gepleegd. Aangezien deze zijn gericht op afwending of vermindering van gevaarlijk gedrag, is enigszins te begrijpen waarom een dergelijke bevoegdheid in de Pbw niet voorkomt. Al had hier vanwege de instemming toch gewoon kunnen worden aangesloten bij ‘gewone’ medische regelingen. Overigens wordt van deze bevoegdheid nauwelijks gebruik gemaakt. In de Wet Bopz is een dergelijke ingreep niet geregeld, maar lijkt zij ook niet te zijn uitgesloten, mits zij in het behandelplan is voorzien.

In het Besluit middelen en maatregel Bopz wordt als een van de toegelaten middelen ook genoemd het toedienen van vocht of voeding aan een patiënt. Deze summiere regeling van dwangvoeding zal net als, naar de toelichting, de bepaling van art. 32 Pbw, niet in de eerste plaats bedoeld zijn om via dwangvoeding een hongerstaking te doorbreken, maar om in acute gevallen tijdelijke dwangvoeding toe te staan omdat anders acuut levensgevaar dreigt. Het tegen de wil toedienen van voedsel aan een wilsbekwame persoon wordt in Nederland (bijvoorbeeld door de RSJ) niet toelaatbaar geacht, ook al is



niet uit te sluiten dat de in hoofdstuk 2 besproken internationale regelingen zulks onder omstandigheden wel zouden toelaten. Tot dat oordeel komt ook de Raad van State.<sup>412</sup> Binnen het gevangeniswezen is overigens wel gesproken over dwangvoeding in het geval van zwaarwegende belangen die nopen tot het in leven houden van de voorlopig gehechte hongerstaker totdat het eindoordeel in zijn zaak is bereikt. Daartoe zou wellicht een expliciete legitimerende beslissing van een rechter noodzakelijk zijn. Bij deze stand van zaken kan de vraag rijzen of de wetgever adequate, wellicht sector overstijgende regeling moet worden aanbevolen.<sup>413</sup>

#### 4.4.3.3 Inperking van bewegingsvrijheid, afzondering/separatie

##### **Vooraf: regeling van beperking van rechten in huidige en toekomstige regelingen**

In het onderstaande wordt een aantal onderdelen besproken waarbij een beperking van rechten aan de orde is. Deels worden die rechten in de verschillende regelingen zelf expliciet geregeld, waarna ook in de beperking ervan (gronden, gevallen, etc.) voorzien wordt. Zeker waar grond- en mensenrechten in het geding zijn, is dergelijke, adequate en – in EVRM-termen – accessible and foreseeable – wetgeving van belang; zie hoofdstuk 2. Voor zover in het onderstaande voor de forensische zorg de Wet Bopz van belang is, volgt deze wet grotendeels dit model, al is de wettelijke regeling minder uitgewerkt terwijl in een aantal rechten en beperkingen daarop niet is voorzien (voor het bestaan van rechten hoeven deze uiteraard niet per se eerst in de Wet Bopz te worden toegekend). De Wvvgz volgt een ander model. Zoals blijkt uit hoofdstuk 3, kan ‘verplichte zorg’ ook beperking van rechten omvatten, zij het dan eerst en vooral alleen op basis van een zorgmachtiging die door de rechter wordt gegeven en waarin deze de noodzakelijke zorg vermeldt (art. 6:3). De regering vertrouwt er op dat het model voldoende EVRM-proof is vanwege de beslissing van de rechter.<sup>414</sup> Zie voor de internationale kaders nader hoofdstuk 2. De aangegeven beperkingen zijn ook van belang voor het teveel afleiden van bevoegdheden tot dwang op grond van de enkele definitie van ‘verpleging’ van art. 1 onder u Bvt. Ook de inperking van rechten op basis van huisregels zou dan immers mogelijk worden.<sup>415</sup>

##### **Bewegingsvrijheid**

Op het punt van de bewegingsvrijheid binnen de inrichting kent de Pbw een andere regeling dan de Bvt en de Wet Bopz. Voor de Pbw is de aparte regeling verklaarbaar nu de artikelen 19 e.v. Pbw ook te maken hebben met de mate van gemeenschap als onderdeel van het regime van vrijheidsbeneming. Voor de Bvt en de Wet Bopz is bewegingsvrijheid en beperking ervan binnen de kliniek, al dan niet op de afdeling of de kamer, gedurende de dag en nacht, eventueel ook op het terrein van de inrichting,

---

412 Brief van de Raad van State van 15 mei 2013, nr. WO3.13.0133/II.

413 Zie nader Jacobs 2012.

414 Zie in het bijzonder *Kamerstukken II*, 2009/10, 32399, nr. 3, p. 31-32.

415 Zie voor een spannende zaak op dit punt: Beroepscommissie RSJ 17 april 2014, nr. 13/3485/TA, Sancties 2014, m.nt. M.J.F. van der Wolf.

e.d. veel meer onderdeel van verpleging en behandeling. De uitvoerige regeling van de Bvt (artikelen 31-33) verschilt, ook in de materiële gronden van de beperktere regeling van art. 40 lid 3 Wet Bopz. Opvallend is art. 31 lid 1 Bvt, waarin expliciet wordt gemaakt dat bewegingsvrijheid ook per afdeling kan worden ingeperkt, hetgeen contrasteert met de individuele benadering van de Wet Bopz. Datzelfde geldt voor de mogelijkheid van inperking van bewegingsvrijheid als disciplinaire straf (waarover hieronder meer). Meer eenvormige regeling (zeker waar zorg voorop staat) lijkt mogelijk te zijn, op basis van een erkenning van het recht op bewegingsvrijheid en een regeling die goed oog heeft voor de verschillende situaties waarin beperking van de bewegingsvrijheid aan de orde kan zijn, en de mate van de beperking.

#### **Een medewerker van een FPC over bewegingsvrijheid**

'De bewegingsvrijheid is binnen de instelling geregeld via een kaartensysteem. Bij binnenkomst beginnen patiënten met een rode kaart. Met de rode kaart mogen patiënten alleen onder begeleiding het plein op. Bij goed gedrag kan een oranje of groene kaart verdiend worden. Bij oranje kaart mag een patiënt zelfstandig naar therapie maar mag niet ergens blijven hangen. Bij een groene kaart heeft een patiënt maximale vrijheden. Een patiënt mag zich dan, op bepaalde tijden, vrij bewegen binnen de instelling. Een patiënt kan ook terug worden gezet naar een rode kaart als sanctie op een overtreding van de regels/na incidenten. Daarna moet de oranje/groene kaart weer opnieuw verdiend worden. De begeleiders ondersteunen een patiënt hierbij.

#### **Plaatsing in afzondering/separatie**

Het is onder de titel van de plaatsing in afzondering even oppassen met vergelijkingen, aangezien het overeenkomende effect (afzondering) niet moet verbloemen dat onder dit gemeenschappelijk effect de nodige verschillen in vormen van afzondering en daarbij behorende (materiële) grondslagen schuil gaan. De Wet Bopz regelt afzondering en separatie niet in de wet zelf. Deze vormen van optreden zijn 'slechts' geregeld in het summiere Besluit middelen en maatregelen op grond van art. 39 Wet Bopz (Besluit van 3 november 1993, Stb. 563). De Pbw en de Bvt kennen elk verder in de formele wet zelf uitgewerkte mogelijkheden tot plaatsing van betrokkenen in afzondering. Dat betreft de ordemaatregel van afzondering of de tenuitvoerlegging van een disciplinaire straf in een strafcel, respectievelijk de separatie, afzondering en afdelingsconsignatie. De materiële gronden waarop tot deze vormen van afzondering kan worden besloten verschillen reeds naar de wettelijke regeling voor inrichtingen onder de Pbw respectievelijk onder de Bvt en de Wet Bopz tot op zekere hoogte. Ook in de praktijk vervullen zij een andere rol, waar afzondering en separatie op grond van de Bvt eerder in het kader van behandeling en beveiliging kan, respectievelijk moet worden gezien, al kan ook de geestelijke toestand van de een gedetineerde in een PI onder de Pbw aanleiding geven tot de maatregel van afzondering. In de Wet Bopz gaat het in art. 39 lid 1 om noodsituaties.

Zelfs enigszins overeenkomende wettelijke bewoordingen in de formulering van grondslagen van afzonderingen zeggen in dit kader niet steeds dat de inzet van dergelijke maatregelen in de praktijk gelijk is. Zo zal afzondering en separatie in de TBS-sector gemakkelijk langer duren en vaker verlengd moeten worden, hetgeen verklaarbaar maakt dat voor een dergelijke verlenging op grond van art. 34 lid 4 Bvt afhankelijk is van de machtiging van de minister. Diens betrokkenheid heeft dan (vervolgens)

tot verklaarbaar gevolg dat er geen beklag open staat bij de CvT van de betreffende inrichting, maar direct bij de RSJ (art. 69 lid 1 onder f Bvt).

Op dit verschil in grondslag kunnen op zichzelf ook verschillen in de nadere waarborgen eromheen worden verklaard. Zo bijvoorbeeld het gegeven dat tot afzondering op grond van art. 24 lid 1 Pbw voor – in eerste instantie – twee weken kan worden besloten, terwijl art. 34 lid 2 Bvt een initiële termijn van vier weken noemt. Vast te stellen is wel, dat eerstgenoemd artikel de verlenging bindt aan de vaststelling dat de noodzaak voor afzondering nog moet bestaan. Dat lijkt ook voor art. 34 Bvt een logische voorwaarde die echter als zodanig niet met zoveel woorden in de betreffende wetsbepaling is uitgedrukt. De afwijkende duur onder de Wet Bopz in het Besluit middelen en maatregelen (zeven dagen) is met name uit de aard van de grond (noodvoorziening) verklaarbaar.

### **Een directeur van een FPC over separatie**

‘Het komt voor dat een patiënt vrijwillig in de separeer wil. Ook dan moet een kliniek middelen en maatregelen opleggen omdat het plaatsen van een patiënt in de separeer altijd wordt gezien als een keuze van de kliniek. Dus ook indien de patiënt er zelf voor kiest. De kliniek kan namelijk ook weigeren de patiënt in de separeer te plaatsen. Bij elke plaatsing van een patiënt in de separeer moet daarom alle formele vereisten worden gevolgd.’

Voor zover bovengenoemde aspecten aldus verschillen in regeling tussen de Pbw en de Bvt tot op zekere hoogte verklaarbaar maken, geldt dit minder voor een ander aspect. Daar waar afzondering ook in afzonderlijke ruimten wordt ten uitvoer gelegd die bewust en aan de aanleiding van de toepassing gerelateerde, mindere inrichting hebben dan de gewone verblijfsruimte en er, vanwege die grondslag, ook een beperkter regime zal gelden, is het, ook gelet op internationale verplichtingen, niet vreemd dat er nadere regels bestaan die inhoud geven aan het regime tijdens de verschillende modaliteiten van afzondering, inclusief regeling van concrete eisen waaraan de verblijfsruimte voor afzondering moet voldoen. Dat betreft dan al snel aspecten ter zake waarvan zich minder gemakkelijk verschillen tussen de verschillende sectoren laten verklaren. Nochtans valt te constateren dat een en ander nogal verschillend geregeld is. Voor de Pbw is op grond van art. 24 lid 7 en art. 55 lid 3 Pbw de – uitvoerige – Regeling straf- en afzonderingscel penitentiaire inrichtingen (Rsapi) tot stand gekomen. Voor de TBS-sector is er een dergelijke regeling niet, zodat de Regeling eisen persoonlijke verblijfsruimte justitiële TBS-inrichtingen van toepassing is. Wel bestaat, als uitvoering van art. 34 lid 8 Bvt, de Regeling rechten tijdens afzondering en separatie. Bij vergelijking vallen verschillen op die niet allemaal voorshands door het verschil in sector even verklaarbaar lijken. Zo bestaat in de TBS-sector aanspraak op een raam van 0,75 vierkante meter, maar ontbreekt een definitie van wat een ‘raam’ dan (minimaal) is. Onder de Pbw-regeling bestaat 0,05 vierkante meter minder aanspraak op ‘raam’, maar wordt, in art. 1 van de genoemde regeling, wel bepaald dat een raam alleen een raam is, als daardoor de cyclus van dag en nacht kan worden waargenomen. Zo zijn er meer onderwerpen betreffende de inrichting van ruimte en regime (lectuur, toiletvoorzieningen, eventuele regeling van verstrekken en dragen van (verplichte) kleding, observatie van in afzondering geplaatsten, etc.), waarvan men zich kan afvragen of, juist met het oog op de noodzaak van het garanderen van minimumeisen van humaniteit die niet zoveel met de (verschillen in) grondslag van de afzondering te maken hebben, uniforme regeling niet meer voor de hand ligt, als gezegd ook met het oog op de

naleving van internationale minimumnormen en de eisen van toezichthoudende organen als het CPT en het NPM uit het OPCAT (zie nader hst. 2).

#### 4.4.3.4 Controle en geweldgebruik

##### Urine-controle

Net als bij het camera-toezicht, betreft de urine-controle een beperkt en bijzonder thema, waarvan grondslag en verdere regeling aanknoopt bij het (controle-)onderzoek en daarbij in acht te nemen zorgvuldigheid. Dat doet eenvormige regelgeving verwachten, en die is er tot op grote hoogte. Dat geldt voor de grondslag voor urine-controle, maar bijvoorbeeld ook het voorschrift dat de controle in een besloten ruimte moet worden uitgevoerd, en, voor zover mogelijk, door personen van hetzelfde geslacht als de betrokken gedetineerde/verpleegde moet worden verricht. Dit soort voorschriften heeft immers niets met het typische van de betreffende sector te maken. Alleen de nadere regeling in Rupi (Regeling Urinecontrole Penitentiare Inrichtingen) resp. Ruv (Regeling Urineonderzoek Verpleegden) laat verschillen zien, die niet onmiddellijk door de sector verklaard worden. In het gevangeniswezen verdeelt de gedetineerde zijn urine over twee buizen, in de TBS-sector geschiedt dat door het personeel in aanwezigheid van de gedetineerde. De drie soorten van onderzoek (urine-onderzoek, herhalingsonderzoek respectievelijk bevestigingsonderzoek) zijn voor de TBS-sector in de betreffende regeling uitdrukkelijk en inhoudelijk gedefinieerd, terwijl een dergelijke definitie in de GW-sector ontbreekt. Dat verschil wordt niet door het verschil in sector verklaard. In de Rupi wordt, onder een ander opschrift dan in de Ruv, vermeld dat obstructie kan leiden tot een disciplinaire straf. In de sector TBS delegeert de Ruv het bepalen van gevolgen aan niet meewerken naar de huisregels van de inrichting. In zoverre daarin andere sancties zouden kunnen worden aangetroffen dan de disciplinaire straf (het gevolg in de GW-sector), kan de vraag rijzen of dergelijke strafalternatieven door de eigenheid van de TBS-sector kunnen worden verklaard. Het zoeken naar alternatieven voor disciplinaire straf hoeft niet alleen in het teken van 'behandeling' te worden gezien, maar wellicht ook in het licht van evenredige bestraffing en reactie. Dan liggen inhoudelijke verschillen minder voor de hand. Volgens art. 3 lid 1 Rupi controleert de ambtenaar of medewerker of het aanvraagformulier en de benodigde materialen aanwezig zijn. In de regeling voor de verpleegden ontbreekt een dergelijk voorschrift. In de Rupi staat: "De gedetineerde urineert onder direct visueel toezicht van een ambtenaar of medewerker in een daartoe aan hem verstrekte opvangbeker." Merkwaardigerwijs is de toelichting op beide regelingen gelijk: 'het derde lid bepaalt dat de afname in alle omstandigheden geschiedt onder direct visueel toezicht van een personeelslid of medewerker'.

Wie het vergrootglas hanteert, vindt nog meer verschillen. De soep hoeft in de praktijk hier en op andere plaatsen kennelijk niet zo heet te worden gegeten als op grond van verschil in bewoordingen van de wettelijke regeling wordt gesuggereerd. Het is niet aangewezen alle verschillen in regelingen tot in detail te bespreken. Een en ander strekt er slechts toe te laten zien dat, door het verschijnsel van verschillende uitvoeringsregelingen van hetzelfde thema in verschillende sectoren waar gedwongen zorg aan de orde is/kan zijn, verschillen in rechtspositie ontstaan die niet door de wezenlijke verschillen in de aard van de sector zijn ingegeven.

In de GGZ-sector is urinecontrole nu niet geregeld. Als daaraan behoefte bestaat, dan ligt regeling conform de Bvt voor de hand: een aparte titel inzake maatregelen ter controle en geweldgebruik, met de erkenning van het recht op onaantastbaarheid van het lichaam, etc. als zodanig in de wet (art. 21 Bvt), met regeling van de afzonderlijke maatregelen ter controle en gewelddoepassing in de gevallen waarin dat kan geschieden. De uitvoering kan, indien nodig, bij nadere regeling worden voorzien, maar liefst niet weer een aparte, net weer even afwijkende regeling voor de GGZ-sector. Beslissing tot toepassing kan worden opgedragen en voorbehouden aan een autoriteit wiens beslissing deskundigheid en een zekere afstandelijkheid in zich bergt, met eventueel de waarborg van beklag of anderszins tegen de betreffende beslissing.

### **Camera-observatie**

In de regeling van de in de Bopz niet voorziene camera-observatie (of het camera-toezicht) van een in afzondering gestelde, valt enerzijds de logica op van de op hoofdlijnen overeenkomende c.q. van elkaar verschillende aspecten. In het gevangeniswezen vindt camera-observatie plaats op grond van art. 24a (ordemaatregel), art. 34a (controle) en art. 51a Pbw (camera-observatie tijdens verblijf in de strafcel). De materiële gronden van art. 24a en art. 51a Pbw komen overeen met die van art. 34a Bvt (slechts bij afzondering/separatie). Het verschil in regeling dat tussen beide voorzieningen bestaat, heeft met name te maken met het verschil in het aanwijzen van degene die over de eventuele toepassing moet adviseren aan de directeur, respectievelijk het hoofd van de inrichting. Dat verschil is op grond van de inrichting van de betreffende sector verklaarbaar.

Separate aandacht verdient wel de mogelijkheid van camera-observatie op grond van art. 34a Pbw. De mogelijkheid geldt alleen voor een gedetineerde in een individueel regime of bij verblijf in een extra beveiligde inrichting. De gronden om camera-observatie toe te passen verschillen van de andere hier besproken gronden en kunnen ook buiten de persoon van de gedetineerde zijn gelegen. Vanwege de hoge veiligheid zal het niet of nauwelijks aangewezen zijn dat een persoon voor wie een dergelijk hoog regime van beveiliging noodzakelijk wordt geacht, in het kader van forensische zorg als dynamisch systeem over de sectoren heen, in TBS- of GGZ-kader zal worden geplaatst. Als die mogelijkheid in het kader van forensische zorg niet wordt uitgesloten, verdient de wettelijke regeling van de betreffende sector op dit punt wellicht aanvulling. De andere grondslag van het observeren van de betrokkene, ook op gronden buiten zijn persoon, verklaart de van de overige hier besproken bepalingen afwijkende opzet van art. 34a Pbw, onder andere met een in de wet vastgelegde duur van de observatie.

Bij de uitwerking is, gezien vanuit een wenselijkheid van eenvormigheid van regelgeving van hetzelfde thema opvallend, dat voor de sector GW, de voorwaarden voor camera-observatie in art. 33 Rsapi letterlijk worden herhaald, zonder enige toevoeging of verdere uitwerking. De vraag kan rijzen wat de zin is van deze herhaling in (lagere) regelgeving binnen de sector GW, ook omdat van art. 33 Rsapi de suggestie uitgaat dat camera-observatie kan worden gelegitimeerd met een bepaling in een lagere wet dan de Pbw als wet in formele zin.

Hoewel de camera-observatie van art. 34a Bvt gebonden is aan de toepassing van afzondering c.q. separatie, hoeft die bijkomende maatregel van camera-observatie, anders dan de afzondering en de separatie zelf, niet in het register als bedoeld in art. 6 Rvt te worden aangetekend.

## Onderzoek aan lichaam en kleding; behandeling van voorwerpen

De regeling van het onderzoek aan lichaam en kleding levert geen hier te signaleren verschillen in interne rechtspositie op tussen de sectoren GW (art. 29 Pbw) en TBS (art. 23 Bvt). De TBS als beschermingsmaatregel komt net als elders in de extra grond voor het toepassen van de maatregel in art. 23 Bvt (kort gezegd: het gevaar dat van de verpleegde uitgaat) tot uitdrukking. De Bopz kent thans alleen de erkenning van de mogelijkheid een patiënt aan lichaam of kleding te onderzoeken (art. 36 lid 3; zie ook art. 66 lid 3 en lid 4 Wet Bopz). Het doel ervan is het mogelijk aan de dag brengen van voorwerpen die een gevaar zijn voor de veiligheid van de patiënt c.q. de goede gang van zaken in het ziekenhuis. Verder is er in dit artikel niets geregeld. In de andere sectoren is apart voorzien in een bevoegdheid tot onderzoek van meegebrachte goederen, van de verblijfsruimte en van lichaamsstoffen. In een aantal gevallen moet de procedure nader worden geregeld (met name het afnemen van lichaamsstoffen; zie bij urinecontrole hiervoor), hetgeen bij nadere, uniforme regeling kan geschieden. Ook moet worden bepaald tegen wie de bevoegdheid kan worden uitgeoefend, met name ook tegen derden (bezoek). Voor de rechtsbescherming is van belang dat de beslissing wordt genomen door een in de wet aangewezen autoriteit, tegen wiens beslissing rechtsbescherming kan worden georganiseerd.

Het lijkt aangewezen het geheel van onderzoek aan lichaam en kleding te standaardiseren volgens de modellen die voor dergelijke dwang- en controlebevoegdheden beschikbaar zijn. Dat betreft de erkenning van het recht waarop zij inbreuk maken en regeling van de concrete gronden waarop die inbreuk kan worden gebaseerd, die nu niet zonder meer parallel loopt. Voor de aanwezigheid van voorwerpen zou een meer uniforme grondslag kunnen worden geformuleerd tussen Pbw, Bvt en Wet Bopz. In het algemeen kan worden gewezen op het gevaar of risico's (ook de betrokkene zelf), voor de orde en de veiligheid in de inrichting (de afdeling is daaronder begrepen), het voorkomen c.q. de opsporing van strafbare feiten, dan wel ter algemene controle op de aanwezigheid van verboden goederen of middelen.

In het bijzonder rijst nog ten aanzien van de verschillende regelingen de vraag hoe de belangen van de gedetineerde/verpleegde/patiënt op inbeslaggenomen voorwerpen wordt gewaarborgd, als deze op een van de voorziene wettelijke gronden in beslag zijn genomen. Soms is overdracht aan opsporingsambtenaren mogelijk. In gevolge art. 36 lid 4 Wet Bopz worden de voorwerpen ten behoeve van de patiënt bewaard, voor zover dat niet in strijd is met enig wettelijk voorschrift. Het beslag van de directeur aan een opsporingsambtenaar wordt met deze overdracht geen strafvorderlijk beslag, reeds niet omdat 'voorkoming of opsporing van strafbare feiten' geen grond voor strafvorderlijke inbeslagneming is.

Het ligt wellicht voor de hand dat voorwerpen in alle regelingen strafvorderlijk in beslag kunnen worden genomen, in welk geval de gedetineerde/verpleegde/patiënt daartegen, net als andere burger onder wie voorwerpen in beslag worden genomen, beklag kan doen. Is strafvorderlijk beslag niet nodig, dan is er geen strafvorderlijk belang bij beslag en ligt het voor de hand het voorwerp, binnen regelingen betreffende voorwerpen op cel e.d., aan de gedetineerde terug te geven c.q. voor hem te bewaren. Tot de gronden van strafvorderlijk beslag hoort ook beslag ten behoeve van vernietiging (maar dat is geen opsporing noch voorkoming van strafbare feiten) en juist daaraan kan

behoefte zijn nu Pbw en Bvt alleen de vernietiging met toestemming van de gedetineerde kent. De beperkte grond van inbeslagname van art. 36 Wet Bopz (gevaar voor zijn veiligheid of goede gang van zaken in het ziekenhuis), zou moeten worden aangevuld en gestandaardiseerd. Onvoldoende regeling van de civielrechtelijke belangen van de gedetineerde kan op gespannen voet staan met het recht op eigendom in het eerste protocol van het EVRM. In de Wet Bopz is niet voorzien in een gelijke regeling van documentatie van inbeslagname d.m.v. een bewijs van ontvangst, af te geven de patiënt. Zodanige regeling is in het kader van de plicht voor het zorgvuldig omgaan met in beslag genomen voorwerpen wel van belang.

### **Onderzoek in het lichaam**

Vanwege de aard en de ernst van de inbreuk is het onderzoek in het lichaam als controlemiddel in de Pbw en de Bvt apart onderscheiden en geregeld. Waar art. 36 lid 4 Bopz spreekt van onderzoek aan het lichaam, lijkt dit onderzoek in de Bopz niet te bestaan. Binnen TBS en gevangeniswezen vergeleken, valt op dat in beide regelingen de noodvoorziening van toepassing door een ander dan de in eerste instantie aangewezen autoriteit, (begrijpelijkerwijze) op dezelfde gevallen lijkt te doelen, maar in de formulering verschilt. Waar art. 31 lid 2 Pbw spreekt van 'onverwijld tenuitvoerlegging' spreekt art. 25 lid 2 Bvt van dringende noodzakelijkheid.

### **Onderzoek verblijfsruimte**

De regeling van het onderzoek van de verblijfsruimte van de gedetineerde respectievelijk de verpleegde geeft geen aanleiding tot het signaleren van verschillen, al is opmerkelijk dat de ene regeling spreekt van de verblijfsruimte (Pbw) en de andere van de 'persoonlijke verblijfsruimte' (Bvt). Voor zover dit verschil in bewoordingen al betekenis heeft, kan het er niet toe leiden dat – jegens de inrichting – de verblijfsruimte, ook niet de persoonlijke verblijfsruimte – heeft te gelden als 'woning' in de zin van art. 12 Grondwet en/of de Algemene wet op het binnentreden.<sup>416</sup> Eendachtig wel andere uitspraken over, bijvoorbeeld, de niet met anderen gedeelde kamer in een asielzoekerscentrum, en het wat ruimere begrip 'home', kunnen hier overigens wel grenzen in zicht komen, die maken dat het inderdaad aangewezen is dat de wettelijke regelingen van Pbw en Bvt, die kunnen gelden als 'law' in de zin van art. 8 lid 2 EVRM, (desondanks) voorzien in een bevoegdheid tot het doorzoeken van de verblijfsruimte. Des te meer valt op, dat de mogelijkheid tot het doorzoeken van de verblijfsruimte van de patiënt in de Wet Bopz ontbreekt. Over de regeling van de bij het doorzoeken van de verblijfsruimte aangetroffen, daarvoor vatbare voorwerpen, zijn hiervoor al enige opmerkingen gemaakt.

### **Toepassing van bevestiging van mechanische middelen**

De enigszins verruimde grondslag van art. 27 Bvt ten opzichte van art. 33 Pbw voor de toepassing (eigen veiligheid) kan uit het karakter van de TBS worden verklaard. Net als bij de urinecontrole is sprake van nadere regelgeving van dit dwangmiddel in een afzonderlijke regeling voor het

---

416 HR 1 oktober 1985, *NJ* 1986, 349.

gevangeniswezen respectievelijk de TBS die - anders dan bij de urinecontrole - geen opvallende, niet onmiddellijk verklaarbare verschillen bevat, of het moest zijn dat onder de Bvt een arts zich tweemaal per dag op de hoogte moet stellen van de toestand van de betrokkene, terwijl op grond van de Pbw eenmaal per dag ook genoeg is.

De vergelijkbare bevoegdheid in de Wet Bopz is de fixatie van art. 39 Wet Bopz jo het Besluit houdende regels omtrent middelen en maatregelen. Er zijn in de GGZ daarmee in veel mindere mate elementaire waarborgen in de wet in formele zin vastgelegd. De nadere regeling is anders, hetgeen, gegeven de aard van het te regelen thema (de zorgvuldigheid die geboden is bij de toepassing van dit extreme middel) niet voor de hand ligt. In alle sectoren is toepassing van mechanische middelen een werkelijke uitzondering die alleen wordt aangewend als dat volstrekt noodzakelijk is.

### **Gebruik van geweld; algemene grondslagbepaling**

Voor de uitoefening van geweld buiten gevallen van in het bijzonder geregelde maatregelen voorziet de Pbw (art. 35) en de Bvt (art. 30) in een expliciete wettelijke grondslag waarin de aanwending ook nader is genormeerd. Hoewel ook hier nadere uitwerking van een gelijke bevoegdheid in twee aparte regelingen (geweldsinstructies) voor gevangeniswezen respectievelijk TBS-wetgeving is voorzien, vallen geen grote, hier te signaleren verschillen op. Wel is het zo, dat het in het kader van proportionele geweldsaanwending niet onbelangrijke middel van de pepperspray in de geweldsinstructie voor het gevangeniswezen is verwerkt, maar niet in die voor de TBS-sector. De argeloze lezer vraagt zich af of hier sprake is van een weloverwogen verschil.

Geweldgebruik vereist naar moderne opvattingen een expliciete basis in een wettelijke regeling omdat de grondslag niet meer in adequate taakuitoefening (impliciet) besloten kan worden geacht te liggen. Ook de meerwaarde van een geweldsinstructie is voor andere sectoren dan de GGZ betrekkelijk evident gebleken en legitimeert en verheldert het optreden van het personeel in voorkomende gevallen. Zonder een dergelijke, voldoende legitimatie voor geweldgebruik op basis van een wettelijke voorziening maakt dergelijk geweldgebruik, hoe noodzakelijk ook, gemakkelijk inbreuk op grond- en mensenrechten. Voor zover in de GGZ-sector geweld wordt aangewend, zou een en ander adequate regeling behoeven. Overigens moet nog worden opgemerkt dat onder de noemer van verpleging - de definitie uit art. 1 onder u Bvt omvat naast verzorging ook bescherming van de samenleving - in de TBS wat meer mogelijk is, zoals het onder (lichte) dwang douchen. Te denken valt ook aan het uitschakelen van de elektriciteit 's nachts of het weghalen van de matras overdag weghalen in verband met het dag- en nachtritme.

In dit kader kan nog worden geconstateerd dat op grond van art. 5 lid 3 Pbw de directeur aan de gedetineerden 'bevelen' kan geven. Op grond van aan de TBS-sector aangepaste criteria kan de geneesheer-directeur op grond van art. 7 lid 3 van de Bvt weliswaar slechts 'aanwijzingen' aan de verpleegden geven, maar het effect is hetzelfde: de gedetineerde respectievelijk de verpleegde is verplicht het bevel respectievelijk de aanwijzing op te volgen. Een dergelijke algemene aanwijzingsbevoegdheid ontbreekt in Wet Bopz ten aanzien van onvrijwillig opgenomen patiënten.



#### 4.4.3.5 Beperking van contact met de buitenwereld

##### Post

Zowel de Pbw als de Bvt voorzien in een wettelijke regeling voor controle van de post, als onderdeel van (beperking van) het recht op contacten met de buitenwereld. Het openen van de post met het oog op controle op bijgesloten voorwerpen geschiedt in de TBS zoveel mogelijk in het bijzijn van de verpleegde. In het gevangeniswezen geldt dit voorschrift zo niet.

Ook controle op de inhoud (meelezen) is mogelijk. Dat deze controle tot bepaalde personen of instanties beperkt is, is alleen in de Bvt geregeld, maar moet op grond van proportionele bevoegdheidsaanwending op grond van de Pbw wellicht niet voor onmogelijk worden gehouden. Alleen de Pbw schrijft voor dat de controle op de inhoud het maken van kopieën kan omvatten. De bevoegdheid tot controle van de inhoud is in de Pbw niet aan enige grond gebonden, in de Bvt wel. Toezicht op de inhoud geschiedt op grond van de Bvt voor periodes van vier weken; de Pbw noemt geen periodes. Verzending of uitreiken van de post kan in beide wettelijke regelingen worden beperkt, waarbij voor de Pbw geldt dat ook belangen buiten de gedetineerde daartoe aanleiding kunnen geven. Over de mogelijke wenselijkheid van een dergelijke beperkingsgrond in de TBS-sector is hiervoor al een opmerking gemaakt. In de erkenning van geprivilegieerde instanties valt op dat de Nederlandse leden van het Europees Parlement en commissie daaruit alleen in de Pbw genoemd worden, niet in de Bvt. De inspecteurs van de Inspectie Veiligheid en Justitie zijn in de Pbw niet geprivilegieerd. Beide regelingen omvatten wellicht voorts niet de leden van het CPT en het OPCAT omdat deze internationale organen niet lijken te voldoen aan de omschrijving als klachtinstantie als bedoeld in art. 37 lid 2 Pbw respectievelijk art. 36 lid 2 Bvt.

Bij de uitvoerige regeling van Pbw en Bvt steekt de enkele voorziening van art. 40 Wet Bopz mager af. Controle op bijgesloten voorwerpen is mogelijk, meelezen niet. In vergelijking is dit een van de duidelijkste voorbeelden van verschil. Anders dan Pbw en Bvt, benoemt de Wet Bopz minder materiële rechten van de patiënt.

##### Bezit van voorwerpen, geld

De regeling van het bezit van voorwerpen gaat in art. 44 Bvt uit van een recht van de gedetineerde, terwijl art. 45 lid 1 Pbw een dergelijk recht eerder slechts veronderstelt. Dat verschil is, net als de op grond van de Pbw wat verder dan op grond van de Bvt beperkte aansprakelijkheid (€500,-), minder te verklaren dan het verschil in de regeling omtrent contant geld van art. 46 Pbw respectievelijk art. 45 Bvt. In de sector van het gevangeniswezen is het bezit van contant geld als uitgangspunt verboden, in de Bvt niet, al is dat, vaak op grond van huisregels, toch het geval en zullen in beide sectoren wellicht modaliteiten van pinpas e.d. praktisch van belang zijn. Bezit van eigen voorwerpen c.q. het belang dat bezit te kunnen beperken is belangrijk genoeg om de vraag te stellen of het ontbreken van een regeling in de GGZ-sector niet op een tekort duidt. Het beheer van eigen geld zou binnen de GGZ-sector onderdeel van de behandeling moeten en kunnen zijn, voor zover niet in civielrechtelijke vertegenwoordiging is voorzien. Ook dat zou wellicht concrete regelgeving vereisen. Daarbij zou kunnen worden bezien of, in het kader van de behandeling, een gelijkvormige regeling met de TBS-sector aangewezen is, zulks in afwijking van de regeling op basis van de Pbw.

## **Bezoek en telefoonverkeer**

De regeling van het bezoek verschilt binnen Pbw en Bvt nauwelijks, al zijn de gronden voor toezicht op het bezoek c.q. weigeren van bezoek c.q. afbreken van bezoek verschillend, ten dele sectoreigen (gevaar van of voor de verpleegde in Bvt en de bescherming van de openbare orde of nationale veiligheid in de Pbw). Opvallend is het verschil in duur van de beslissing bepaalde personen als bezoek toe te laten (12 maanden respectievelijk 4 weken); al wordt onder de Bpw krachtens nadere regeling in lang niet alle gevallen van de maximale duur gebruik gemaakt, maar eerder gekoerst op een duur van drie maanden. Ook is de nadere regeling in de beperking van bezoek van geprivilegieerde personen of instanties verschillend. Dat geldt de regeling van de uitzondering waaronder de gedetineerde respectievelijk de verpleegde dergelijke personen niet kan spreken (art. 38 lid 7 Bpw respectievelijk art. 37 lid 6 Bvt, terwijl van art. 38 lid 7 Bpw de laatste twee volzinnen in art. 37 Bvt niet zijn overgenomen).

De opzet van de regeling van bezoek (een recht op bezoek gebaseerd op de wet in formele zin en, binnen de grenzen van de wet nader, met name bij huisregels nader te regelen en te beperken), is in de Wet Bopz dezelfde, maar deze regeling is aanzienlijk minder ver uitgewerkt. De criteria voor beperking zijn aan de GGZ-sector aangepast en beperkter. Er is geen minimumduur voor bezoek vastgelegd en de regeling bezoek door en contact met geprivilegieerde personen en instanties is beperkter dan in de Pbw en de Bvt.

Het bovenstaande geldt ook voor de regeling van het telefoonverkeer, zij het dat op dit punt geen verschil bestaat tussen art. 39 lid 4 Pbw en art. 38 lid 4 Bvt inzake telefoonverkeer met geprivilegieerde personen en instanties. Beperkingen worden op grond van de Pbw en de Bvt door de directeur besloten; op grond van art. 40 lid 4 Wet Bopz beslist de voor de behandeling verantwoordelijke persoon, met onverwijld mededeling aan de directeur. Overigens komt de wettelijke regeling voor alle drie de sectoren in zoverre overeen dat het bezit en gebruik van andere, moderne telecommunicatiemiddelen dan telefonie, niet geregeld is. De vraag is, of dat nog lang een wenselijke situatie is.

## **Mediacontacten**

De regeling van art. 40 Pbw en art. 39 Bvt gaan niet uit van een recht op mediacontact, maar van de mogelijkheid daartoe toestemming te verlenen. Nadere voorwaarden en beperkingen zijn in de wet geregeld. (De verwijzing in art. 39 lid 3 Bvt naar het tweede lid van die bepaling zal in dit kader, conform art. 40 Pbw, als een verwijzing naar het eerste lid moeten worden gelezen.) De wettelijke regeling kan ook tegen de achtergrond van art. 10 EVRM (vrijheid van meningsuiting) worden begrepen. In de Wet Bopz ontbreekt een regeling voor (beperking van) mediacontacten. Men zou tegen de achtergrond van art. 10 EVRM derhalve kunnen beweren dat dergelijke contacten toegestaan zijn, maar dus ook niet kunnen worden beperkt.

#### 4.4.3.6 Beperking van overige materiële rechten

##### Algemene rechten

Een aantal aspecten van interne rechtspositie uit het schema betreffen algemene rechten die ook samenhangen met (zinnige) dagbesteding. Te noemen zijn in dit kader de geestelijke verzorging, de medische en sociale verzorging, voeding en kleding, arbeid, sport, luchten en recreatie, e.d. Enkele onderdelen verdienen enige aandacht, ook als voorbeeld van verschil in wetgeving. De Pbw en de TBS koersen veel nadrukkelijker op het benoemen en regelen (alsmede het beperken) van afzonderlijke thema's, rechten en aanspraken van justitiabelen in de betreffende wetgeving. De wettelijke regeling van de GGZ-sector leunt veel sterker op algemene kwaliteitsnormen, in het bijzonder die van de artikelen 2 en 3 Kwaliteitswet zorginstellingen. Beide modaliteiten hebben hun meerwaarde. Het tweede model vooral het voordeel van flexibiliteit, met soepele invulling op een laag niveau van lagere regelgeving. Het eerste model heeft het voordeel van de zekerheid, van explicatie van minimale rechten en van min of meer concrete invulling van eventuele beperkingen, inclusief de toetsbaarheid daarvan. Van belang is, dat het eerste model in elk geval bij de toepassing en beperking van grondrechten en andere principiële rechten en aanspraken het meest gangbare model is, nu de Nederlandse grondwetgever algemene beperkingen heeft afgewezen en de regelingen in het tweede model mogelijk minder snel voldoen aan de kwaliteitseisen inzake het 'law'-begrip van het EVRM betreffende beperkingen van verdragsrechten.

##### Geestelijke verzorging

De regeling van de geestelijke verzorging in Pbw en Bvt en de uitvoeringsregelingen bevat geen te signaleren verschillen. De geestelijke verzorging van patiënten is belangrijk genoeg en adequate regeling ervan binnen een GGZ-inrichting, ook voor zover daarbinnen een ander regime aan de orde is dan op grond van Pbw en Bvt in de betreffende inrichtingen, verlangt voldoende aan zorgplichten voor de overheid om ook binnen de GGZ wettelijke regeling te eisen. Deze is neergelegd in art. 3 Kwz. Dat is een redelijk vrijblijvende en op zelfregeling gebaseerde wettelijke grondslag. Gegeven het kenmerk van de GGZ-sector kan met een dergelijke, afwijkende, regeling worden volstaan, als en voor zover dat niet tot niet meer verklaarbare afwijkingen in de praktijk leidt. Het onderwerp kan van belang genoeg worden geacht om voor iets meer uitgewerkte regeling te pleiten. De formeel wettelijke regeling in Pbw en Bvt en de nadere invulling ervan in PM en Rvt en overige regelingen, bevatten hanteerbare invullingen. Dat geldt in het bijzonder waar de wettelijke regeling de inzet van niet aan de inrichting zelf verbonden geestelijke verzorgers onder de regeling van het bezoek brengt. Deze verzorgers hebben dus te gelden als bezoekers. Kwalificering van deze status is van belang i.v.m. controle en toelating, al betreft het uiteraard een categorie bijzondere bezoekers aan wie bijvoorbeeld veel minder snel de toegang de inrichting zal worden geweigerd. Indien nodig moet dat wel kunnen en dan is daarvoor een wettelijke basis aangewezen, zoals in Pbw en Bvt voorzien.

##### Arbeid en andere activiteiten

Het verschil in de plaats die arbeid als onderdeel van de inrichting van het regime inneemt, verklaart de verschillen tussen Pbw en Bvt. In de Wet Bopz is niets omtrent arbeid geregeld. Nadere regeling

zou moeten afhangen van de plaats van de arbeid in de inrichting en de behandeling. Wellicht is nader onderscheid noodzakelijk tussen interne en externe arbeid. Als interne arbeid verplicht wordt geacht, verdient een dergelijke plicht naar zijn aard adequate regeling en wettelijke grondslag. In de vergelijking van de wetten valt op dat de Pbw in de artikelen 43 en 47-49 een aanzienlijk verder uitgewerkte regeling bevat inzake sport, luchten, recreatie, bibliotheekvoorzieningen e.d. dan (het enkele) art. 43 Bvt, al zijn de materiele rechten min of meer gelijk, op een enkel niet onbelangrijk punt na; alleen onder de Pbw (en dus wel in een PPC maar niet in de FPC) bestaat het recht op het kennismaken van nieuws. In de regeling in de Pbw is een aanspraak op recreatie te vinden; de Bvt noemt het thema van recreatie niet. In de verder uitgewerkte regeling in de Pbw klinkt de betekenis van de (klassieke) reclassering door. Voor de vergoeding voor de kosten van onderwijs treedt het ook elders gesignaleerde verschijnsel op: voor de sector gevangenis en voor de sector TBS bestaat voor dit thema een separate nadere regeling, en wel voor elke sector één, die niet altijd de door het verschil in sector bepaalde verschillen in inhoudelijke regeling van het betreffende thema (in dit geval tegemoetkoming in de kosten van onderwijs) bevat. In de Wet Bopz ontbreekt nadere regelgeving over deze onderwerpen. Bij concrete, voor de kwaliteit van leven essentiële rechten als luchten (dagelijks de buitenlucht fysiek ervaren), kan dat opmerkelijk worden genoemd.

### **Medische en sociale verzorging, voeding en kleding**

De aanspraak op medische verzorging (naast de behandeling) van Pbw en Bvt, inclusief de aanspraak op raadpleging van een arts naar keuze (met een verschil in regeling in art. 42 lid 2 Pbw met het oog op de uitoefening ervan), is als zodanig in de Wet Bopz niet vastgelegd. Dat geldt ook de aanspraak op sociale verzorging van art. 43 lid 1 Pbw respectievelijk art. 43 lid 1 Bvt, inclusief luchten, bibliotheek, dragen van eigen kleding en aanschaf van gebruiksartikelen en de aanspraak op het zoveel mogelijk verstrekken van voedsel in overeenstemming met de godsdienst op de levensovertuiging. Erkenning (en eventuele regeling van beperking) is voor de Pbw en Bvt kennelijk belangrijker dan de impliciete waarborg voor een en ander, op basis van art. 2 Kwz, mogelijk nader uitgewerkt in huisregels, in de GGZ-sector.

Voor de aanspraak op sociale verzorging in het algemeen kan het GGZ-model voordelen opleveren, terwijl daarbinnen mogelijk een recht op voeding naar de regels van godsdienst en levensovertuiging of beperkingen op het recht tot het dragen van eigen kleding een andere benadering kunnen rechtvaardigen.

#### **4.4.3.7 Disciplinaire straffen**

Binnen de Pbw en de Bvt zijn disciplinaire straffen mogelijk, waarvan de inhoud en opzet van de regeling geen opmerkelijke verschillen laten zien die niet door de eigen aard van de sector zouden kunnen worden verklaard. Binnen de Bvt geldt als afzonderlijke grond voor oplegging een verstoring van het verloop van de verpleging (niet de behandeling).

Binnen de GGZ is niet voorzien in disciplinaire sancties. Die passen naar geldende opvattingen niet in een behandelklimaat. Voor meer beheersmatige aspecten wordt vertrouwd op mogelijkheden om passende beheersmaatregelen te nemen. Adequate regeling daarvan krijgt met deze keuze een zeker, nader accent. Deze stand van zaken in de GGZ-sector kan tot de vraag leiden of het handhaven van de mogelijkheid tot het toepassen van disciplinaire sancties in de Bvt moet worden gehandhaafd. Men

zou een vergelijkbaar uitgangspunt als voor de GGZ-sector geldt, kunnen overwegen. Daarvoor pleit ook dat uit interviews die in het kader van het onderzoek zijn gehouden, blijkt, dat binnen de TBS-sector disciplinaire straffen maar zeer beperkt tot niet worden toegepast. Zeker nu zich onder de straffen ook beperkingen van rechten bevinden die langs andere weg zijn te bewerkstelligen. Tegelijkertijd moet er, in beide sectoren, voor worden gewaakt en voldoende voor kunnen worden gewaakt dat niet verregaande beheersmaatregelen als verkapte disciplinaire straf, bijvoorbeeld langer dan als maatregel strikt noodzakelijk, worden toegepast. De evidentie van de mogelijkheid van toetsing is bovendien bij disciplinaire straffen groter.

#### 4.4.3.8 Verlof

Verlof begint als het ware waar bewegingsvrijheid als onderdeel van de interne rechtspositie eindigt. Het heeft als manier om in enige vrijheid buiten de muren van de instelling te verblijven, een sterk verband met de externe rechtspositie. Dit is in alle drie de deelgebieden zichtbaar, hoewel het verlof juist door de verschillen in externe rechtspositie een ander belang heeft en een meer of minder uitvoerige regeling kent. Het verlof wordt op deze plaats desondanks behandeld omdat met name in de TBS-sector verlof sterk samenhangt met de duur van de 'gedwongen zorg'. Om die reden is het ook bij uitstek een drangmiddel nu er voorwaarden kunnen worden gesteld aan het verlof, zoals bijvoorbeeld betreffende het gebruik van libido-remmende middelen.

Dat verlof samenhangt met de externe rechtspositie is al te zien aan de Regeling Tijdelijk Verlaten van de Inrichting, waar in art. 26 Pbw naar wordt verwezen. Voor ISD'ers in de intramurale fase geldt daarin bijvoorbeeld een aparte regeling ten aanzien van duur, frequentie en begeleiding (art. 20c). De directeur kan hierover beslissen. Dat geldt ook voor het incidenteel verlof,<sup>417</sup> regime-gebonden verlof in een (zeer) beperkt beveiligde inrichting of algemeen verlof. In art. 32 Pbw is opgesomd bij welke titels de directeur niet beslist over verlof (waaronder TBS'ers en art. 37 passanten). Dat staat voor het algemeen verlof ook in art. 14 lid 3 Pbw. Een gedetineerde komt voor algemeen verlof in aanmerking na het verstrijken van een derde deel van de (al dan niet onherroepelijke) straf en het strafrestant nog tussen drie maanden en een jaar is. De gedetineerde kan verzoeken om (een aantal) algemene verloven (max 60 uur). Weigeringsgronden staan in art. 4 Pbw. De directeur beslist ook over vervolhverlof, voorwaarden en wijzigingen in het verlofschema. Bij zijn beslissing kan hij geadviseerd worden (art. 3 Pbw, door OvJ, reclassering, hulpverleners, politie). Als de OvJ contrair negatief adviseert, moet de minister beslissen, net als over eerste verzoeken van personen die tot twee jaar of langer zijn veroordeeld, dan wel van wie het delict grote maatschappelijke onrust heeft bewerkt. Recent heeft de beroepscommissie van de RSJ in het geval van Volkert van der G. in beroep een negatieve beslissing van de staatssecretaris op het verzoek van betrokken vernietigd. De beroepscommissie overweegt dat naarmate de tijd vordert en de daadwerkelijke invrijheidstelling naderbij komt, het belang bij een goede voorbereiding op die invrijheidstelling gaat prevaleren boven de mogelijke maatschappelijke onrust en de risico's die verlofverlening met zich mee kan brengen.<sup>418</sup> Wanneer er geen contra-

---

417 Interessant is ook de mogelijkheid van incidenteel verlof voor (psycho)therapeutische behandeling (art. 28 van de regeling).

418 Beroepscommissie RSJ 10 december 2013, nr. 13/3433/GV.

indicaties zijn heeft het, op zeer summiere resocialisatie gerichte, verlof dus iets van een recht voor de gedetineerde.

### **Een directeur van een PPC over politieke invloed**

'Politieke redenen zijn ook van invloed op het plaatsingsbeleid. Indien sprake is van een mediagevoelige zaak zal de gedetineerde namelijk nooit in een GGZ instelling komen. Ook al zou het de juiste plek voor de gedetineerde zijn. Incidenten hebben invloed op de plaatsing. Daarnaast zijn incidenten ook van invloed op het beleid. Bijvoorbeeld als een TBS'er ontsnapt tijdens een proefverlof. Dan worden ineens alle proefverloven ingetrokken en het beleid met betrekking tot verloven aangescherpt. Wat één gedetineerde doet zegt echter niets over de rest. Het doet de behandeling ook niet goed als een gedetineerde door het handelen van een ander gestraft wordt. Het kan zelfs een negatief effect hebben op de behandeling.'

Ook in de Bvt is verlof geen recht, maar eerder een voorrecht. Maar in vergelijking met de Pbw wel nog sterker vanuit de administratie bekeken. Om verlof verzoeken is bijvoorbeeld als mogelijkheid in geen enkele regeling vermeld. Art. 50 Bvt bepaalt dat wanneer verlof verantwoord is gezien het teruggedrongen gevaar dat uit de psychische stoornis voortvloeit (en waarvoor de TBS is opgelegd), verlof kan worden verleend door het hoofd van de inrichting, maar slechts na machtiging van de minister. Dit systeem is kenmerkend voor de TBS met dwangverpleging, voor de TBS met voorwaarden geldt het bijvoorbeeld niet en kan de reclassering beslissen. Dit geldt zelfs wanneer de betrokkene via TBS met voorwaarden in een FPC is opgenomen; bij verlof prevaleert dus de externe rechtspositie. Binnen de TBS met dwangverpleging is verlof het instrument bij uitstek geworden om de behandelvoortgang te toetsen en is in die zin zelf een instrument van behandeling. Door de jaren heen heeft het zich ontwikkeld tot een systeem waarin voor een geleidelijke terugkeer in de samenleving alle stappen moeten worden doorlopen: begeleid, onbegeleid, transmuraal (art. 53 Rvt) en proefverlof (art. 51 Bvt) welke laatste modaliteit via de mogelijkheid na een jaar om voorwaardelijke beëindiging te vragen een nog sterkere band heeft met de externe rechtspositie. Onder invloed van de Commissie Visser naar aanleiding van verlofincidenten, is de procedure verder ingevuld met een interne verlofcommissie en het Adviescollege Verloftoetsing (AVT). Eerder al is categorale intrekking van verlofmachtigingen van een inrichting of afdeling 'gewettigd', als sprake is van een patroon van incidenten (art. 53 lid 3 Rvt), waaruit al blijkt dat in de TBS van individuele beoordelingen is af te wijken. In de Verlofregeling TBS is de eis opgenomen van een beveiligde fase, van een slachtofferonderzoek, en van de 'straf' van een jaar geen nieuwe machtiging in geval van ongeoorloofde afwezigheid. In de regeling is ook de onmogelijkheid voor longstay'ers vastgelegd om op resocialisatie gericht verlof te krijgen. Al deze nieuwe regelingen hebben een groot aandeel in de toegenomen behandelduur van de TBS. Er is daarom n.a.v. 'Het manifest van Lunteren'<sup>419</sup> een werkgroep opgericht om tot aanbevelingen te komen om het verloftraject te versnellen. Alleen al in de communicatie tussen alle betrokken partijen (kliniek, ministerie, AVT) en in meer individueel maatwerk - niet allerlei verschillende patiënten door dezelfde langjarige mallemolens halen met meer

---

419 Een manifest dat uitvloeisel was van de werkconferentie Recht & TBS van 8 november 2013, waarbij alle partijen betrokken bij de tenuitvoerlegging van de TBS vertegenwoordigd waren.

valkuilen dan een ganzenbord - is winst te halen. Vaker sneller verlof verlenen is ook als prestatie-indicator in de financiële afspraken tussen ministerie en veld opgenomen.

Het systeem, waarin het hoofd van de inrichting dat gaat over individuele verloven en de minister over de machtiging, heeft gevolgen voor de formele rechtspositie. Intrekken van het verlof door het hoofd van de inrichting is alleen vatbaar voor beklag als het een week heeft geduurd of proefverlof betreft (art. 56 lid 2 Bvt). (Volgens vaste rechtspraak van de RSJ is slechts tegen intrekking van een korter durend verlof beklag mogelijk indien dat verlof door een tekort aan personeel niet doorging.) Tegen intrekking van een dergelijk lang verlof door het hoofd van een particuliere inrichting, dan wel tegen de intrekking van de machtiging door de minister, is direct beroep mogelijk bij de RSJ (art. 69 Bvt).<sup>420</sup> Tegen het niet aanvragen van verlof door de kliniek is, anders dan bemiddeling of wellicht een kort geding, geen rechtsmiddel mogelijk; tegen het weigeren van de minister om op een aanvraag te beslissen, zal ook alleen een kort geding uitkomst kunnen bieden.

De TBS is een beveiligingsmaatregel en dan is verlof een punt dat aparte regeling rechtvaardigt. Tegelijk: eerder is al geconstateerd dat de politieke en media-aandacht bij de TBS de aandacht voor beveiliging zo heeft doen toenemen dat het verschil, bijvoorbeeld met de GGZ heel groot is (maar een GGZ-incident trekt ook geen media-aandacht). Te veel nadruk op beveiliging kan afbreuk doen aan het behandelaspect van de TBS en aan het bereiken van de doelstellingen van de Wfz. Ook vanuit de advocatuur is wel betoogd dat het verlof meer als een recht zou moeten worden gezien.<sup>421</sup> Zeker gezien de invloed van het verlof op de duur van de vrijheidsbeneming zou vanuit het oogpunt van doorstroom een sterkere rechtspositie ten opzichte van verlof zijn aan te bevelen, qua redenering analoog aan de versterking van de rechtspositie ten opzichte van longstay in 2009.

### **Een advocaat over verlof bij TBS dwangverpleging**

'Bij verlof gaat er een brief naar de nabestaanden. Ik ken een voorbeeld van een nabestaande die steeds de pers opzoekt, waardoor het verlof weer werd ingetrokken. De transparantie van de regeling is op zich goed, maar door diezelfde transparantie komt het verlof in de knoop. De advocaat wordt bij dit proces als bemiddelaar ook af en toe betrokken in het gesprek met de nabestaanden en de kliniek. Er heerst veel angst om de persoon tegen te komen tijdens het verlof terwijl het verlof bijvoorbeeld aan de andere kant van het land wordt uitgevoerd. Van wraakgevoelens is daarnaast ook af en toe sprake. Nabestaanden eisen dat de TBS-gestelde nooit meer de kliniek uitkomt. Het Ministerie is gevoelig voor prikkels van de media waardoor het verlofbeleid erg rigide is. Ik maak het mee dat de psychiater mij opbelt over een machtiging van het verlof die niet afgegeven wordt. Ik leg dan uit dat de advocaat er niet veel mee kan. Het beleid is nog strikter geworden doordat Teeven de nieuwe regel in heeft gesteld dat wanneer een persoon zich een keer onttrekt, hij een jaar binnen moet blijven. Er wordt al gesproken van onttrekking wanneer een andere winkel dan afgesproken wordt aangedaan tijdens het verlof. De kliniek moet dan de regels van onttrekking volgen en kan hier niks aan doen doordat de regels zo strikt zijn. De adviescommissie kan het rigide karakter van het beleid niet

---

420 Voor een meer uitgebreide beschrijving, zie Raes & Van der Wolf 2013.

421 Heidanus 2012.

tegegaan. Zij worden in politiek gevoelige zaken nogal eens overruled door het ministerie. <sup>4</sup>

Ook voor de Forensische GGZ geldt dat voor verlof de externe rechtspositie leidend is. Zo is voor voorwaardelijke strafrechtelijke sancties (inclusief TBS) de reclassering beslissingsbevoegd. Voor terbeschikkinggestelden met dwangverpleging stelt de schakelbepaling van art. 51 lid 2 Wet Bopz expliciet dat verlof door de geneesheer-directeur wordt verleend (de gewone situatie onder de Wet Bopz) maar wel in overeenstemming met de Minister van VenJ. Dat geldt evenzeer voor overgeplaatsten vanuit detentie op basis van 15 lid 5 Pbw. Wanneer gesproken wordt over harmonisatie van interne rechtsposities is het, gezien het verband met de externe rechtspositie, niet voor de hand liggend verlof daarin mee te nemen.<sup>422</sup>

#### **4.4.3.9 Bemiddeling, beklag en beroep; vertegenwoordiging en informatievoorziening**

Binnen de justitiële sectoren van gevangeniswezen (Pbw) en TBS (Bvt) geldt een uitgewerkt, en in de kern gelijk systeem van beklag en beroep bij de CvT c.q. in hoger beroep of in eerste aanleg en in zoverre direct, bij de verschillende beroepscommissies uit de RSJ (vaak waar het niet beslissingen van de directeur/het hoofd betreft of het om 'zware' inbreuken gaat). Er is sprake van met verschillende waarborgen omklede, administratieve rechtspraak die nader in de beide wetten en de uitvoeringsregelingen geregeld is. Die verdere uitvoering is in grote onderdelen van de regeling gelijk. Toch zijn er ook verschillen in het bijzonder in de reikwijdte van het klachtrecht tussen deze beide sectoren. Anders dan de Pbw kent de Bvt geen beklagrecht tegen vrijwel elke directeursbeslissing. Beklag is alleen mogelijk in de gevallen als bedoeld in art. 56 lid 1 Bvt. Dit verschil gaat terug op het feit dat er in de Bvt uitdrukkelijk voor is gekozen aan de verpleegde niet een recht te verschaffen, maar anders dan in de Pbw, aan de directeur een zorgplicht op te leggen. Vergelijk bijvoorbeeld de formulering van art. 43 Pbw met die van art. 43 Bvt inzake de formulering van de aanspraak op sociale verzorging. In die gevallen van zorgplicht, is geen beklag mogelijk maar introduceert de Bvt – ook weer in onderscheid met de Pbw – de mogelijkheid van bemiddeling (art. 55 Bvt), die overigens ook bij een klacht door de beklagcommissie kan worden ingeroepen. De wetgever heeft voor dit onderscheid gekozen om de rechtsbescherming niet te zeer de behandeling in de weg te zitten, en niet om beklagen en beroepsrechten feitelijk onmogelijk te maken. In zoverre is sprake van een sectorspecifiek verschil. Echter, in de situatie waar de duur van de vrijheidsbeneming afhankelijk is van de voortgang van de behandeling wreekt het zich in deze constellatie dat tegen de wijze van behandeling geen effectief rechtsmiddel bestaat. De tweede evaluatie van de Bvt (2009) leidde dan ook tot het voorstel om het recht op behandeling in de Bvt verder uit te werken, door bijvoorbeeld een aantal zorgplichten als materiële rechten te formuleren. Dit geldt nog sterker voor verlof als belangrijkste instrument van behandeling.<sup>423</sup>

---

422 Ook in het harmonisatievoorstel van GGZ-Nederland tussen BVT en BOPZ werd verlof niet meegenomen.

423 Van der Hoek e.a. 2009.



### Een lid van de CvT van een FPC over bemiddeling

'Bemiddeling kan ook zonder klacht. De maandcommissaris die betrokken is bij de bemiddeling is niet betrokken bij de behandeling van de klacht. Succesvolle bemiddeling wordt gemeld in de maandvergadering maar niet succesvolle bemiddeling wordt niet gemeld zodat de rest van de commissie niet wordt beïnvloed. Op die manier wordt getracht de neutraliteit van de commissie te waarborgen.'

Overigens geldt voor veel beslissingen dat beklag of beroep de uitvoering van de beslissing niet schorst. Hiervoor moet een verkorte procedure worden doorlopen bij de voorzitter van de beroepscommissie (art. 64 Bvt resp. 66 Pbw).

De verschillen tussen Pbw en Bvt vallen in het niet, als men de verschillen inzake de regeling van de formele regeling van beklag en beroep in de forensische GGZ, op grond van de Wet Bopz beziet, zoals beschreven in hoofdstuk 3. Een klacht is mogelijk bij het bestuur van de inrichting die een commissie met de behandeling van en beslissing op de klacht belast, een en ander volgens de nadere regeling in de Wet Bopz welke op onderdelen afwijkt van de regeling van de beide andere sectoren. Na de klachtencommissie kan de zaak aan de gewone rechter (de rechtbank) worden voorgelegd, maar alleen door de patiënt. Daarmee treedt een belangrijk verschil in met de regeling in Pbw en Bvt waar de directeur tegen een uitspraak van de beklagcommissie uit de commissie van toezicht in beroep kan gaan bij de RSJ. Dat versterkt de mogelijkheden van het uitlokken van adequate jurisprudentie.<sup>424</sup> In de Wvggz en de WZD wordt deze aldus ingerichte modaliteit voortgezet. De regeling in de GGZ-sector, met name ook art. 10:3 Wvggz wijkt nogal af van de regelingen op grond van Pbw en Bvt waar ook de nodige andere personen dan de patiënt zelf, zich tot de klachtencommissie kunnen wenden.

In feite hoeft de regeling van de klachtencommissie (GGZ) en de beklagcommissie (Pbw en Bvt) elkaar in hun rol in eerste aanleg elkaar niet zo veel te ontlopen. Wat noodzakelijk is, is een dicht bij de inrichting/patiënt staande mogelijkheid van formeel beklag in eerste aanleg tegen een aantal beslissingen, aan welke formele mogelijkheid in alle sectoren ruime mogelijkheden van informele afdoening en bemiddeling vooraf dienen te gaan. Daar zijn alle sectoren mee gebaat. Een materiële regeling (waartegen kan wie beklag doen en op welke gronden), zal nadere invulling per sector behoeven. Binnen de GGZ speelt ook de patiëntvertrouwenspersoon (PVP) een belangrijke rol in dat kader, een figuur die in de andere sectoren van Pbw en Bvt niet aanwezig is.

De uitwerking en invulling van een aantal formele aspecten die de kwaliteit van de inrichting van beklagrechtspreek bepalen (termijnen van indiening en beslissing, schorsingsmogelijkheid, regels omtrent de samenstelling van de commissie met het oog op onafhankelijkheid en expertise, wellicht ook regeling van verschoning en wraking e.d.), zouden zich, wellicht neergelegd in verschillende regelingen, al weer meer lenen voor zoveel mogelijk uniformering.

---

424 In de het derde evaluatierapport van de Wet Bopz (p. 69) uit 2007 wordt de ontwikkeling van een beroepsmogelijkheid (reeds) wenselijk geacht.

### **Een patiënt in een FPC over klachtrecht**

'Ik heb een klacht ingediend bij de maandcommissaris. Die klacht ging over het niet kunnen bestellen van goederen. Ik was het niet eens met de huisregels waarin dit verboden werd. Bestelde goederen zijn toch niets anders dan post. Met mijn klacht is nooit wat gedaan. Ik heb nooit een duidelijk antwoord gekregen.

Even belangrijk voor de kracht van de formele rechtspositie als de wettelijke regeling is hoe er in de praktijk mee omgegaan wordt. Houdt men zich aan termijnen, wordt er echt iets gedaan met klachten? Problematisch hierbij is dat er niet vaak sprake is van goede rechtsbijstand op dit punt. Dit heeft onder andere met de regeling van financiering door de advocatuur te maken, waarbij optreden tijdens beklag- en beroepszaken niet wordt bekostigd door de Staat.

### **Een advocaat over klachtrecht in een FPC**

'Ik dien een klacht in als de cliënt het echt wil. Ik wil de cliënt niet afvallen, ook al is het vaak vrij duidelijk dat een klacht indienen geen zin heeft. Bijvoorbeeld een klacht tegen een psychiater over de bijwerkingen van medicatie. Er worden dan zittingen belegd met veel dure mensen, een advocaat schrijft stukken vol voor de verdediging terwijl het allang duidelijk is wat de uitkomst is. Hierdoor ben ik geen voorstander van klachten doorzetten. Het is een ander verhaal bij het weigeren van verlof of bezoek, waarbij het evident is dat de cliënt in zijn rechten wordt aangetast. Ik heb nog maar twee keer een cliënt ondersteund in een beroep bij de RSJ. Ik raad het de cliënten vaak af, maar als ze het toch willen, dan ga ik er geen tijd in stoppen en dan doen ze het zelf. Er zijn advocaten die de klachtprocedure zelfs standaardiseren en voor elke type klacht een format hebben liggen. Cliënten voelen zich dan gehoord. Ik schat dat op de 100 patiënten er ongeveer 10 zijn die veel klagen. Ik vraag in eerste instantie aan de cliënt of hij terugbelt als hij de klacht na een week nog wil indienen. Vaak hoor ik er dan nooit meer wat van. Het komt ook voor dat cliënten hierdoor naar een andere advocaat stappen.'

Juist waar de tenuitvoerlegging, zoals in de TBS en in de GGZ, zo van belang is voor de duur van de vrijheidsbeneming, is goede vertegenwoordiging vereist. De PVP in de Wet Bopz vervult in die zin een belangrijke rol. De Tweede Kamer stemde ooit ook voor de aanwezigheid van vertrouwenspersonen in TBS-klinieken omwille van interne veiligheid,<sup>425</sup> maar daar is helaas niets meer van vernomen.

---

425 *Kamerstukken II*, 2008/09, 29452, nr. 113 (motie van Joldersma en Bouwmeester, alleen de VVD was tegen):

'constaterende, dat er momenteel in forensische zorgcentra geen onafhankelijke vertrouwenspersonen zijn en in Bopz-instellingen wel; overwegende, dat TBS'ers signalen over onder andere drugshandel en drugsgebruik in vertrouwen moeten kunnen melden zonder het risico te lopen, slachtoffer te worden van de represailles van de betrokkenen; verzoekt de regering te bevorderen dat om redenen van interne veiligheid er in forensische zorgcentra ook vertrouwenspersonen komen.'

### **Een lid van de CvT van een FPC over vertegenwoordiging**

‘Voor wilsonbekwamen moet een wettelijke vertegenwoordiger worden gezocht. Het aanstellen van een wettelijk vertegenwoordiger is in de forensische zorg moeilijker dan in de reguliere GGZ. De familie is namelijk vaak mede slachtoffer. Het is discutabel of zij objectief kunnen oordelen over zaken die de wilsonbekwame persoon aangaan. Het is in dergelijke zaken beter als een advocaat die rol op zich neemt. Hij is namelijk een goede belangenbehartiger die de weg kent in het systeem.’

Kelk onderscheidt in zijn handboek Detentierecht drie fundamentele elementen voor de formele rechtspositie van de justitiabele. 1. De heldere explicitering van materiële rechten 2. Procedures om inbreuken op die rechten aan te vechten, en 3. Informatievoorziening over de interne rechtspositie.<sup>426</sup> Vooral ook dat laatste fundament, vaak minder stevig in wettelijke kaders gegoten, is een kwetsbare schakel in het geheel van rechtsbescherming.

### **Een lid van een CvT van een FPC over informatievoorziening**

‘Patiënten zijn heel vaak niet goed op de hoogte waarover ze wel en niet kunnen klagen. Bij de intake krijgen patiënten daarover de benodigde informatie maar het is de vraag of dat werkt. Daarnaast is de informatie beschikbaar in een informatiemap; dat hoort tenminste zo te zijn. Of informatie goed blijft hangen bij de patiënt hangt mede af van de intelligentie en toestand van de patiënt. De kliniek kan er soms dus ook niet veel aan doen dat patiënten niet goed geïnformeerd zijn. Indien patiënten verkeerd zitten bij de beklagcommissie worden ze daarom ook doorverwezen naar hun advocaat zodat ze wel op de juiste plek terecht kunnen. Op de afdeling zijn de begeleiders vaak erg gemakzuchtig ten aanzien van klachten. Tegen patiënten wordt rustig gezegd: ‘Als je het er niet mee eens bent, ga je maar naar de maandcommissaris’. Dit geeft de indruk dat ze niet bang zijn voor klachten. De houding van de begeleiders kan ook voortkomen uit het oogpunt van conflict vermijden. Men moet namelijk niet vergeten dat het wel gaat om TBS patiënten. Het formulier om in te tekenen voor contact met de maandcommissaris behoort op de afdeling te zijn. De kliniek doet zijn best maar het kan voorkomen dat dit ontbreekt. In het verleden kwam dit geregeld voor. Tegenwoordig is het een eind beter. Bij het behandelen van beklag zijn de doorlooptijden problematisch.’

Mede daarom is in de in het kader van dit onderzoek gehouden enquête veel aandacht aan die informatievoorziening besteed. Hieronder volgen enkele resultaten.

---

426 Kelk 2008.

Tabel 4.13: Wie informeert in de praktijk de cliënt over de volgende onderwerpen?

	TBS/FPC	GW/PPC	FGGZ/FPK/FPA
<b>A: Dwangmogelijkheden opgenomen in behandel-/ondersteuningsplan</b>			
	N=43	N=3	N=46
Rechter	2%	–	4%
Advocaat	–	–	–
Pedagoog psycholoog gedragsdeskundige	54%	33%	37%
Psychiater	12%	33%	46%
Begeleider sociotherapeut	26%	33%	9%
Vertrouwenspersoon maandcommissaris	–	–	–
Anders	–	–	2%
Weet niet	5%	–	2%
<b>B: Verlofmogelijkheden</b>			
	N=43	N=3	N=44
Rechter	5%	–	2%
Advocaat	–	33%	–
Pedagoog psycholoog gedragsdeskundige	42%	33%	41%
Psychiater	–	–	23%
Begeleider sociotherapeut	42%	33%	27%
Vertrouwenspersoon maandcommissaris	–	–	–
Anders	9%	–	7%
Weet niet	2%	–	–
<b>C: Mogelijkheden om klachten in te dienen</b>			
	N=43	N=3	N=46
Rechter	–	–	–
Advocaat	5%	–	2%
Pedagoog psycholoog gedragsdeskundige	5%	67%	13%
Psychiater	2%	–	11%
Begeleider sociotherapeut	50%	33%	39%
Vertrouwenspersoon maandcommissaris	30%	–	26%
Anders	9%	–	9%
Weet niet	–	–	–
<b>D: De mogelijkheden voor rechtsbijstand</b>			
	N=43	N=3	N=44
Rechter	–	–	–
Advocaat	47%	33%	28%
Pedagoog psycholoog gedragsdeskundige	7%	33%	17%
Psychiater	–	–	9%
Begeleider sociotherapeut	14%	–	17%
Vertrouwenspersoon maandcommissaris	9%	–	15%
Anders	5%	33%	11%
Weet niet	19%	–	2%
<b>E: Beroepsmogelijkheden</b>			
	N=43	N=3	N=46
Rechter	–	–	–
Advocaat	30%	33%	26%
Pedagoog psycholoog gedragsdeskundige	7%	33%	17%
Psychiater	–	–	13%
Begeleider sociotherapeut	19%	–	17%
Vertrouwenspersoon maandcommissaris	9%	–	9%
Anders	–	33%	13%
Weet niet	14%	–	4%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Deze resultaten sluiten aan bij de verwachtingen op basis van de onderscheiden aard van de sectoren. Binnen de TBS zijn hoofden behandeling vaker psychologen, terwijl ten aanzien van de vormgeving van de behandeling (en dus ook de informatievoorziening daarover) in de GGZ kennelijk de psychiater leidend is. Het is ook verklaarbaar dat in de TBS hetzelfde hoofd behandeling ook de belangrijkste informant is over verlof, dat in deze sector nadrukkelijk als behandelinstrument geldt, terwijl in de GGZ de psychiater daar weer wat minder nadrukkelijk de aangewezen informant voor is. De mensen die op de afdeling werken (sociotherapeuten, begeleiders) zijn wellicht vanuit hun band met de betrokkene - en mogelijke aanwezigheid bij de directe aanleiding voor een klacht – ook logischerwijs degenen die op beklagmogelijkheden wijzen. Als het traject vervolgens verder gaat richting (bijstand bij) een beklagzaak en beroep, dan heeft in beide sectoren de advocaat logischerwijs de belangrijkste rol. Hierbij moet wel worden aangetekend dat de advocaat dan wel eerst betrokken moet zijn of worden bij dergelijke situaties in de tenuitvoerlegging, hetgeen in ieder geval in de TBS niet altijd het geval is. Uit de onderstaande tabel blijkt overigens dat in beide sectoren een substantieel deel van de respondenten twijfelt of cliënten de informatie begrijpen.

*Tabel 4.14: Informatie hierover is begrijpelijk voor cliënt*

	TBS/FPC N=43	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=46
Geheel mee eens	2%	33%	4%
Mee eens	40%	–	39%
Niet mee eens, niet mee oneens	37%	–	37%
Mee oneens	19%	–	15%
Geheel mee oneens	2%	67%	4%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

De onderstaande tabellen gaan over de situatie dat daadwerkelijk een klacht wordt ingediend en wat daar dan de gevolgen van kunnen zijn. In TBS en forensische GGZ wordt ten aanzien van de frequentie van klachten maandelijks het meest conform de werkelijkheid geacht, terwijl de paar respondenten uit het gevangeniswezen ‘wekelijks’ invullen. Klachten in TBS en forensische GGZ leiden in ongeveer de helft van de gevallen niet tot verandering van beleid op de afdeling, noch tot aanpassing van het individuele behandelplan.

Tabel 4.15: Hoe vaak worden klachten op uw afdeling/groep ingediend?

	TBS/FPC N=43	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=44
Dagelijks	2%	–	–
Wekelijks	19%	100%	14%
Maandelijks	47%	–	46%
Eens per half jaar	21%	–	32%
Minder vaak dan eens per half jaar	12%	–	9%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Tabel 4.16: Het is het afgelopen jaar voorgekomen dat het beleid van mijn afdeling/groep is aangepast naar aanleiding van een klacht die een cliënt had ingediend.

	TBS/FPC N=43	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=44
Ja	44%	33%	27%
Nee	47%	67%	55%
Niet van toepassing	9%	–	18%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Tabel 4.17: Het is het afgelopen jaar voorgekomen dat het behandelplan/de behandeling van een cliënt is aangepast naar aanleiding van een klacht die die cliënt had ingediend.

	TBS/FPC N=43	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=43
Ja	37%	67%	37%
Nee	49%	33%	47%
Niet van toepassing	14%	–	16%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

#### 4.4.3.10 Toezicht

Het toezicht op de sectoren gevangeniswezen en TBS lijkt op elkaar. Een Commissie van Toezicht van een inrichting houdt toezicht op de wijze van tenuitvoerlegging in die inrichting en adviseert daarover aan de directeur/het hoofd, het ministerie en de RSJ (art. 7 Pbw, resp. 10 Bvt). De commissie behandelt ook de klachten en is voor de TBS ook de uitvoerder van bemiddeling. Ook dienen enkele vormen van dwang (zoals bijvoorbeeld de dwangbehandeling en bevestiging van mechanische middelen) bij de CvT gemeld worden. De RSJ is naast beroepsinstantie ook adviseur. In de Bvt staat in art. 8 nog vermeld dat de minister toezicht houdt op verpleegden in particuliere inrichtingen, hetgeen voor gevangenis niet aan de orde is aangezien die geen private instellingen kunnen zijn. Dat

verklaart ook de artikelen 5 en 6 Rvt, waarin voor de sector TBS een verdergaande registerplicht opgenomen is dan in de sector gevangeniswezen geldt. Deze registerplicht kan worden gezien in het licht van het toezicht op FPC's die ook, anders dan PI's, private instellingen kunnen zijn.

Op het punt van toezicht hebben de sectoren gevangeniswezen en GGZ onder de huidige regelingen nog net een sympathiek onderdeel gemeen, dat hier niet onvermeld mag blijven. Op grond van art. 571 lid 3 Sv en de artikelen 67 en 68 Wet Bopz hebben de officieren van justitie een zekere taak om er op toe te zien dat in de verschillende inrichtingen niemand wederrechtelijk wordt opgenomen. Voor beide sectoren sneuvelt deze taak voor de officieren van justitie (niet het toezicht) in komende wetgeving. Wat blijft is het belang dat rechters en officieren van justitie zich, in alle sectoren, van de situatie in de verschillende inrichtingen door persoonlijke ervaring op de hoogte (zouden) moeten blijven stellen.

Ook buiten de beginselenwetten om zijn er toezichthouders actief. Niet van belang ontbloeit is de zelfevaluatie door, met name private, instellingen in vereniging (denk aan het LBHIV). Ook is er de Inspectie voor de Sanctietoepassing, die sinds enkele jaren is opgegaan in de Inspectie voor Veiligheid en Justitie. Die is bijvoorbeeld verantwoordelijk voor het Forensisch Psychiatrisch Toezicht. Daarnaast doet deze inspectie verschillende typen onderzoek: systematisch toezicht op een justitiële inrichting of vestiging van de reclassering (welke taak vanwege bezuinigingen onder druk staat), eventueel vervolgonderzoek, incidentenonderzoek (al dan niet samen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ); die samenwerking is geïntensiveerd) en themaonderzoek. Een voorbeeld van het laatste is het onderzoek naar TBS in het gevangeniswezen in samenwerking met IGZ.<sup>427</sup> Want daar waar, met name in de TBS, de kwaliteit van het medisch handelen en de organisatie van de gezondheidszorg in de inrichting en het belang van de verpleegde als patiënt in het geding is, bevindt zich het toezichtsterrein van de IGZ. Zij heeft ook een eigen forensisch team, dat bijvoorbeeld ook aanbevelingen doet aan de PPC's, zoals terugdringen van dwang. Binnen de Bopz is de IGZ de belangrijkste toezichthouder (ook de Middelen en maatregelencommissie speelt in de sector een toezichthoudende rol, net als de PVP). In de TBS houdt de IGZ bijvoorbeeld ook toezicht op het verplegings- en behandelingsplan (16 Bvt) en het verpleegdedossier (19 Bvt en 25 e.v. Rvt). Het toezicht van de IGZ geschiedt op verschillende wijzen, uiteraard ook via algemeen toezicht (doorlichtingsonderzoek) en incidentgericht. Maar bijvoorbeeld bij de toepassing van dwangmedicatie moet dat gemeld worden bij de IGZ, terwijl zij ook onderzoek doet naar de zorgvuldigheid van de beslissing tot dwangbehandeling en de uitvoering daarvan, na afloop van de dwangbehandeling.

### **Een directeur van FPA over toezicht op dwang**

'Alle dwangmaatregelen moeten tot in detail geregistreerd worden via ARGUS, bijvoorbeeld het exacte aantal minuten dat een patiënt in de separeer heeft gezeten. Ook in het behandelplan moet expliciet opgeschreven worden welke maatregelen opgelegd kunnen worden. De registratie én aanwezigheid van verpleging is zo strikt geregeld dat veel FPA's er niet aan kunnen voldoen. Het

---

427 Ist/IGZ 2006.

strikte toezicht door de IGZ heeft als gevaar dat teveel op de details gelet wordt en niet op de behandeling van de patiënt.’

Daarnaast kan bij de IGZ een klacht worden ingediend, die zij overigens niet zelf behandelt maar doorverwijst naar de juiste klachteninstantie of als aanleiding ziet voor onderzoek. Ook kunnen er klachten bij de tuchtrechter of ombudsman terecht komen, ook rechtstreeks van patiënten. Ook is er op grond van het OPCAT verdrag het Nationaal Preventie Mechanisme actief, waarin onder meer IGZ, IvenJ, OM & Inspectie jeugdzorg vertegenwoordigd zijn, terwijl onder andere de nationale ombudsman toebehoort is. Het Europees Comité tegen Foltering is van belang voor de behandeling van alle personen die door de overheid van hun vrijheid beroofd worden gehouden, en werkt dus ‘over de sectoren’ heen.

#### 4.4.3.11 Conclusie ten aanzien van harmonisatie

Zo men de voornaamste bevindingen op van deze paragraaf op een rij wil zetten, dan zou zulks tot de navolgende hoofdlijnen en conclusies leiden:

- De Pbw en de Bvt verschillen in de formulering van de gronden die in beide beginselenwetten nogal eens wordt gehanteerd ter beperking van rechten. Dat consequente verschil vloeit voort uit het verschil in aard van de beide sectoren.
- Daarop kan ook het verschil tussen beide regelingen worden teruggevoerd van toekenning van rechten (Pbw), terwijl de Bvt nogal eens uitgaat van het formuleren van een zorgplicht voor de directie.
- De verschillende wettelijke regelingen van aspecten van gedwongen zorg voor Gevangeniswezen, de TBS en de onder de GGZ-sector vallende forensische GGZ, verdienen zo langzamerhand heroverweging ten aanzien van bestaande verschillen.
- Waar concrete thema’s als urinecontrole e.d. zich voor de verschillende sectoren in nadere, maar van elkaar onderscheiden regeling mogen verheugen, kan de niet eens zo heel erg diepgravende speurder gemakkelijk op niet door het verschil in de aard van de sectoren teruggaande verschillen ontdekken.
- Nader zal moeten worden beslist aan welke mogelijkheden tot beperking van rechten binnen de (forensische) GGZ behoefte is.
- Het model van regelgeving van rechten en inbreuken verschilt reeds tussen Pbw en Bvt enerzijds en de Wet Bopz anderzijds. De geheel andere opzet van de Wvvgz maakt door de afstand van de forensische GGZ tot het gevangeniswezen en de TBS er niet kleiner op en is tegen de achtergrond van het EVRM kwetsbaarder. Een vergroting van de afstand tussen regeling in de forensische zorg ten opzichte van gevangeniswezen en TBS, bevordert het dynamisch model van forensische zorg niet. Dat geldt ook, zo bleek in 4.3. voor het beroep dat art. 2:3 Wfz op de strafrechter doet om de zorgmachtiging concreet in te vullen. De eisen van de Wvvgz zijn vanuit die wet bekeken, begrijpelijk, maar het is de vraag of zij niet een belemmering zullen zijn voor veelvuldig en gemakkelijk gebruik van art. 2:3 Wfz.
- Informele en formele klachtenbehandeling dichtbij de inrichting kan voor materiële aspecten een afzonderlijke regeling vereisen waarin per sector noodzakelijke verschillen worden gemaakt. Voor formele aspecten als termijn van beslissen, waarborg voor de samenstelling van de commissie e.d., geldt de evidentie van sectorverschillen niet.



- Met name het verschil in rechtsgang na de klachtencommissie/beklagcommissie uit de CVT, dat wil zeggen – kort gezegd – RSJ of gewone rechter, valt niet uit het verschil in aard van de sectoren te verklaren. Voor die tweede aanleg (beroep na beklag) kan hooguit een keuze voor rechtbank respectievelijk RSJ naar de aard van de materie voor de hand liggen. De ten opzichte van de gewone rechter meer informele maar materie-betrokkenheid van de RSJ heeft enerzijds binnen GW en TBS zijn waarde bewezen. Via de gewone rechtspraak kan wellicht anderzijds het oordeel van de Hoge Raad, al dan niet via cassatie in het belang der wet, worden ingeroepen, hetgeen bij uitleg en eenvormige toepassing van nieuwe wetgeving van belang kan zijn.<sup>428</sup> Daar waar zorg dominant is, lijkt het instrument van bemiddeling (sterker in combinatie met een PVP) haar waarde te bewijzen, maar nadrukkelijker als mogelijke voorfase dan als voorgeschreven eindstation.

Harmonisatie van de interne rechtspositie over de drie deelgebieden van forensische zorg lijkt dus mogelijk. Voor aspecten die te zeer de externe rechtspositie raken, zoals verlof, ligt dat gemakkelijk anders. Dat was ook het voorstel van een werkgroep van juristen van (instellingen van) GGZ-Nederland (inclusief de FPC's) ten aanzien van de harmonisatie van de Bvt en de Bopz.<sup>429</sup> Rechtsongelijkheid, onduidelijkheid en belemmering voor grensverkeer lagen ten grondslag aan een visie, waarbij rechten en gronden voor inperking benoemd worden en per individu toegepast. 'Aldus zijn zowel uit de Wet Bopz als uit de Bvt de sterke kanten behouden, de zwakke plekken eruit gehaald en hiaten aangevuld', zo wordt geclaimd. Hierbij speelde ook zeker de gevoelde behoefte aan een steviger kader in de reguliere GGZ in bepaalde gevallen een rol, hetgeen ook verklaart waarom op onderwerpen nogal eens de regeling uit de Bvt wordt gekozen.

### **Psychiater in de Forensische GGZ over tekortkoming Bopz**

'De Bopz is geschreven voor de gemiddelde patiënten. De rechten zijn hier ook voor ingericht. Op het moment dat een zwaardere zorg vereist is, schiet de Bopz tekort. Er ontstaat dan een spanningsveld tussen de rechten van een patiënt en de vereiste behandeling. De Bopz wordt de behandelaren een last.'

In het voorstel worden de volgende onderwerpen behandeld, omdat die kennelijk in de praktijk het meeste problemen veroorzaken:

- 1 Formaliteiten bij behandeling: informatieplicht, behandelverantwoordelijke, huisregels, dossievoering, etc.: alleen al het gebruik van verschillende termen rond dossiers en verschillende regelingen, maken overdracht van informatie moeilijk.
- 2 Contact met de buitenwereld (bezoek, post, telefoon, etc.) : aangesloten wordt bij de ruimere inperkingsgrond van de Bvt ten opzichte van post bijvoorbeeld.

---

<sup>428</sup> In de nieuwe instellingswet voor de RSJ zal naar verluid worden voorgesteld de mogelijkheid te openen om tegen beslissingen van de RSJ cassatie in belang der wet mogelijk te maken.

<sup>429</sup> Eindversie voorstel harmonisatie rechtsposities GGZ-Nederland 2009. Ten behoeve van dit rapport zal het voorstel op de site van GGZ-NL worden geplaatst.

- 3 Bewegingsvrijheid en vrijheden binnen een instelling: er worden bijvoorbeeld voor een ‘deur dicht beleid’ een aantal gronden gegeven, zoals nieuwe opname. Disciplinaire straffen worden geschrapt.
- 4 Dwangbehandeling: aansluiten bij Wet Bopz, zoals nu al grotendeels het geval is.
- 5 Overige verzorging (somatisch, geestelijk, etc.) verblijf in de buitenlucht, activiteiten en werkzaamheden: meer rechten geformuleerd dan thans in de Wet Bopz zijn opgenomen.
- 6 Privacy en lichamelijke integriteit (onderzoek aan kleding, lichaam, verblijfsruimte, goederencontrole, etc.) : meer mogelijkheden dan thans in de Wet Bopz zijn opgenomen.
- 7 Klachtenregeling: er wordt gekozen voor bemiddeling door een vertrouwenspersoon en beroep bij de RSJ.

De vergelijking in ons onderzoek lijkt er niet aan in de weg te staan om daar waar op een afdeling gedwongen zorg dominant is in het gevangeniswezen, eenzelfde eenvormige interne rechtspositie van toepassing te verklaren. Dit past bij de wens tot meer op recidivevermindering gerichte behandeling in gevangeniswezen en ISD, zodat niet straf/civiel, maar straf/zorg dan de relevante onderscheiding is (voor het gevangeniswezen in ieder geval passend bij het financieringssysteem). Ook past het bij de bestaande constructie dat dwangbehandeling onder de Pbw slechts mogelijk is na overplaatsing naar een PPC.

#### **Een directeur van een PPC over de populatie**

‘In het PPC zit bijvoorbeeld een langdurig gedetineerde die zorg nodig heeft in een rustige en stabiele omgeving. Nu ziet hij iedere drie maanden iedereen vertrekken. De constante wisseling is niet goed voor zijn situatie. Op dit moment zijn er wel mogelijkheden om verkeerd geplaatste gedetineerde naar de juiste instellingen te krijgen. Dat is echter een uitzondering die via een GGG commissie (commissie voor Geestelijk Gestoorde Gedetineerden) loopt. Zonder een forensische titel kunnen gedetineerden dan in een andere instelling komen. In de praktijk blijkt dat zeer moeilijk.’

#### **Afsluiting**

Het bovenstaande geeft meer dan genoeg aanleiding tot het formuleren van enige denklijnen voor verdere rechtsvorming en –ontwikkeling. Daarop wordt in het slothoofdstuk terug gekomen.

## **4.5 Analyse**

### **4.5.1 Inleiding**

In het voorgaande is in onderdeel 4.1. een algemeen overzicht van het veld en van de ontwikkelingen daarin gegeven, gevolgd door een beschrijving van de externe rechtspositie, het grensverkeer en de interne rechtspositie van de sector forensische zorg voor volwassenen. Binnen deze sector is sprake van drie deelgebieden: gevangeniswezen, TBS en forensische GGZ. De forensische GGZ maakt daarbij in de wettelijke regeling deel uit van de civiele GGZ die in hoofdstuk 3 is besproken. In zoverre komen in dit hoofdstuk verschillen tussen de drie deelgebieden van forensische zorg als sector aan de orde, alsmede reeds enkele voorzetten voor de analyse van sector-overstijgende thema’s.

De sector is sterk in beweging en dat is van groot belang voor het antwoord op de vraag wie, wanneer, op welke titel, waar terecht kan komen, wie dat op grond van welke criteria bepaalt, en onder welke (externe maar ook interne rechtspositie) iemand dan valt. Dat rechtvaardigde een uitgebreidere uiteenzetting daarover in de inleiding en aparte aandacht voor 'grensverkeer'. Bij die beschouwingen van de ontwikkelingen in de wettelijke regeling van de deelgebieden van de sector forensische zorg voor volwassenen, vallen al veel verschillen op in de afzonderlijke onderdelen van de dynamiek, met consequenties voor de rechtspositie. In de bespreking van verschillende thema's in bestaande en komende wetgeving, was het daarbij al onvermijdelijk nader in te gaan op achtergrond, inhoud, regeling en systeem van verschillende thema's, ten einde iets over die verschillen en hun betekenis te kunnen zeggen. Daardoor ligt in de voorgaande paragrafen al het nodige aan analyse en commentaar, met name betreffende de inrichting van wetgeving, in elk der deelgebieden sec en het onderlinge verband van die wetgeving, nu en in de toekomst, besloten. Ook zijn aspecten van verschillen tussen ontwikkelingen in de deelgebieden van de sector geanalyseerd. Met name voor wat betreft de interne rechtspositie is in onderdeel 4.4. het nodige aan verschillen beschreven. De verschillen tussen de sectoren op de diverse onderdelen van de interne rechtspositie (afzonderlijke rechten, vormgeving van inbreuken, rechtsbescherming daartegen, etc.) zijn daarin benoemd. In deze slotparagraaf van hoofdstuk 4 staat vooral de analyse van knelpunten tussen de deelgebieden van de sector en hun onderlinge aansluiting en de regeling ervan met de consequenties voor de interne en externe rechtspositie, centraal (par. 4.5.3.). Met name vanwege de consequenties voor die rechtspositie is hiervoor in onderdeel 4.3. het grensverkeer tussen de deelgebieden apart besproken. Waar mogelijk, wordt een aanzet voor harmonisatie geformuleerd. In deze analyse ligt daarmee, op het niveau van de onderlinge vergelijking van de drie deelgebieden van de sector gedwongen forensische zorg voor volwassenen, een deel van de beantwoording van de onderzoeksvragen besloten.

## 4.5.2 Zorgvuldige wetgeving gewenst

Met name in de paragrafen 4.1.- 4.3. is een overzicht van bestaande en komende wetgeving gegeven. Geconstateerd is, dat de bestaande wetgeving al niet altijd even gemakkelijk toegankelijk is. De notoir lastige betekenis van art. 51 Wet Bopz is daarvan een bekend voorbeeld. Aankomende wetgeving bevat grote veranderingen, een enorme dynamiek en maakt juist daardoor heldere en systematische wetgeving zowel lastig als noodzakelijk. In een tijd van dynamiek is een zekere hectiek in wetgeving onvermijdelijk. Maar een gebrek aan heldere, systematische en toegankelijke wetgeving als uitvloeisel van weloverwogen en consequent doorgevoerde uitgangspunten, kan een belemmering zijn voor de adequate uitvoering van de met de wetgeving beoogde dynamiek in de sector forensische zorg voor volwassenen. De analyse van de ontwikkelingen in de wetgeving is, dat dit punt uitdrukkelijk onder de aandacht van de wetgever moet worden gebracht, want de gevolgen van de hectiek van de dynamiek zijn in de wetgeving tot op zekere hoogte herkenbaar, zo kan uit de bespreking er van in dit onderzoek worden afgeleid.

De kort voor de afsluiting van het onderzoek aangekondigde mogelijkheid om art. 37 Sr naar art. 2.3. Wfz over te brengen, is in deze positief te beoordelen. Zoals Willy Brandt ooit zei: dan 'wächst' in elk geval in zoverre 'zusammen, was zusammen gehört'. Het nieuwe art. 37 Sr strekt er slechts toe de strafrechter een GGZ-machtiging te doen verlenen. Daartoe hoeft deze bepaling niet per se in het Wetboek van Strafrecht behouden te blijven. De combinatie van de criteria voor het afgeven van de

machtiging en de regeling van de gevallen waarin die machtiging kan worden verleend in art. 2.3 Wfz, ligt vanuit een oogpunt van systematische wetgeving meer voor de hand. Dan is ook eerder te begrijpen dat de machtiging, net als in de GGZ-wetgeving, dadelijk uitvoerbaar is.

### 4.5.3 De drie deelgebieden overkoepelend bekeken

De uit het schema blijkende verschillen in externe rechtspositie in de drie deelgebieden, waarvan de opvallendste in 4.2. zijn gezien, zijn op een aantal punten uit het eigene van het deelgebied te verklaren en behoeven geen harmonisatie. Dat betreft de toeleiding naar zorg door de strafrechter bij de berechting, in vergelijking met de civiele ingang in de GGZ-wetgeving. Dat betreft ook aspecten van de externe regelingen van de verschillende voorwaardelijke modaliteiten. Dat de reactie op overtreding van bijzondere voorwaarden bij voorwaardelijke veroordeling een andere is dan in geval van schorsing van de voorlopige hechtenis of voorwaardelijke gratie, is eigen aan de betreffende modaliteit. Toch is er vanuit het oogpunt van harmonisatie bij thematische vergelijking van wetgeving op een aantal aspecten mogelijk nog wel winst te halen.

#### 4.5.3.1 Externe rechtspositie: toeval van toeleiding

In het kader van de toeleiding naar forensische zorg, staan actoren nogal eens voor de keuze of de persoon in kwestie het strafrecht (en mogelijk forensische zorg) of het civiele recht (reguliere GGZ) wordt ingeleid. Voor een deel speelt bij die keuze toeval een rol. In geval van gevaarlijk gedrag dat aan de criteria voldoet en dat mogelijk ook een strafbaar feit oplevert, speelt reeds de politie, ook in het kader van de hulpverlening en ordehandhaving, een rol van betekenis in de keuze. Voorts heeft het openbaar ministerie op grond van het opportuniteitsbeginsel en de bevoegdheden in de GGZ-wetgeving een sterke keuzemogelijkheid tussen de strafrechtelijke weg of – en geheel los daarvan – de civielrechtelijke weg. Voor deze keuze ontbreken richtlijnen of aanwijzingen in de praktijk. Om te weinig gefundeerde keuzes tegen te gaan, ligt nadere normering voor de hand. Dat geldt te meer als de mogelijkheden voor de OvJ op grond van de Wfz nog verder toenemen, bijvoorbeeld om via de strafrechtelijke route een machtiging bij afzonderlijke beschikking te vragen. De wenselijkheid van aanwijzingen op dit punt vloeit ook voort uit de vele combinatiemogelijkheden en samenloop van titels die op grond van art. 2.3. Wfz denkbaar zijn.

#### 4.5.3.2 Externe rechtspositie: wanneer beslissing van de rechter gewenst?

Een relevant vraagpunt dat bij het bezien van verschillen in wetgeving vanuit het oogpunt van wenselijke harmonisatie rijst, is, of een betrokkene in een gedwongen zorg setting (met overeenkomstige interne rechtspositie) terecht kan of mag komen, zonder dat een rechter, adequaat geïnformeerd, heeft beslist dat van stornis sprake is en dat gedwongen zorg aangewezen is. In het algemeen is inderdaad in de wettelijke regeling in een dergelijke rechterlijke beslissing voorzien. Zo kan alleen de rechter TBS opleggen en wordt voor een niet-vrijwillige overplaatsing vanuit de gevangenis naar de GGZ (art. 15 lid 5 Pbw) een rechterlijke zorgmachtiging noodzakelijk geacht. Dat laatste ook omdat instemming met de overbrenging niet altijd instemming met gedwongen zorg impliceert. Dat uitgangspunt van rechterlijke bemoeienis met de ingang naar gedwongen zorg, zou een centraal uitgangspunt van wetgeving en ordeningspunt voor harmonisatie kunnen zijn.

Dit uitgangspunt leidt naar enkele verschillpunten in de wettelijke regelingen waarop die rechterlijke ingang niet gerealiseerd is, maar er wel discussie over mogelijk is.

Het eerste discussiepunt dat in het onderzoek naar voren is gekomen betreft art. 13 lid 1 Sr. Via deze bepaling kan iemand die alleen tot gevangenisstraf veroordeeld is, onder de interne rechtspositie van de Bvt in een gedwongen zorgtraject terecht komen. Delen van het regime van rechterlijke oplegging van TBS zijn van toepassing, met name de eis van multi-disciplinaire rapportage. Maar er geldt geen vergelijkbaar gevaarscriterium en er is slechts tegen de beslissing tot plaatsing beroep bij de RSJ mogelijk. Vanuit een oogpunt van harmonisatie kan de gesignaleerde discussie over voorafgaande rechterlijke betrokkenheid nog eens onder ogen worden gezien. Er dringt zich de vergelijking op met art. 6.7 Wfz: voor overplaatsing naar GGZ is een (voorafgaande) rechterlijke zorgmachtiging noodzakelijk, tenzij de betrokkene instemt met de overbrenging (dan geldt de WGBO). Dat is o.a. de bestaande art. 15 lid 5 Pbw-overplaatsing. De bedoeling van de Wfz is alle vormen van plaatsing en overplaatsing in het kader van forensische zorg bij elkaar te organiseren. Dan kan het in de rede liggen om daarin een aangepast art. 13 Sr op te nemen, zonder afbreuk te doen aan de specifieke extra voorwaarden die art. 13 lid 1 Sr stelt.

Een tweede, op gesignaleerde verschillen teruggaand discussiepunt is de mogelijkheid dat, via overplaatsing binnen het gevangeniswezen, een tot gevangenisstraf veroordeelde in een PPC terecht komt, alwaar op grond van de Pbw dwangbehandeling toegelaten is (al is toepassing niet exclusief aan een PPC voorbehouden). Omdat van overplaatsing sprake is, is daartegen beroep bij de RSJ mogelijk, naast de mogelijkheid van beroep tegen de dwangbehandeling zelf. We treffen hier een ontwikkeling binnen een der deelgebieden. Hier wordt binnen het gevangeniswezen een vorm van gedwongen zorg als het ware afgescheiden van de rest van het gevangeniswezen. Als verregaande vormen van zorg, ook van gedwongen zorg, binnen het gevangeniswezen worden georganiseerd, dringt zich in het kader van mogelijke harmonisatie de vraag op, of die zorg(afdelingen) binnen het gevangeniswezen niet meer aan wettelijke bepalingen en voorzieningen uit de beide andere sectoren zouden kunnen ontleenen.

In andere gevallen is sprake van overgang naar de GGZ waarbij de vraag rijst in hoeverre de bestaande wetgeving een zorgmachtiging – en dus voorafgaande rechterlijke beslissing – vereist om een onvrijwillige overgang te realiseren, maar ook of die machtiging vereist zou moeten zijn in verband met de interne rechtspositie. Het punt speelt niet bij art. 15 lid 5 Pbw omdat voor die overbrenging, als niet van vrijwilligheid sprake is, inmiddels wordt aangenomen dat een Bopz-machtiging noodzakelijk is, en dan geldt voor de samenloop met de externe titel art. 51 lid 2 Wet Bopz. In wetsvoorstel 33 771 worden enkele titels aan art. 51 lid 3 Wet Bopz toegevoegd. Daardoor gelden de aangewezen artikelen betreffende de interne rechtspositie van de Wet Bopz als de tenuitvoerlegging van de in art. 51 lid 3 Wet Bopz bedoelde sancties in een psychiatrisch ziekenhuis plaatsvindt, zonder dat daar een rechterlijke machtiging aan te pas komt. In feite is een dergelijke modaliteit bijna een stap terug ten opzichte van de niet dan na moeizame interpretatie tot stand gekomen helderheid bij de toepassing van art. 15 lid 5 Pbw. De eis van rechterlijke machtiging als ingang naar een bepaalde rechtspositie wordt in deze benadering vervangen door het ‘van overeenkomstige toepassing’ verklaren. Dat kan afbreuk doen aan de helderheid van wetgeving, maar op deze wijze blijven ook verschillende systemen naast elkaar bestaan. De gewenste helderheid van wetgeving wordt doorgezet in art. 6.7 Wfz: er is een GGZ-machtiging nodig, tenzij sprake is van instemming met vrijwillige overbrenging. Dat uitgangspunt werkt dan ordenend, zeker als bijvoorbeeld in richtlijnen enerzijds voor nadere toepassing van art. 6.7 Wfz de ‘stepped care’

benadering vorm wordt gegeven (een rechterlijke zorgmachtiging alleen als van (voldoende) vrijwilligheid geen sprake is) en die machtiging anderzijds in de toekomst onder de Wfz wellicht in de praktijk ook in een snelle procedure bij de strafrechter verkregen kan worden. Bij het overbrengen van de mogelijkheden van art. 15 lid 5 Pbw en art. 14 BvT naar art. 6.7 Wfz is overigens onduidelijk of de beroepsmogelijkheid die de RSJ thans bij art. 15 lid 5 ziet, blijft bestaan. De geconstateerde verschillen hoeven niet per se in dezelfde richting te wijzen. Een uitzondering op het uitgangspunt van rechterlijke beslissing kan worden aangenomen voor art. 14 Bvt; nu de rechter TBS heeft opgelegd, wordt wel verdedigd dat overplaatsing naar GGZ onvrijwillig kan geschieden en dat via art. 51 lid 3 Wet Bopz deze wet de interne rechtspositie regelt. Vanwege de vereiste vaststelling van een stoornis door de opleggende rechter is de soepele overgang tussen TBS en GGZ begrijpelijker dan die tussen gevangeniswezen en beide andere zuilen. Maar er bestaat geen aanleiding argumenten aan te voeren tegen het opgaan van art. 14 Bvt in het genoemde art. 6.7 Wfz. Dan is, als geen sprake is van vrijwilligheid, een GGZ-machtiging vereist. Op die machtiging komt aldus meer nadruk te liggen.

#### **4.5.3.3 Externe rechtspositie: voorwaardelijke modaliteiten en vrijwillige opname**

De voorwaardelijke modaliteiten komen door de hele wetgeving van de sector voor. Zij zijn sterk in opkomst, maar lijken niet altijd voldoende systematisch samen te worden gezien. Het is aangewezen dat er geen verwarring over bestaat dat daarbij – in de regel – van vrijheidsbeperking en niet van vrijheidsbeneming sprake is. Alleen bij een heel zware combinatie van voorwaarden zou in een individueel geval van vrijheidsbeneming sprake kunnen zijn. Voor zover die vrijheidsbeneming dan door de rechter wordt opgelegd, hoeft dat niet onmiddellijk een probleem te zijn. Hier past ook een zekere mate van rechterlijke terughoudendheid in het toepassen van (een combinatie van) te zware voorwaarden.

Bij de beschouwing van de verschillende wettelijke regelingen komen verschillen aan het licht ter zake waarvan de vraag is of die te rechtvaardigen zijn. Voor een deel is dat zeker het geval. Zoals al werd geconstateerd, zijn de verschillen tussen veel voorwaardelijke modaliteiten in het strafrecht vanuit de eigenheid van de regeling verklaarbaar. Enkele punten vragen vanuit het oogpunt van harmonisatie de aandacht. Het eerste punt is dat het ook om doelmatigheidsredenen aangewezen is dat de betrokkene met de voorwaarde van opname (of overbrenging) instemt. Die eis is nu in wisselende bewoordingen in verschillende wettelijke regelingen vastgelegd. Het kan aangewezen zijn voor alle voorwaardelijke modaliteiten – en andere ‘vrijwillige’ titels zoals bepaalde overplaatsingen – op eenzelfde manier en in dezelfde bewoordingen te bepalen dat instemming van de betrokkene nodig is.

Als de titel van opname gelijk is (voorwaardelijk en dus vrijwillig), zou het niet zo moeten zijn dat die titel onderscheiden consequenties heeft voor de regeling van de interne rechtspositie. Dat is nu wel het geval. Normaliter geldt de regeling van de WGBO. Maar art. 4 Bvt bevat de uitzondering, waarschijnlijk terug gaande op het misverstand dat bij ‘drang’ van vrijheidsbeneming sprake is. De gelijkstelling in art. 49 WZD van iemand die op vrijwillige basis is opgenomen met degene ter zake waarvan de rechter een zorgmachtiging heeft verleend als bedoeld in de WZD, is waarschijnlijk een vergissing. Toepassing van deze gelijkstelling zou neerkomen op een vorm van vrijheidsbeneming zonder dat de rechter die bevoelen heeft.

De groei van voorwaardelijke en vrijwillige modaliteiten met toezicht en begeleiding van – meestal –

OM en reclassering, doet het wenselijk worden andermaal de inrichting van forensisch psychiatrisch toezicht te entameren om de overgang van dwangverpleging naar voorwaardelijke beëindiging te helpen vergemakkelijken. Het voordeel is dat toezicht en begeleiding niet aan een andere, nieuwe, instantie hoeft te worden overgedragen maar, zoals bij experimenten in het verleden, door de klinieken zelf kunnen worden ingericht.

#### **4.5.3.4 Grensverkeer: bemoeienis van de Minister van VenJ in de GGZ**

In geval van grensverkeer tussen de verschillende sectoren is bemoeienis van de Minister van VenJ van belang. Dat geldt met name in geval van grensverkeer vanuit justitie naar de GGZ. Uit het onderzoek komt naar voren dat als harmoniserend uitgangspunt kan gelden dat de toepassing van de interne rechtspositie (op grond van welke regeling dan ook) kan worden omgeven met bepalingen die er toe strekken dat aan de externe rechtspositie niet te kort wordt gedaan. Er bestaan ter zake enige verschillen in de wettelijke regelingen. In de eerste plaats wijkt het opschrift van de betreffende titel in de Wvvggz af van het betreffende opschrift in de Wet Bopz en de WZD, terwijl voor dat onderscheid geen grond lijkt te zijn.

De bemoeienis van de minister betreft nogal eens de instemming met beëindiging, verlof of ontslag. Zo in art. 51 lid 2 Wet Bopz, in art. 9 lid 1 Wvvggz en in art. 7.6. Wfz, de aanvulling van art. 51 lid 1 Wet Bopz. In art. 9 lid 1 Wvvggz omvat de bemoeienis van de minister ook, dat hem onttrekkingen gemeld worden, art 49 lid 4 WZD omvat ook de melding van 'andere bijzondere voorvallen'. Wellicht moeten onder die laatste ook strafbare feiten, begaan tegen hulpverleners in de zorg worden verstaan. Dat laatste is een punt van politieke aandacht. In geval veel waarde wordt gehecht aan consequente melding van strafbare feiten begaan tegen zorgverleners, dan zou dat kunnen vragen om eenvormige regeling voor alle situaties in de forensische zorg en de GGZ. Eenvormige regeling zal echter nog geen gelijke toepassing garanderen. De zorgsetting kan om ruimte vragen om op een aangewezen wijze op incidenten te reageren. Aangifte is niet altijd de meest aangewezen oplossing. Dan kan de concrete toepassing van een meldplicht ook tot ongelijkheid in de praktijk leiden. In geval van strafvervolging kan overigens in de bestrafing rekening worden gehouden met de zorgsituatie. Dat kan leiden tot voordelen, zoals het aanpassen van de strafrechtelijke titels, maar het kan ook tot ongewenste samenloop van strafvervolging en hulpverlening of tot, al dan niet wenselijke, samenloop en overlap van zorgtitels leiden.

Het bepaalde in art. 7.6 Wfz vraagt de aandacht omdat het in instemming van de Minister van VenJ voorziet bij het beëindigen van de Wet Bopz-machtiging voor het einde van de looptijd, ook als er geen strafrechtelijke titel is. Dat wijkt af van art. 49 WZD, van art. 9.1 Wvvggz en ook van het geldende art. 51 lid 1 Wet Bopz. De betrokkenheid van art. 7.6 Wfz stoelt op de gedachte dat sprake is van opname van een patiënt wegens een strafbaar feit, ook al loopt er geen strafrechtelijke titel. Juist vanwege die grondslag, voorziet het artikel in een uitzondering voor het geval dat betrokkene is vrijgesproken of ontslagen van alle rechtsvervolging, waarmee het artikel de bestaande aarzeling over de toepassing van art. 37 Sr niet weg zal kunnen nemen. Beide aspecten zouden kunnen worden geadresseerd door in art. 2.3 Wfz op te nemen dat de rechter bij het afgeven van een zorgmachtiging naast vrijspraak of ontslag van alle rechtsvervolging en in geval de machtiging bij afzonderlijke rechterlijke beschikking wordt gegeven, (wel) moet vaststellen dat een strafbaar feit is begaan. Dan wordt de toepassing van art. 7.6 Wfz op die vaststelling van een strafbaar feit door de rechter gebaseerd. De einduitspraken van vrijspraak of ontslag van alle rechtsvervolging laten immers in de

regel een dergelijke vaststelling toe, juist bijvoorbeeld in geval van het ontbreken van schuld (verwijtbaarheid) vanwege een gebrekkige ontwikkeling of geestelijke stoornis in de geestvermogens. In geval de machtiging bij afzonderlijke beschikking wordt gegeven tijdens de ten uitvoerlegging van een eerdere veroordeling, is het daarbij berechte feit uiteraard de grondslag. Hele strikte toepassing van het uitgangspunt dat de forensische zorg nimmer de strafrechtelijke titel zou mogen doorbreken, is overigens niet gewenst. De minister zal zijn bemoeienis stoeien op de verschillende formuleringen van het resocialisatiebeginsel, waaraan, geharmoniseerd, de veiligheid van de samenleving en de belangen van nabestaanden en slachtoffers als af te wegen belang wordt toegevoegd. Van belang is ook, dat voor alle strafrechtelijke titels de bemoeienis van de Minister van VenJ er uit kan bestaan dan hij ter zake van die titel gratie initieert als door adequate zorg de verdere tenuitvoerlegging van de strafrechtelijke titel geen met de strafrechtstoepassing na te streven doel in redelijkheid meer wordt gediend (art. 2 Gratiwet). Dat kan ook aan de orde zijn bij tot levenslang veroordeelden die op grond van art. 13 lid 1 Sr in een TBS kliniek zijn geplaatst.

#### **4.5.3.5 Grensverkeer: samenloop van titels**

Onder het bestaande recht is de mogelijkheid om art. 37 Sr toe te passen uiterst beperkt, is de combinatie van deze mogelijkheid met TBS wettelijk niet (meer) mogelijk en acht de Hoge Raad samenloop van straf- en civielrechtelijke GGZ-plaatsing ongewenst. Door de Wfz worden al deze beperkingen aan de toepassing van art. 37 Sr opgeheven. Daar is, in het kader van de doelstelling van de Wfz, veel voor te zeggen. Maar wie de consequenties van deze wetswijziging overziet (zie 4.3.), kan de indruk krijgen dat de wetgever zich die consequenties en de mogelijke betekenis van de verschillende mogelijkheden voor de externe en interne rechtspositie nog niet in volle omvang realiseert. Het kunnen omgeven van voorwaardelijke modaliteiten met een GGZ-zorgmachtiging (als stok achter de deur van vrijwillige opname), of deze tegelijk en alvast met het opleggen van gevangenisstraf of TBS verstrekken, behoren tot de 'spannendste' mogelijkheden. Ter zake van al die samenloopmogelijkheden zou niet alleen of geheel moeten worden afgewacht op welke wijze de praktijk daarmee om gaat. Het is eerder aangewezen te voorzien in aanwijzingen en richtlijnen om mogelijke samenloop van titels en beslissingen nader in te kaderen. Daartoe kunnen de ordenende punten uit HR 18 april 2003, NJ 2003, 628 (in de praktijk hanteerbare oplossingen, voorkoming van ongewenste doorkruising van beslissingen, en het voorkomen van onzekerheid over de titel waarop een burger rechtens van zijn vrijheid is beroofd), als goede leidraad dienen. Daarbij moet overigens wel de beperkte geldigheidsduur en de eis dat de machtiging binnen een bepaalde termijn geëffectueerd moet worden, in de beschouwingen worden betrokken. Op dat punt bestaat, ten dele: helaas verschil met het strafrecht waarin ten uitvoerlegging 'zodra mogelijk' is voorgeschreven (art. 561 lid 1 Sv), maar dat is een open term en de sanctie op overschrijding is niet het verval van het vonnis of arrest.

In het kader van de samenloop en het grensverkeer valt ten slotte op dat de WZD in vergelijking met regelingen in andere deelgebieden niet voorziet in overplaatsing naar andere omgevingen voor gedwongen zorg.



#### 4.5.3.6 Interne rechtspositie

In het betreffende schema zijn de verschillende aspecten van alle onderdelen van de interne rechtspositie uit de verschillende deelgebieden van de sector forensische zorg naast elkaar gezet. Opvallende verschillen zijn in 4.4. beschreven; onderwerpen voor mogelijke harmonisatie zijn aan het einde van par. 4.4. bij elkaar gebracht. Eventueel wenselijke harmonisatie komt in onderdeel 6 aan de orde. De voorafgaande paragrafen laten echter ook nog iets meer zien over achtergronden en ontwikkelingen die voor harmonisatie van belang zijn.

#### Harmonisatie

De wenselijkheid van en discussie over harmonisatie van de interne rechtspositie is van oudsher gekoppeld aan (het wegnemen van) belemmeringen voor grensverkeer. Dat betrof dan vooral het grensverkeer tussen het TBS-veld en de GGZ/de Wet Bopz. De gedachte was en is dat harmonisatie van rechtspositie het grensverkeer versoepelt, omdat een overgang naar een vergelijkbaar intern regime in de toepassing tot minder cultuurverschillen leidt. Voorts wordt van belang geacht, dat bij wederkerige overgangen er geen grote op- of neergang in rechtsbescherming optreedt die belemmerend werkt. En ten derde dat gezien de zorg- en beveiligingsbehoefte van een patiënt een overgang verantwoord moet kunnen plaatsvinden. Immers, als het voor de veiligheid nodig is om post mee te lezen dan moet het regime van de vervolgvoorziening waarin iemand vooral vanwege zorgbehoefte wordt opgenomen, daarin kunnen voorzien. Maar omgekeerd geldt ook dat als een GGZ-patiënt het beveiligingsniveau van een PPC nodig zou hebben, de zorg aldaar van hetzelfde niveau moet zijn.

De voorbeelden geven al aan dat het onvermijdelijk is - wil men de uitersten van de voorzieningenmatrix kunnen inzetten voor wie daar qua problematiek het beste thuishoort - dat er een vrij brede basis moet zijn voor zowel zorg als beveiliging. Voor de reguliere GGZ betekent dit dan, dat er meer inperkingen van rechten mogelijk moeten zijn om forensische patiënten goed te kunnen herbergen. Dat is ook een consequent standpunt van GGZ-Nederland. Vanuit de andere zijde bezien, vanuit de patiënten van de (civiele) GGZ, wordt daar begrijpelijkerwijze tegenover gesteld dat 'de goeden niet onder de kwaden moeten lijden'. Uit het onderzoek komt het belangrijke verschil tussen de rechtsstelsels van inrichting van rechten en regeling van inbreuk daarop naar voren: meer individueel (en door de rechter bepaalt) of op basis van een regeling van meer algemeen geregelde mogelijkheden van inbreuken op geregelde rechten. Zie over die verschillen par. 4.4. en nader in hoofdstuk 6. In de toekomst wordt dit verschil groter doordat het systeem van de Wvvggz meer afwijkt van dat van Pbw en Bvt dan de Wet Bopz doet. Het meer geïndividualiseerde systeem ten aanzien van de interne rechtspositie, per patiënt in de zorgmachtiging, is zeker voor de overgang van forensische patiënten in de procedure een uitdaging. Daarentegen zou de Wvvggz in materiële zin meer mogelijkheden kunnen bieden als meer inbreuken op rechten mogelijk zijn ten behoeve van de veiligheid als op grond van de Wet Bopz. Ook daarover meer in hoofdstuk 6.

De discussie is dus tot nu toe vooral gevoerd ten aanzien van Bvt en Wet Bopz. Uit dit onderzoek komen echter enkele argumenten naar voren om bij een harmonisatiepoging het 'zorgdeel' van het gevangeniswezen te betrekken, in ieder geval de PPC's. Dat punt werd hierboven al even aangestipt. Overplaatsen vanuit een PI naar een PPC gebeurt binnen het gevangeniswezen, maar kan worden opgevat als een stap richting forensische zorg. Dan ontstaat er dus een scheiding tussen zorg en niet-

zorg binnen het gevangeniswezen. Deze ‘knip’ is versterkt door de recente harmonisatie van de dwangbehandeling. Die regeling staat dwangbehandeling binnen GW toe, maar alleen in bepaalde zorgvoorzieningen waarheen moet worden overgeplaatst. In het kader van harmonisatie van de interne rechtspositie zou men deze ‘knip’ nog verder kunnen doorvoeren, door de regeling van de interne rechtspositie van in dat deel van het gevangeniswezen meer op ‘zorg’ in te richten en daartoe wellicht ten dele te ontlenen aan de ‘zorgwetten’ Bvt en Wet Bopz. Dat zou er voor kunnen zorgen dat het niveau van de zorg binnen het gevangeniswezen verbetert, bijvoorbeeld dat naast crisisopvang ook op recidivereductie gericht behandeling plaats kan vinden, doordat zorgcultuur met bijbehorende rechtspositie daar dominant(er) wordt. Ten slotte zouden zo desgewenst PPC’s nadrukkelijker betrokken kunnen worden in de matrix van voorzieningen voor forensische zorg in totaal en (op de eerder genoemde gedachten achter harmonisatie), zou omgekeerd de ‘zorgkant’ van het gevangeniswezen dichterbij de TBS-sector en de GGZ/Wet Bopz kunnen komen te staan. Het op deze wijze dichterbij elkaar brengen van sectoren kan ook van betekenis zijn voor (de wettelijke regeling van) twee bijzondere vormen er van: de ISD en de forensische verslaafdenzorg.

### **Enkele aspecten van de regeling van de rechtspositie in concreto**

Harmonisatie van concrete onderdelen wordt besproken in hoofdstuk 6. Op deze plaats benoemen we slechts enkele evidente aspecten, met name in de vergelijking tussen Bvt en Pbw. De vergelijking tussen beide wetten in paragraaf 4.4. van dit hoofdstuk toont, naast een grote overlap, ook een aantal ‘kleine’ verschillen. Waar in de Bvt ten aanzien van de regeling van de betreffende onderwerpen de behandeling meer doorklinkt, betreft het verklaarbare, aan het deelgebied eigen verschillen. Op deze grondslag gaat het verschil in regeling van de bemiddeling bijvoorbeeld terug. Die speelt in de Bvt een expliciete rol, maar is in het gevangeniswezen eigenlijk ook steeds meer van belang. Maar er zijn ook verschillen die juist belichten hoezeer soms sprake is van sectorspecifieke regeling van onderwerpen (zoals tegenonderzoek bij urinecontrole of geweldgebruik), onderwerpen ter zake waarvan niet snel argumenten tegen harmonisatie te ontdekken zijn.

Als men het zorgdeel van het gevangeniswezen van meer op zorg gerichte, met de Bvt harmoniserende bepalingen wil voorzien, zou kunnen worden gedacht aan het aldaar afschaffen van de mogelijkheid van disciplinaire straffen. De praktijk van de TBS toont aan, dat daarvan nauwelijks gebruik wordt gemaakt, ook al omdat via ‘maatregelen’ - of zelfs verplegingsdoeleinden - veelal dezelfde situatie kan worden bereikt. Ook zou bijvoorbeeld kunnen worden bekeken of enige rol of functie voor een patiëntenvertrouwenspersoon in een dergelijke harmonisatie kan worden betrokken. Voor de TBS is de instelling van een PVP al eens door een kabinet is toegezegd, maar niet uitgevoerd.

#### **4.5.4 De deelgebieden afzonderlijk bekeken**

In dit onderzoek zijn (de wettelijke regelingen van) de deelgebieden niet op eigen doelen bezien, maar op aspecten die relevant zijn voor de beantwoording van de onderzoeksvragen waarin vooral de onderlinge vergelijking van sectoren, deelgebieden en wetgeving centraal staat. In dat licht zijn nochtans over de verschillende deelgebieden nog wel enige relevante opmerkingen te maken. In een tijd dat forensische zorg nog grotendeels uit de TBS bestond, formuleerde het toenmalige kabinet in de Nota ‘TBS - een bijzondere maatregel’ (1991) het beginsel dat er in de TBS (een weliswaar dynamische) balans moet blijven tussen de dimensies van beveiliging, behandeling en

rechtsbescherming. Dit lijkt mutatis mutandis van toepassing op de forensische zorg in het algemeen. Als men dan vervolgens de drie deelgebieden op zichzelf beschouwt, is op hoofdlijnen te concluderen dat, voor de bedoelde balans in het geheel, binnen straf/gevangeniswezen behandeling aan zwaarte mist, in de TBS rechtsbescherming en in de forensische GGZ beveiliging.

#### **4.5.4.1 Gevangeniswezen: onvoldoende behandeling**

Voor het strafrecht is in de eerste plaats de constatering van belang dat daarbinnen onverminderd een grote groep personen aanwezig is bij wie in meer of minder mate sprake is van psychische stoornis of verstandelijke beperking, mogelijk in relatie tot het begane delict respectievelijk in relatie tot gevaar voor nieuwe delicten in de toekomst. Deze constatering vereist 'zorg' tijdens verblijf in de justitiële sector sec (vanuit humanitair oogpunt net als gewone medische zorg), alsmede het inrichten van sanctiemodaliteiten waarbij vormen van (meer of minder gedwongen) zorg in het teken staan van het tegengaan van recidive. Deze laatste modaliteiten zijn in de recente ontwikkelingen binnen het sanctiestel nadrukkelijker op de voorgrond getreden, daar waar gedragsbeïnvloeding middels vrijheidsbeperking, en daarbinnen via vormen van zorg en behandeling (als gedragsvoorwaarden), in het kader van recidivevermindering een belangrijke plaats heeft gekregen. De wetenschappelijke evidentie van behandeling en investeringen in resocialisatie voor recidivevermindering zijn immers bekend.

Binnen de sector van het gevangeniswezen is het verlenen van gedwongen zorg uitgebouwd, met name door de inrichting van zogenaamde PPC's. Vanwege de geringe capaciteit van de PPC's, de zorg om de omvang en de kwaliteit van zorg in de gewone PI's, de knelpunten in door- en uitstroom alsmede bij het überhaupt adequaat signaleren van psychische stoornis of verstandelijke beperking bij instroom in het gevangeniswezen, is dit concept van zorg binnen het gevangeniswezen wel onder kritiek gesteld (bijvoorbeeld door de RSJ). De zorg is nu te zeer crisisopvang en bijvoorbeeld niet gericht op behandeling en/of recidivevermindering; door deze impliciete doelgroepkeuze blijft ook een groot deel zorgbehoevende en gevaarlijke patiënten verstoken van behandeling alvorens in de maatschappij terug te keren. Zeker langgestraften zouden toch te motiveren moeten zijn tot behandeling, als daar bijvoorbeeld beloningen in de vorm van toenemende vrijheden tegenover zouden staan. Kostenargumenten 'tegen', verraden een korte termijnvisie waarin kostenbesparing op lange termijn door recidivevermindering niet wordt meegewogen. Het is niet onmiddellijk evident waarom gedragsbeïnvloeding pas bij voorwaardelijke invrijheidstelling een rol gaat spelen, terwijl met het wetsvoorstel langdurig toezicht de zorg onder omstandigheden nog langer kan wachten. Deze ontwikkelingen, die zorg onttrekken aan het TBS-veld, de sector waar de zorg ter voorkoming van recidive het meest intensief is, leiden mogelijk tot uitholling van het begrip forensische zorg. Zeker vanuit dit perspectief schiet de zorg in het gevangeniswezen kwantitatief en kwalitatief tekort. Wanneer de hier geboden zorg - dit geldt ook voor de ISD - meer op gevaarsreductie (op langere termijn) gericht zou zijn, en dus meer lijkt op gedwongen zorg in de andere deelgebieden, komt de vraag naar een vergelijkbare rechtspositie meer aan het oppervlak.

#### **4.5.4.2 TBS: onvoldoende rechtsbescherming**

De TBS bevindt zich in een soort 'middenpositie' tussen gevangeniswezen en forensische GGZ. Zij wordt in het bijzonder gekenmerkt door haar beveiligingskarakter, maar biedt ook zorg en

behandeling als legitimatie van de vrijheidsbeneming. De TBS-regeling is zeer uitgebreid, niet alleen omdat er verschillende varianten zijn (met voorwaarden, dwangverpleging - mogelijk gemaximeerd, voorwaardelijke beëindiging dwangverpleging) maar ook omdat de geleidelijke terugkeer in de samenleving vraagt om fasering. De voorwaardelijke beëindiging is dan slechts een laatste stap, vaak na een verloftraject dat tot transmuraal verlof of proefverlof reikte. Niet alleen is in deze eindfasen veel grensverkeer met andere deelgebieden, maar het moge duidelijk zijn dat voor doorstroom (ook doel van Wfz) ook de overgangen tussen de fasen van dit ene deelgebied van belang zijn. Het mede daarvoor ontwikkelde Forensisch Psychiatrisch Toezicht, waarin kliniek en reclassering samenwerken, verdient aandacht, zeker gezien de groei van voorwaardelijke en vrijwillige modaliteiten met toezicht en begeleiding.

Geconstateerd kan worden dat in de politieke benadering van de TBS de afgelopen jaren ook een sterke nadruk op het beveiligingskarakter van de TBS is gelegd. Die accentuering leidt tot verschillen in de inrichting van gedwongen zorg die niet altijd op sectoreigen gronden kunnen worden verklaard. De nadruk op beveiliging is, vooral op basis van de flink toegenomen gemiddelde verblijfsduur, kennelijk ten koste gegaan van de dimensies van behandeling en rechtsbescherming. De vraag rijst of in de TBS-sector hier niet een te eenzijdige accentverschuiving heeft plaatsgevonden waartegenover de TBS-gestelde geen rechtspositie heeft om meer zorg en behandeling en in dat kader minder beveiliging (bijvoorbeeld verlof) te realiseren. (Ook het 'verzet' in de rechtspraak tegen art. 509t lid 2 Sv – het verplichte jaar voorwaardelijke beëindiging van de TBS voordat onvoorwaardelijk beëindigd kan worden – kan wellicht in dat kader worden gezien.) In de situatie waar de duur van de vrijheidsbeneming afhankelijk is van de voortgang van de behandeling, wreekt het zich in deze constellatie dat tegen de wijze van behandeling en de meeste verlofbeslissingen geen effectief rechtsmiddel bestaat, terwijl ook de rechtsbijstand in de tenuitvoerlegging stiefmoederlijk bedeed is. De tweede evaluatie van de Bvt (2009) leidde, zoals beschreven in 4.4, dan ook tot het voorstel om een 'recht' op behandeling in de Bvt verder uit te werken, door bijvoorbeeld een aantal zorgplichten als materiële rechten te formuleren. Hoewel ook een recht op verlof niet bestaat, om de behandeling niet te zeer door rechtsmiddelen te frustreren, is het aangewezen bij deze behandelduur het verlof als belangrijkste instrument van behandeling en resocialisatie met meer waarborgen te omgeven. In een werkgroep versnelling verloftraject wordt op dit moment naar aanleiding van het Manifest van Lunteren gedacht aan een cultuuromslag naar 'verlof, tenzij' in plaats van andersom. Meer als recht geformuleerd, horen daar sterkere waarborgen bij. Te denken is bijvoorbeeld aan een rechtsmiddel tegen het laten verlopen van een verlofmachtiging. Daarnaast is het aangewezen enkele te politiek gemotiveerde recente wijzigingen, zoals het jaar geen verlof na ongeoorloofde afwezigheid of de beveiligde fase te heroverwegen.

#### **4.5.4.3 Forensische GGZ: onvoldoende beveiliging**

In de forensische GGZ heeft beveiliging zowel een rechtspositioneel aspect (is sprake van een dwangkader?), als een fysiek aspect. Vanuit het GGZ-veld zijn zorgen geuit over de toestroom van forensische patiënten door de dynamiek van de Wfz. Gevreesd wordt, dat de forensisch 'geoutilleerde' klinieken (FPK, FPA) snel vol zullen zijn. Het is dan aangewezen in anticipatie te voorzien in meer en/of beter 'beveiligde' inrichtingen. In plaats van FPC's sluiten, zouden deze uiteraard ook voor dit doel (her)bestemd kunnen worden.

## 4.6 Ter afsluiting

Artikel 2.1. van de Wfz luidt: 'Met inachtneming van het karakter van de vrijheidsbenemende straf of maatregel wordt de tenuitvoerlegging hiervan zo veel als mogelijk aangewend voor herstel van de forensische patiënt en vermindering van de kans op recidive, ten behoeve van de veiligheid van de samenleving'.

Het onderzoek laat zien, dat voor de interne en externe rechtspositie op alle terreinen en in komende wetgeving, sprake is van grote dynamiek en van in-, door-, en uitstroom van patiënten in de forensische zorg. De daarmee gediende doelstelling om iedere forensische patiënt de zorg te bieden waarop hij aanspraak heeft, binnen het beveiligingskader dat noodzakelijk is en met de doelstelling door middel van die forensische zorg recidiverisico's te vermijden, vindt brede ondersteuning. In hoeverre structuren van financiering en (gebrek aan) capaciteit, maar ook cultuurverschillen binnen de sectoren en deelgebieden daaraan nog in de weg staan, valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek. Met de Wfz wordt de belangrijke stap naar wettelijke organisatie van de forensische zorg gezet. De doelstelling veronderstelt dat er maximaal gedifferentieerd zal moeten kunnen worden naar individuele patiënt. Dat vereist (nog) meer afstemming, ook in de wettelijke regeling van de externe en interne rechtspositie en de aanwending daarvan in de praktijk. Maar maximale flexibiliteit tussen sectoren waartussen ook cultuurverschillen bestaan, kan er ook toe leiden dat 'de goeden onder de kwaden lijden'. Dat is precies een van de voornaamste gevoelde bezwaren tegen te verre gaande harmonisatie en samensmelting van patiënten.



# 5

## Gedwongen zorg in de jeugdhulp en het jeugdstrafrecht

In dit hoofdstuk wordt de wetgeving rond de toepassing van gedwongen zorg in twee jeugdsectoren onderzocht en met elkaar vergeleken, de jeugdhulp en het jeugdstrafrecht. De derde jeugdsector waarin jeugdigen aan gedwongen zorg worden onderworpen is die van de jeugd. Omdat de wetgeving in de GGZ-sector geen onderscheid maakt tussen jeugdigen en volwassenen zal de vergelijking met deze sector in het overkoepelende hoofdstuk 6 worden gemaakt. De vergelijking in dit hoofdstuk geschiedt zowel voor de wetgeving met betrekking de oplegging van gedwongen zorg in de jeugdhulp en het jeugdstrafrecht, ook wel de externe rechtspositie genoemd (5.2) als voor de wetgeving met betrekking tot het regime zelf, de interne rechtspositie (5.3). Het hoofdstuk eindigt met een verkennende analyse van het grensverkeer tussen beide sectoren onderling, van beide sectoren met de jeugd-GGZ, tussen de jeugdhulp en de kindbeschermingsmaatregelen, tussen gesloten en ambulante vormen van gedwongen zorg en tussen jeugd en volwassenen (5.4).

### 5.1 Inleiding

In deze inleiding zal eerst het algemene kader worden geschetst waarbij voor een goed begrip van de relatie tussen beide sectoren de achtergrond en ontwikkelingen worden geschetst (5.1.1), gevolgd door de discussie over harmonisatie (5.1.2) waarna respectievelijk voor elk van beide sectoren, de jeugdhulp (5.1.3) en het jeugdstrafrecht (5.1.4) nader wordt aangegeven wat daar onder gedwongen zorg wordt verstaan en de actuele ontwikkelingen worden geschetst. Tot slot zal de opzet van het onderzoek en dit hoofdstuk nader wordt toegelicht (5.1.5).

#### 5.1.1 De historische relatie tussen beide sectoren

##### **Minister van Justitie Cort van der Linden 25 juli 1898**

‘Indien het kind zich reeds bevindt in eene bijzondere instelling van weldadigheid, omdat zijne ouders van de ouderlijke macht zijn ontzet of ontheven, en niet blijkt van eenig verzuim van de hoofden der inrichting, waarin het kind geplaatst is, bestaat er geenerlei drang om de leiding van particulieren door eene leiding van Staatsambtenaren te vervangen. Immers, ook in Staatsgestichten zullen overtredingen der strafwet wel evenmin geheel en al kunnen voorkomen worden, het zal in dat geval integendeel om meer dan eene reden wenschelijk zijn, dat de leiding, die het verwaarloosde kind toe dusver is ten deel gevallen, worde gecontinueerd. Waar de keuze staat tusschen dwangopvoeding

door particulieren , zooveel mogelijk geregeld in overeenstemming met de gezindheid der ouders, of, waar hun geen stem in het kapittel kon worden toegekend, in overeenstemming met het gevoelen van hunne verwanten of naaste omgeving, en dwangopvoeding door den Staat, mag niet gearzeld worden aan de eerste de voorkeur te schenken in al die gevallen , waarin tusschen het verwaarloosde kind, dat zich nog aan geene overtreding der strafwet heeft schuldig gemaakt, en den jeugdigen overtreder feitelijk weinig onderscheid bestaat.<sup>430</sup>

Bovenstaand citaat komt uit de memorie van toelichting bij de strafrechtelijke Kinderwet die in 1905 samen met de civielrechtelijke Kinderwet werd ingevoerd. Het laat zien dat grensverkeer tussen instellingen van alle tijden is. In die tijd was er voor beide groepen een groot en divers circuit instellingen waaronder enkele rijksopvoedingsgestichten en een groot aantal particuliere opvoedingsgestichten. Jeugdigen die gesloten uit huis waren geplaatst in het kader van een kinderbeschermingsmaatregel begonnen in een particulier opvoedingsgesticht en konden in het geval dat ze ernstige gedragsproblemen vertoonden, worden overgeplaatst naar een rijksinrichting. Jeugdigen die ter beschikking waren gesteld van de regering (jeugdtbr), een voorloper van de Pij-maatregel, werden in eerste instantie in een rijksopvoedingsgesticht geplaatst en konden bij goed gedrag worden overgeplaatst naar een particulier opvoedingsgesticht. Het gaat hier over de vraag of een jeugdige die in een kinderbeschermingsinstelling een strafbaar feit pleegt, zou moeten worden overgeplaatst naar een rijksopvoedingsgesticht. De wetgever vindt van niet en geeft voorrang aan continuering van de opvoeding in de instelling boven overplaatsing naar een rijksopvoedingsgesticht. Opvallend is ook dat hij benadrukt dat er feitelijk weinig verschil is tussen het verwaarloosde kind en de jeugdige overtreder, een opvatting die tijdens dit onderzoek ook vaak is gehoord.

De huidige justitiële jeugdinrichtingen zijn ontstaan toen de rijksinrichtingen en een beperkt aantal particuliere inrichtingen in 1990 werden aangewezen als justitiële jeugdinrichtingen (JJI) waarop ze werden ondergebracht bij de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) van het ministerie van Justitie. De oude als internaat ogende inrichtingen als 'Den Hey-Acker' in Breda en de Hunnerberg' in Nijmegen werden daardoor steeds zwaarder beveiligd en nieuw gebouwde inrichtingen als 'De Hartelborgt' in Spijkenisse onderscheidden zich qua architectuur nauwelijks van gevangenissen. Daar stond wel tegenover dat de aansluiting bij DJI zorgde voor de invoering van Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen (2001) die de jeugdigen in navolging van de Pbw voor het gevangeniswezen en de Bvt voor de TBS-sector een vergelijkbare rechtspositie met beklag- en beroepsrecht verschafte.<sup>431</sup>

## 5.1.2 De scheiding en het debat over harmonisatie

Bij de behandeling van de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen ontstond er discussie over de civielrechtelijk geplaatsten in de justitiële jeugdinrichtingen. Het aantal daarvan was toegenomen door de sluiting van particuliere tehuizen. In de media verschenen diverse berichten over kinderen die 'onschuldig' waren opgesloten en hierop diende Tweede Kamerlid Duijkers (PvdA) een motie in om aan die situatie een einde te maken.

---

430 *Kamerstukken II*, 1897/98, 219, nr.3, p.11.

431 Uit Beijerse & Boendermaker 2008a en Uit Beijerse & Boendermaker 2008b.



### **Motie Tweede Kamerlid Duijkers 16 maart 2000**

‘...overwegende, dat het onwenselijk is als civielrechtelijk geplaatsten en strafrechtelijk geplaatsten in dezelfde inrichting onder hetzelfde strafregime vallen; verzoekt de regering een onderzoek in te stellen naar de mogelijkheden om aan deze situatie het hoofd te bieden en de Kamer hierover binnen een half jaar te rapporteren...’<sup>432</sup>

De motie werd aangenomen en enkele jaren later kondigden de minister van Justitie en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) het voornemen aan om jeugdigen die vanwege ernstige gedragsproblemen civielrechtelijk gesloten zijn geplaatst, niet langer op te nemen in justitiële jeugdinrichtingen, maar in daarvan afgescheiden accommodaties voor gesloten jeugdzorg. Kort daarop volgde het wetsvoorstel tot wijziging van de Wet op de jeugdzorg.<sup>433</sup>

De bewindslieden baseerden hun beslissing op de resultaten van onderzoek waaruit naar voren kwam dat de justitiële jeugdinrichtingen als gevangenissen werden ervaren en dat jeugdigen, ouders en groepsleiders het niet terecht vonden dat jeugdigen die niet strafrechtelijk waren veroordeeld, daar werden geplaatst.<sup>434</sup> Die rechtvaardiging lag volgens de bewindslieden dus niet in de problematiek en aanpak van beide groepen jeugdigen, want daarin zou er geen wezenlijk verschil zijn:

### **Staatssecretaris van VWS Ross-van Dorp en minister van Justitie Donner 7 juli 2006**

‘Alhoewel de scheidslijn tussen strafrechtelijk geplaatste jeugdigen en civielrechtelijk geplaatste jeugdigen vaak dun is, wordt het samen plaatsen van de civielrechtelijk en strafrechtelijk geplaatsten naar huidige maatschappelijke opvattingen als ongewenst beschouwd. Dit, hoewel het gaat om jeugdigen van wie noch de problematiek, noch de oplossingen daarvoor wezenlijk verschillen van die van jeugdigen die op strafrechtelijke titel in justitiële jeugdinrichtingen worden geplaatst.’<sup>435</sup>

De overplaatsing naar deze accommodaties voor gesloten jeugdzorg geschiedde vanaf 2008 en had een halvering van de populatie van de justitiële jeugdinrichtingen tot gevolg. Behalve dat er enkele nieuwe instellingen voor gesloten jeugdzorg werden geopend, zijn acht van de destijds bestaande veertien justitiële jeugdinrichtingen geheel of ten dele omgevormd tot accommodatie voor gesloten jeugdzorg. Drie inrichtingen, de Ottho Gerhard Heldringstichting (151 plaatsen), Den Engh (186 plaatsen) en Jongerenhuis Harreveld (176 plaatsen) zijn geheel overgegaan, en van vijf andere is een locatie van de inrichting als zodanig omgevormd, de locatie Groningen van Het Poortje (144 plaatsen), de locatie Wapenveld van de Sprengen (60 plaatsen), de locatie Eefde van Rentray (119 plaatsen), de

---

432 *Kamerstukken II*, 1999/00, 26016, nr. 13.

433 Brief van de minister van Justitie en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake optimalisering zorgaanbod voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen d.d. 18 april 2005, *Kamerstukken II* 2004/05, 28741, nr. 12 en *Kamerstukken II*, 2005/06, 30644, nr. 3, p. 1-2.

434 Goderie & Steketee 2005.

435 *Kamerstukken II*, 2005/06, 30644, nr. 3, p. 2.

locatie Lindenhorst Zeist van De Heuvelrug (54 plaatsen) en het beperkt beveiligde gedeelte van het Keerpunt (50 plaatsen). Het ging daarbij op een enkele inrichting na om de minst gesloten inrichtingen waardoor de mogelijkheid tot differentiatie in de justitiële jeugdinstellingen grotendeels verdween. De verantwoordelijkheid voor deze accommodaties, die aanvankelijk bij het ministerie van Justitie lag, werd in 2008 overgedragen aan het programmaministerie van Jeugd en Gezin en in 2010 aan het ministerie van VWS. Vanaf 2015 zullen de gemeenten deze vorm van jeugdhulp moeten inkopen.

De parlementaire behandeling van het wetsvoorstel gesloten jeugdzorg ging gepaard met een debat over de rechtspositie in deze nieuwe gesloten instellingen. De regering had met verwijzing naar het pedagogische- en zorgkarakter van het verblijf in gesloten jeugdzorg, gericht op behandeling en opvoeding, voor een andere opzet van de regeling gekozen dan die in de Beginselenwet justitiële jeugdinstellingen. Er werd minder in de wet geregeld en meer overgelaten aan de gedragswetenschapper. De Raad van State was hier kritisch over en benadrukte dat het hier behalve om zorg, ook om vrijheidsbeneming gaat:

#### **Advies Raad van State 31 maart 2006**

‘De Raad merkt op dat het feit dat de gesloten opvang op grond van het wetsvoorstel in de eerste plaats gericht is op het verlenen van jeugdzorg en niet op de uitvoering van een rechterlijk vonnis in een strafzaak, niet afdoet aan het feit dat de op grond van de Wet op de jeugdzorg geplaatste jeugdige evenals een strafrechtelijk geplaatste van zijn vrijheid beroofd is. Bovendien spelen ook bij de Beginselenwet justitiële jeugdinstellingen pedagogische aspecten een belangrijke rol.’

De afhankelijke positie waarin deze jeugdigen verkeren zou volgens de Raad eisen dat zoveel mogelijk wordt vastgelegd welke beperkende maatregelen mogen worden toegepast. Hoewel de beperkingen bij beide groepen een andere achtergrond hebben, geldt als uitgangspunt dat jeugdigen aan geen andere beperkingen mogen worden onderworpen dan die welke noodzakelijk zijn voor het doel van de vrijheidsontneming. Het aanbrengen van onderscheid zonder dat hiermee een objectief en redelijk doel is gediend, moet worden ontraden.<sup>436</sup> In dezelfde zin Liefwaard die naar voren bracht dat om de rechten van jeugdigen te waarborgen en willekeur te voorkomen de overheid bij formele wet en voor alle jeugdigen gelijk moeten regelen welke minimumgaranties gelden.<sup>437</sup>

In aansluiting op deze kritiek werden er tijdens de parlementaire behandeling diverse moties ingediend door zowel Cörüz (CDA) in de Tweede Kamer<sup>438</sup> als oud kinderrechtster Quik-Schuijt (SP) en anderen in de Eerste Kamer.

---

436 *Kamerstukken II, 2005/06, 30644, nr.4, p.7.*

437 Liefwaard 2006.

438 *Handelingen II, 2006/07, 87, p.4867.*

### **Motie Eerste Kamerlid Quik-Schuijt e.a. 18 december 2007**

'...overwegende, dat het wetsvoorstel gesloten jeugdzorg voorziet in een mogelijkheid om jeugdigen voor wie dat nodig is met een machtiging van de kinderrechter, al dan niet met een ondertoezichtstelling, in geslotenheid behandeling te bieden; constaterende, dat thans sprake is van drie verschillende regimes voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, te weten het regime van de Wet BOPZ, het regime van de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen en het thans voorgestelde regime; verzoekt de minister een tijdelijke maatregel te treffen in afwachting van de harmonisatie van de rechtspositieregelingen van jeugdigen met ernstige opgroei- en opvoedingsproblemen en in die overgangperiode aan te sluiten bij de bepalingen van de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen...'<sup>439</sup>

De moties hadden de strekking om de rechtsposities met elkaar in overeenstemming te brengen, waarbij ook de rechtspositie in de jeugd-GGZ werd betrokken. Hierop zegden de bewindslieden toe dat de Inspecties binnen 1 jaar alle accommodaties zouden bezoeken en om de lacunes in de wetgeving door middel van een richtlijn van de Inspectie van een regeling te voorzien waarbij aansluiting zal worden gezocht bij de Bjj.<sup>440</sup>

### **5.1.3 Ontwikkelingen rond gedwongen zorg in de jeugdhulp**

Op 1 maart 2014 is de Jeugdwet aangenomen die de Wet op de jeugdzorg gaat vervangen en daarmee ook de regeling van de 'gesloten jeugdzorg'.<sup>441</sup> Deze wet zal volgens planning met ingang van 1 januari 2015 worden ingevoerd. Vanaf dat moment zal de term 'jeugdzorg' wordt vervangen door 'jeugdhulp', de term waarop in de titel van dit hoofdstuk vooruit wordt gelopen. Op 27 juni 2014 is het ontwerp-Besluit Jeugdwet naar de Eerste en Tweede Kamer verzonden. De Wet op de jeugdzorg heeft maar een relatief kort bestaan en verving in 2005 de Wet op de jeugdhulpverlening. Doel was een wettelijk kader voor een samenhangend aanbod aan jeugdzorg waarbij de wet ook de toegang tot de jeugdzorg regelt en de bekostiging voor zover daarop geen aanspraak bestaat op grond van de AWBZ of de Bjj.

De machtiging gesloten jeugdzorg is in 2008 in de Wet op de jeugdzorg geregeld als een zelfstandige machtiging met een voorlopige variant in spoedeisende gevallen. Het criterium voor toepassing werd overgeheveld van het BW naar de Wet op de jeugdzorg. Het moet gaan om ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen die de ontwikkeling naar volwassenheid ernstig belemmeren en maken dat opneming en verblijf in een gesloten accommodatie noodzakelijk is om te voorkomen dat de jeugdige zich aan de zorg die hij nodig heeft zal onttrekken of daaraan door anderen zal worden onttrokken.

---

439 *Kamerstukken I, 2007/08, 30644, nr.1.*

440 *Handelingen I, 2007/08, 30644, 15, p.7.*

441 Wet van 1 maart 2014 inzake regels over de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor preventie, ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen (Jeugdwet), *Stb.* 2014, 105.

Dit criterium zou volgens de wetgever aansluiten op het in artikel 5 EVRM genoemde doel voor vrijheidsbeneming, om toe te zien op zijn opvoeding.<sup>442</sup>

De wetgever gaf aan dat er behoefte was ontstaan aan gedwongen opnemings, gesloten verblijf en de toepassing van maatregelen, waaronder gedwongen behandeling binnen de jeugdzorg. De wetgever presenteerde dit als een nieuwe mogelijkheid tegenover de reeds bestaande gesloten uithuisplaatsing na ondertoezichtstelling of voogdij. Dat bleek ook uit de opmerking dat ‘door het ontbreken van wettelijke mogelijkheden binnen de jeugdzorg’ een steeds groter wordende groep jeugdigen met zeer ernstige problemen op basis van een door de kinderrechter gegeven machtiging uithuisplaatsing op civielrechtelijke titel in een justitiële jeugdinrichting zou worden geplaatst. Het argument om de machtiging gesloten jeugdzorg niet meer automatisch te koppelen aan de kinderschermingsmaatregelen was dat de eisen van subsidiariteit en proportionaliteit zouden meebrengen dat een kinderschermingsmaatregel niet hoeft te worden getroffen als het ook zonder die maatregel kan. De wetgever gaf daarbij aan wel te verwachten dat er in het merendeel van de gevallen waarin gesloten jeugdzorg nodig is, sprake zou zijn van een ondertoezichtstelling.<sup>443</sup>

#### 5.1.4 Ontwikkelingen rond gedwongen zorg in het jeugdstrafrecht

Ook in de sector jeugdstrafrecht zijn er ontwikkelingen in de wetgeving. Daar is per 1 april 2014 de nieuwe wet adolescentenstrafrecht<sup>444</sup> ingevoerd, die vele wijzigingen in het sanctiestelsel met zich mee heeft gebracht. In het hoofdstuk hiervoor is het strafrecht, waar het jeugdstrafrecht deel van uitmaakt, al uitgebreid aan bod geweest. Het jeugdstrafrecht is van toepassing op jeugdigen die zijn veroordeeld wegens het plegen van een strafbaar feit op het moment dat ze 12 jaar tot 18 jaar oud waren, of tegen wie een verdenking bestaat dat ze een strafbaar feit hebben gepleegd. De uitzonderingsmogelijkheden, om op jongvolwassenen een jeugdsanctie toe te passen of op 16- en 17-jarigen een volwassenensanctie, komen aan bod bij het grensverkeer. Het verschil met het volwassenenstrafrecht is dat het jeugdstrafrecht primair een pedagogisch doel heeft en sancties gericht moeten zijn op speciale preventie en (her)opvoeding van de jeugdige. In het jeugdstrafrecht wordt het gros van de door jeugdigen gepleegde misdrijven, zoals ook wordt voorgeschreven in art.40 lid 3 sub b IVRK, buitengerechtelijk afgedaan, door bureau Halt en het openbaar ministerie zelf.

Een ander belangrijk verschil met het volwassenenstrafrecht is dat bij de toepassing van strafrechtelijke jeugdsancties het belang van de jeugdige voorop moet staan. Bij verschillende maatregelen, zoals de Pij-maatregel en de GBM, is dat ook uitdrukkelijk één van de wettelijke criteria voor toepassing van deze maatregelen. Anders dan bij volwassenen is ook nadrukkelijk voorgeschreven dat de tenuitvoerlegging van vrijheidsbenemende sancties in de justitiële jeugdinrichtingen moet worden aangewend voor de opvoeding (art.2 lid 2 Bjj) en dat voor alle

---

442 *Kamerstukken II, 2012–2013, 33684, nr. 3, p. 186.*

443 *Kamerstukken II, 2005/06, 30644, nr. 3, p. 1, 10.*

444 Wet van 27 november 2013 tot wijziging van het Wetboek van Strafrecht, het Wetboek van Strafvordering en enige andere wetten in verband met de invoering van een adolescentenstrafrecht, *Stb.* 2013, 485 en Besluit van 20 januari 2014, *Stb.* 2014, 33.

jeugdigen die daar langer dan 3 weken verblijven, dus ook voor voorlopig gehechte jeugdigen, een perspectiefplan wordt opgesteld (art.20 lid 3 Bjj). Waar dat bij volwassenen die een gevangenisstraf of voorlopige hechtenis ondergaan, dus niet zo hoeft te zijn, kan er bij jeugdigen die jeugddetentie of voorlopige hechtenis ondergaan, gezien het doel van de tenuitvoerlegging, in het kader van dit onderzoek eveneens worden gesproken over gedwongen zorg.

De in het jeugdstrafrecht bestaande vrijheidsbenemende sancties zoals de jeugddetentie en de Pij-maatregel, maar ook de voorlopige hechtenis kennen ook voorwaardelijke varianten waarbinnen gedwongen zorg kan worden toegepast. Bij voorlopige hechtenis kan dat alleen met instemming van de verdachte en is er in die zin dus geen sprake van dwang maar drang. Bij gedwongen zorg als voorwaarde bij een voorwaardelijke Pij-maatregel of een (deels) voorwaardelijke jeugddetentie wordt deze opgelegd in het kader van een veroordeling. Aan deze voorwaardelijke varianten zal aandacht worden besteed in de paragraaf over het grensverkeer tussen gesloten en ambulante vormen van gedwongen zorg. Dat geldt ook voor de gedragsbeïnvloedende maatregel (GBM), die in 2008 aan het jeugdsanctiestelsel is toegevoegd en kan worden ingevuld met een op maat gesneden programma met een samenstel aan interventies.<sup>445</sup> Bij die herziening werden tevens de bijzondere voorwaarden die kunnen worden toegepast in het kader van de schorsing van de voorlopige hechtenis en van de voorwaardelijke sancties van een steviger wettelijk kader voorzien. Er werden regels gesteld omtrent de duur van de voorwaarden en de instemming van de jeugdige en de mogelijk op te leggen bijzondere voorwaarden werden neergelegd in een AMvB, het Besluit gedragsbeïnvloeding jeugdigen. Daarbij zou er voortaan alleen nog maar gebruik mogen worden gemaakt van als effectief erkende gedragsinterventies. Per 1 april 2014 zijn deze bijzondere voorwaarden overgebracht naar het Besluit tenuitvoerlegging jeugdstrafrecht 1994.

In 2011 werd de Pij-maatregel met het oog op de nazorg voorzien van een voorwaardelijke beëindiging en werd tevens de in 2001 ingevoerde Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen herzien.<sup>446</sup> Bij de invoering van de wet adolescentenstrafrecht per 1 april 2014 is de Pij-maatregel nogmaals ingrijpend herzien waarbij de criteria werden gemodelleerd naar die van de TBS-maatregel. Bij die herziening is het tevens mogelijk geworden om de Pij-maatregel na afloop van de totale behandelduur van 7 jaar om te zetten naar de TBS-maatregel, zijn de bijzondere voorwaarden bij de voorwaardelijke sancties in de wet neergelegd en is de GBM zodanig gewijzigd dat die nu kan worden gecombineerd met nachtdetentie en elektronische controle terwijl de rechter tevens de mogelijkheid heeft gekregen om een jeugdige met een time out' voor korte tijd terug te plaatsen in de inrichting als de maatregel dreigt te mislukken.

### 5.1.5 Opzet van het onderzoek

Dit hoofdstuk bestaat behalve uit een onderzoek van de wetgeving ook uit empirisch onderzoek naar de praktijk van die wetgeving. Hiervoor is gebruik gemaakt van een aantal onderzoeksmethoden. Er is een vragenlijst uitgezet onder medewerkers van verschillende accommodaties voor gesloten

---

445 Wet van 20 december 2007, *Stb.* 2007, 575 en Besluit van 22 januari 2008, *Stb.* 2008, 23.

446 Wet van 13 december 2010, *Stb.* 2010, 818 en Besluit van 15 juni 2011, *Stb.* 2011, 296.

jeugdzorg (GJZ) en justitiële jeuginrichtingen (JJI). Deze is ingevuld door 31 medewerkers van de accommodaties voor gesloten jeugdzorg en door 57 medewerkers van justitiële jeuginrichtingen. In tabel 5.1 wordt weergegeven welke beroepen de respondenten binnen de instellingen en inrichtingen uitoefenen.

Tabel 5.1: Respons uitgesplitst naar beroep

Functie	GJZ	JJI
Begeleider, groepsleider, pedagogisch medewerker	15	20
Gedragsdeskundige	9	19
Verpleegkundige / SPV	–	7
Pedagogisch directeur, Hoofd behandeling, Unitcoördinator, Teamleider	3	3
Sociotherapeut	4	1
Methodiek coach, trainer	–	3
Psychiater	–	2
Maatschappelijk werker	–	1
Ouderbegeleider	–	1
Totaal aantal respondenten	31	57

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Daarnaast zijn interviews gehouden met betrokken actoren, zoals rechters, advocaten, een OvJ, jeugdigen en andere betrokkenen uit de praktijk. Per sector is een casestudie uitgevoerd bij één instelling. Deze omvat het bestuderen van protocollen, een gesprek met een gedragsdeskundige en een pedagogisch medewerker en gesprekken met jeugdigen. In totaal is gesproken met 45 personen, 13 personen werkzaam in de gesloten jeugdzorg, 18 personen in het jeugdstrafrecht en 14 personen die in beide sectoren werkzaam zijn. Op die manier is inzicht verkregen in de praktijk met betrekking tot het opleggen van een titel, het regime binnen de gesloten inrichtingen en instellingen en het toepassen van dwang en drang in deze jeugdsectoren. Omdat in elke sector met een beperkt aantal personen gesproken is, zijn de verkregen resultaten met name indicatief van aard en geven daardoor voornamelijk inzicht in de wijze waarop deze personen de praktijk ervaren. De informatie uit het empirisch onderzoek is in dit hoofdstuk verwerkt en is een weergave van de knelpunten en problemen waar geïnterviewden tegenaan lopen en van de informatie afkomstig uit het vragenlijstonderzoek. In bijlage 4 is meer informatie opgenomen over het empirisch onderzoek.

Hoewel het empirische materiaal betrekking heeft op de nog bestaande wetgeving en voor wat betreft het jeugdstrafrecht, de tot voor kort bestaande wetgeving, wordt bij de analyse van de wetgeving uitgegaan van de nieuwe wetgeving. De termen 'jeugdhulp' en 'jeugdzorg' zullen dan ook nog door elkaar worden gebruikt, 'jeugdhulp' als het om de (nieuwe) wetgeving gaat en 'jeugdzorg' als het om de beschrijving van de huidige praktijk en de achtergrond daarvan gaat. Verder wordt de wettelijke term 'accommodatie voor gesloten jeugdzorg', die in de Jeugdwet zal worden vervangen door de term 'accommodatie voor gesloten jeugdhulp', waar het gaat over de praktijk vervangen door de daar ingeburgerde term 'jeugdzorgplusinstelling'.

## 5.2 De wetgeving met betrekking tot de oplegging van het regime vergeleken

### 5.2.1 Inleiding

In deze paragraaf zal de wetgeving met betrekking tot de oplegging van vrijheidsbenemende modaliteiten in de jeugdhulp en in het jeugdstrafrecht worden vergeleken. Voor de machtiging gesloten jeugdhulp en de spoedmachtiging is de wetgeving met betrekking tot de oplegging voornamelijk geregeld in hoofdstuk 6 van de nog in te voeren Jeugdwet (Jw) en in het Derde Boek van het Wetboek voor Burgerlijke Rechtsvordering (Rv) onder de 'Zesde Titel. Rechtspleging in zaken betreffende het personen- en familierecht'. Voor de vrijheidsbenemende modaliteiten in het jeugdstrafrecht, te weten de voorlopige hechtenis, de jeugddetentie en de Pij-maatregel, is de oplegging geregeld in het Wetboek van Strafrecht (Sr) en Wetboek van Strafvordering (Sv) waarmee het deel uitmaakt van het commune strafrecht. Het materiële jeugdstrafrecht, dat de leeftijdsgrenzen regelt en de eigen strafrechtelijke jeugdsancties, is opgenomen in het Eerste Boek van het Wetboek van Strafrecht onder 'Titel VIII A. Bijzondere bepalingen voor jeugdige personen'. Het jeugdstrafprocesrecht, waarin wordt geregeld op welke punten de strafvordering ten aanzien van jeugdigen afwijkt van die van volwassenen is te vinden in het Vierde Boek van het Wetboek van Strafvordering onder 'Titel II. Strafvordering in zaken betreffende jeugdige personen'.

In bijlage G is schema D met de wetgeving met betrekking tot de oplegging van het regime opgenomen waarin deze zo gedetailleerd mogelijk wordt weergegeven met steeds het criterium, procedurevoorschriften, duur en rechtsmiddelen. Het schema kan echter niet alle relevante informatie herbergen. Elementen die evident zijn (zoals de beroepsmogelijkheid van hoger beroep tegen een strafrechtelijke veroordeling op zichzelf) of te specifiek zijn weggelaten, als ook enkele algemeenheden. De keuze om deze informatie in een schema te plaatsen is - net als in de eerdere hoofdstukken is toegelicht - om een snel overzicht te geven en om in de hoofdtekst een droge opsomming ervan te voorkomen. In deze paragraaf wordt, aanvullend op dit schema, aandacht besteed aan opvallende verschillen bij de oplegging van de modaliteiten van gedwongen zorg. Daarbij zal achtereenvolgens aandacht worden besteed aan de verschillen bij het criterium voor toepassing, de keuzemogelijkheden bij de toeleiding naar de oplegging, waarborgen voor de rechterlijke beslissing, de mogelijkheden tot voorlopige vrijheidsbeneming en de duur en mogelijkheden tot verlenging van de gedwongen zorg.

### 5.2.2 Het criterium voor toepassing

Het materiële criterium voor het verlenen van een machtiging gesloten jeugdhulp is dat jeugdhulp noodzakelijk is in verband met ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen die enerzijds de ontwikkeling naar volwassenheid ernstig belemmeren en anderzijds maken dat de opname en het verblijf noodzakelijk zijn om te voorkomen dat de jeugdige zich aan deze jeugdhulp onttrekt of daaraan door anderen zal worden onttrokken. De rechter toetst of er ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen zijn. Indicaties daarvan zijn onder andere problemen zoals het niet naar school gaan, contact met een loverboy, middelengebruik, psychiatrische klachten en gedragsproblematiek. Daarnaast wordt getoetst of er geen andere oplossing voorhanden is dan gesloten plaatsing zoals

opvang door familie of plaatsing in een open instelling. Volgens gesprekspartners wordt in een erg klein deel van de gevallen een dergelijke oplossing gevonden. Daarnaast wordt getoetst wat de kans en het gevaar is dat de jeugdige zich onttrekt aan de zorg die hij nodig heeft, wanneer hij niet gesloten zou worden geplaatst. Het ultimatum remedium beginsel is van toepassing, aangetoond moet worden waarom lichtere varianten niet mogelijk zijn.

De machtiging kan worden verleend bij minderjarigen die onder toezicht zijn gesteld, onder voogdij staan of waarvan de wettelijk vertegenwoordiger met de machtiging instemt (art.6.1.2 lid en 3 Jw). Van die laatste mogelijkheid wordt in de praktijk zelden gebruik gemaakt. En waar dat gebeurt, volgt er soms alsnog een ondertoezichtstelling als ouders hun instemming weer intrekken.<sup>447</sup>

### **Een jurist bij de Raad voor de Kinderbescherming**

‘Wanneer de ouders hun kind daadwerkelijk naar de instelling brengen komt het nogal eens voor dat ze schrikken van de mate van geslotenheid van de instellingen. Beslissen zij er dan toch vanaf te zien, dan onderzoeken wij alsnog of er een ondertoezichtstelling nodig is.’

In de wet is geregeld dat in het geval ouders de instemming intrekken de jeugdige nog 14 dagen in de gesloten accommodatie blijft (art.6.1.2 lid 9 Jw) zodat een voorlopige ondertoezichtstelling kan worden aangevraagd.<sup>448</sup> Daarmee moet dan dus wel worden voldaan aan het criterium voor ondertoezichtstelling dat nu nog luidt dat de minderjarige zodanig opgroeit dat zijn zedelijke of geestelijke belangen of zijn gezondheid ernstig worden bedreigd en andere middelen ter afwending van deze bedreiging hebben gefaald of, naar te voorzien is, zullen falen (art.1:254 BW). Dit criterium zal worden aangepast bij de invoering van de wet herziening kinderbeschermingsmaatregelen dat op 12 maart 2014 is aangenomen.<sup>449</sup>

Gedwongen zorg in het jeugdstrafrecht vindt plaats op basis van een veroordeling wegens een strafbaar feit. Voor jeugd detentie is veroordeling wegens een misdrijf het enige criterium (art.77h lid 1 Sr). Om de Pij-maatregel te kunnen opleggen is meer nodig. Het moet net als bij de TBS-maatregel gaan om een misdrijf waarop een gevangenisstraf van minimaal 4 jaar is gesteld of een van andere in artikel 77s lid 1 sub a Sr genoemde Pij-waardige misdrijven. Tevens moet er net als bij de TBS-maatregel voor volwassenen worden vastgesteld dat er bij de jeugdige ten tijde van het begaan van dat misdrijf sprake was van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens en moet de veiligheid van anderen of de algemene veiligheid van personen of goederen de oplegging eisen. Anders dan bij de TBS-maatregel moet er echter aan nog een belangrijk vereiste worden voldaan, namelijk dat de maatregel in het belang is van een zo gunstig mogelijke verdere

---

447 De Groot 2012.

448 *Kamerstukken II*, 2005/06, 30644, nr. 3, p. 10-11.

449 Wet van 12 maart 2014 tot wijziging van Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek, het Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering, de Wet op de jeugdzorg en de Pleegkinderenwet in verband met herziening van de maatregelen van kinderbescherming, *Stb.* 2014, 130.



ontwikkeling van de jeugdige (art.77s lid 1 Sr). Dat is een belangrijk verschil dat er in de praktijk toe kan leiden dat de maatregel niet kan worden opgelegd.

### **Een jeugdrechtsadvocaat**

‘Een cliënt van mij werd onderzocht op een observatieafdeling van Teylingereind. De uitkomst was dat Pij-behandeling zijn ontwikkeling juist tegen zou gaan en de kans op recidive zou verhogen. De zaak werd behandeld in de ‘vakantiekamer’ en er werd toch een Pij-maatregel opgelegd. In hoger beroep kreeg ik alsnog gelijk, maar daarvoor moest ik wel mijn cliënt overtuigen, de deskundigen van Teylingereind oproepen en de psychiater, psycholoog en gedragsdeskundige van de justitiële jeugdinrichting waar hij was geplaatst.’

De Pij-maatregel wordt dus niet zozeer vanwege het delict, maar vooral ook met het oog op de ontwikkeling van de jeugdige en de behandeling van zijn stoornis opgelegd. In de praktijk zou de Pij-maatregel dan ook worden opgelegd bij zowel heftige delicten waar een zware persoonlijkheidsstoornis aan ten grondslag ligt als bij lichtere delicten als bv. bedreigingen.

## **5.2.3 Keuzemogelijkheden bij het verzoek of de vordering tot oplegging**

In het strafrecht en dus ook in jeugdstrafrecht is het de officier van justitie die beslist of een jeugdige gedagvaard wordt, die de reikwijdte van de tenlastelegging bepaalt en in zijn requisitoir de strafeis formuleert. Hij neemt die beslissing op basis van vervolgingsrichtlijnen en na overleg in ZSM of het Justitieel casusoverleg (JCO) jeugd met de politie, de Raad voor de Kinderbescherming, Bureau Jeugdzorg en eventueel nog andere ketenpartners. De machtiging gesloten jeugdhulp kan volgens de nieuwe Jeugdwet behalve door het college van de gemeente, de Raad voor de Kinderbescherming, de gezinsvoogdij- of voogdijinstelling ook door de officier van justitie worden verzocht (art.6.1.8 Jw) en de officier van justitie kan ook een verzoek doen tot minder ingrijpende civiele maatregelen zoals een ondertoezichtstelling. De Richtlijn en kader voor strafvordering jeugd schrijft ook voor dat de officier van justitie een civielrechtelijk traject moet overwegen als er zorgen zijn omtrent de opvoeding.

### **Richtlijn en kader voor strafvordering jeugd en adolescenten, inclusief strafmaten Halt<sup>450</sup>**

Bij zorgen omtrent de opvoeding van de jeugdige dienen tevens civielrechtelijke maatregelen te worden overwogen. Afstemming van het civiele- en strafrechtelijke traject is in die gevallen noodzakelijk.

Sinds enkele jaren worden er ‘combizittingen’ georganiseerd waarin de strafzaak en de civiele zaak samen worden behandeld. Het gaat dan om twee procedures naast elkaar met betrekking tot verschillende feiten met hun eigen, van elkaar verschillende, mogelijke gevolgen waarbij de rechter

---

450 *Stcrt.* 2014, nr. 8284.

ook twee verschillende uitspraken doet.<sup>451</sup> Zo kan bij minder zware strafbare feiten die geen gedwongen zorg rechtvaardigen zo nodig toch worden voorzien in de noodzakelijke begeleiding en kan een delict dus de aanleiding zijn voor een civiel traject. Deze zittingen vergen dat zowel de officier van justitie als de rechter als de advocaat kennis hebben van beide rechtsgebieden. Veel rechtbanken hebben met het oog daarop een jeugdteam ingericht waarmee wordt teruggekomen op de radicale scheiding die veel rechtbanken na de wetsherzieningen van 1995 hebben doorgevoerd in rechters die jeugdstrafzaken behandelen en rechters die civiele jeugdbeschermingszaken behandelen. Ook advocaten worden door middel van opleidingsvereisten gestimuleerd om beide soorten zaken te doen.

Los daarvan heeft de officier van justitie in reguliere jeugdstrafzittingen de mogelijkheid om de zaak aan te houden om de civiele mogelijkheden te onderzoeken. In de civiele zittingen is die mogelijkheid er niet.

#### **Een jurist van de Raad voor de Kinderbescherming**

‘Gesloten jeugdzorg is voor kinderen met plusplusplusproblematiek. Er is vaak sprake van een problematisch thuisfront. De jongens in de justitiële jeugdinrichtingen en de accommodaties voor gesloten jeugdzorg hebben veel overeenkomsten. De groepen liggen dicht bij elkaar dan je denkt, de strafrechtelijke component is al gauw aanwezig. Jongeren in de jeugdzorgplusinstellingen hebben vaak in het verleden al delicten gepleegd of hebben een verhoogd risico dat in de toekomst te gaan doen. Meiden komen er vaak terecht doordat ze met prostitutie in aanraking zijn gekomen.’

#### **Een kinderrechter**

‘In gesloten jeugdzorg hebben de meisjes over het algemeen geen strafrechtelijke bemoeienis gehad behalve leerplicht en een enkel winkeldiefstalletje. Bij de jongens naar schatting 60-70%, schoolverzuim maar ook woningbraken, want op basis daarvan zet je ze niet lang in een justitiële jeugdinrichting.’

### 5.2.4 Waarborgen voor de rechterlijke beslissing

In beide gevallen wordt de beslissing tot vrijheidsbeneming genomen door een rechter. Bij de machtiging gesloten jeugdhulp is dat een alleensprekende kinderrechter, bij een jeugddetentie van meer dan 6 maanden en de Pij-maatregel een meervoudige kamer waarvan de kinderrechter deel uitmaakt (art.495 lid 2 Sv). Een ander belangrijk verschil is de positie van de rechter. De actieve rol van de kinderrechter is op beide terreinen in 1995 ingeperkt. In het jeugdstrafrecht betekende dat dat de rechter niet meer vanaf het begin is betrokken bij de zaak omdat hij niet meer over de voorlopige hechtenis oordeelt. Op de strafzitting zelf heeft hij echter nog wel een belangrijke actieve rol. Hij is weliswaar gebonden aan de dagvaarding, maar nadat hij het feit bewezen acht en de jeugdige

---

451 Baas & Laemers 2009 en Hepping & Volkers 2014.

schuldig heeft hij een vrij grote ruimte in de straftoemeting en kan hij voor andere strafcombinaties kiezen dan de gevorderde straf. De civiele kinderrechter kan de machtiging slechts verlenen of niet.

### **Een kinderrechter**

‘De toets is wel uitputtend, zeker niet marginaal. We beslissen ook wel eens anders dan wordt geadviseerd, bv. omdat de onderbouwing niet voldoende is. Het komt ook wel voor dat ik een zaak aanhoud totdat er een betere onderbouwing is.’

De rechter zou ondanks dat toch nog wel wegen vinden om enige invloed uit te oefenen bijvoorbeeld om een betere onderbouwing vragen of de officier van justitie benaderen.

### **Een jeugdofficier van justitie**

‘De rol van de rechter moet minder lijdzaam zijn. Vroeger hield de rechter zelf toezicht, nu is hij alleen een toetsers die machtigingen afgeeft. Maar als de rechter het anders wil, sturen ze me wel een mailtje.’

En als residentiële plaatsing de voorkeur verdient boven gesloten plaatsing zou de rechter ook weleens vragen om een aanvulling van het verzoek.

### **Een jeugdrechtsadvocaat**

‘De civiele rechter mag minder dan gevraagd toewijzen, maar niets anders omdat het indicatiebesluit leidend is. Als residentiële plaatsing de voorkeur verdient boven gesloten plaatsing lost de kinderrechter dit op door Bureau jeugdzorg te vragen het verzoek aan te vullen met een verzoek tot een machtiging residentiële plaatsing. De strafrechter en de rechter in Bopz-zaken hebben veel meer mogelijkheden zoals het opnemen van voorwaarden en het opnemen van een advies over de tenuitvoerlegging.’

Er is ook een belangrijk verschil in de informatie waarop de beslissing is gebaseerd. In het jeugdstrafproces is er een lange en sterke traditie van dossiervorming met het oog op het bewijs van de strafbare feiten en rapportages over de persoon van de verdachte. Behalve de door de officier van justitie onderbouwde strafeis is er een uitvoerig rapport van de Raad voor de Kinderbescherming (art.494 lid 1 Sv) waarvoor gebruik wordt gemaakt van het landelijk instrumentarium jeugdstrafrechtshetketen (LIJ) dat in het geval van een voorwaardelijke sanctie altijd gepaard gaat met een plan van aanpak van de jeugdreclassering, in het geval van de GBM ondersteund door een gedragsdeskundige rapportage en in het geval van de Pij-maatregel aangevuld met twee van elkaar onafhankelijke recente gedragsdeskundige rapportages, waaronder een psychiatrische (art.77s lid 2 Sr). In veel jeugdstrafzaken vraagt de officier van justitie een psychologisch en soms ook een psychiatrisch rapport aan via het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP). De rapportages van deze onafhankelijke gedragsdeskundigen worden conform een format van

het NIFP opgesteld. De rapporten zijn tot stand gekomen op basis van meerdere contactmomenten, bestaan meestal uit tientallen pagina's en hebben een vaste indeling in rubrieken.

### **Een kinderrechter**

'Het advies van gedragsdeskundigen bij de Pij-maatregel is uitvoeriger dan bij de machtiging gesloten jeugdzorg. Het betreft een op zichzelf staand advies, niet een instemmingsverklaring met een verzoek, en is gebaseerd op diepgravend onderzoek door meerdere gesprekken met de jeugdige en het afnemen van testen bij de jeugdige. Het is een op directe waarneming gebaseerd advies.'

Een rechter geeft aan dat er voor de behandeling van jeugdstrafzaken in de meervoudige kamer ook aanmerkelijk meer tijd staat ingepland dan voor civiele zaken, 120 minuten tegenover 30 minuten voor de civiele zaken. Dat komt ook omdat er tijd moet worden ingeruimd voor het feitenonderzoek, het requisitoir en het pleidooi. Waar de informatie in het jeugdstrafproces is verdeeld in informatie met betrekking tot het feitenonderzoek en informatie over de persoon van de verdachte valt dat in de civiele jeugdzaken samen. De ernstige gedragsproblemen van de jeugdige vormen de basis voor het ingrijpen en of daar sprake van is moet worden onderbouwd met rapportages. Diezelfde rapportages vormen dan vervolgens ook de basis voor de keuze van de maatregel. Bij de machtiging gesloten jeugdhulp is dat het onderbouwde verzoekschrift van Bureau Jeugdzorg en de instemmingsverklaring van een gekwalificeerde gedragswetenschapper die de jeugdige met het oog daarop kort tevoren heeft onderzocht (art.6.1.2 lid 6 Jw). De kwaliteit van de rapportage van Bureau Jeugdzorg wordt wisselend beoordeeld en is afhankelijk van degene die het rapport heeft opgesteld.

### **Een kinderrechter**

'De documenten op basis de rechter in civiele zaken moet beslissen zijn niet altijd van goede kwaliteit. Het komt voor dat ter zitting nieuwe feiten aan het licht komen. De gezinsvoogd die dit voor een deel opstelt is niet juridisch geschoold. De kwaliteit is eigenlijk afhankelijk van de opsteller.'

Soms komen er ter zitting nieuwe feiten aan het licht. Er zouden ook veel achterhaalde feiten in staan door overname van passages uit eerdere rapporten zonder dat die worden gecheckt.

### **Een jeugdrechtadvocaat**

'Er is geen rangorde in de documenten, het totaalplaatje wordt meegewogen. Er wordt veel geplakt en geknipt in de rapportage waardoor bij een jongere die eerder is onderzocht, klakkeloos wordt aangenomen dat de situatie hetzelfde blijft.'

Een jeugdige stoorde zich aan de partijdigheid van de rapporten.

## Een jeugdige in een jeugdzorgplusinstelling

‘De rechter legde het erg goed uit en zag of ik het begreep of niet. Ik stoorde me wel aan de rapporten over mezelf. Die waren erg negatief en erop gericht om je gesloten te krijgen.’

Een daarover in december 2008 verstuurd brandbrief van een aantal Rotterdamse jeugdrechtsadvocaten lokte een landelijke discussie uit over dit thema.<sup>452</sup> Sindsdien is er veel ondernomen om de situatie te verbeteren, maar in een recent rapport van de Kinderombudsman wordt geconstateerd dat er nog steeds met enige regelmaat sprake is van een te eenzijdige duiding van incidenten, het vermengen van feiten en meningen, onzorgvuldige bronvermeldingen, het niet navolgbaar formuleren van conclusies en het niet altijd laten accorderen van informatie van informanten.<sup>453</sup> In een reactie wezen de staatssecretarissen van V en J en VWS op bestaande protocollen en afgesproken werkwijzen, opleidingen en trainingen en op de toezichtstaak van de Inspectie Jeugdzorg (IJZ) op dit vlak.<sup>454</sup>

De gedragsdeskundige rapportage voor de gesloten jeugdzorg is veel beperkter dan die in jeugdstrafzaken, maar wel doorslaggevend. Als de gedragsdeskundige aangeeft niet overtuigd te zijn van de noodzaak van een gesloten plaatsing en dus geen instemmingsverklaring afgeeft, kan de rechter geen machtiging gesloten jeugdhulp opleggen. Ook deze instemmingsverklaring is al enkele jaren voorwerp van discussie.<sup>455</sup> Het onderzoek zou in de praktijk soms niet meer inhouden dan een kort gesprekje met de jeugdige en een korte bestudering van bestaande rapporten<sup>456</sup> en de eisen die worden gesteld aan de beoordeling zouden schril afsteken tegen die met betrekking tot de rapportages in jeugdstrafzaken.<sup>457</sup> In de nieuwe Jeugdwet is ook uitdrukkelijk bepaald dat de gedragswetenschapper gekwalificeerd moet zijn. Het derde document, het indicatiebesluit van Bureau Jeugdzorg, waar eveneens veel over is geschreven,<sup>458</sup> wordt in de Jeugdwet geschrapt. In plaats daarvan moet het college van de gemeente waar de jeugdige woont of de instelling die de ondertoezichtstelling of voogdij uitoefent, bepalen dat een voorziening op het gebied van jeugdhulp en verblijf nodig is (art.6.1.2. lid 5 Jw).

De kinderrechter moet voordat hij een machtiging gesloten jeugdhulp verleent, de jeugdige, degene die het gezag over hem heeft en degene die hem in zijn gezin verzorgt en opvoedt, horen, tenzij de kinderrechter vaststelt dat een persoon niet bereid is te worden gehoord. Daarbij wordt de jeugdige een advocaat toegevoegd (art.6.1.10 lid 1 en 4 Jw). In de jeugdstrafzaak is de jeugdige verplicht in persoon te verschijnen wat zo nodig kan worden afgedwongen door een bevel tot medebrenging (art. 495a Sv). De zaak kan dus niet worden afgedaan zonder aanwezigheid van de jeugdige zoals dat bij

---

452 Uit Beijerse, Logtenberg & Rietbergen (red.) 2010.

453 De Kinderombudsman 2013.

454 Staatssecretarissen van Veiligheid en justitie en Volksgezondheid 2014.

455 Bruning & Liefwaard 2009.

456 Forder & Olujic 2012.

457 Kuin en Troost 2009 en De Groot 2013.

458 Vroom-Cramer 2014.

het verlenen van de machtiging gesloten jeugdhulp wel kan. Ook ouders zijn verplicht om op de terechtzitting van hun kinderen te verschijnen (art.496a Sv) wat zo nodig via een bevel tot medebrenging kan worden afgedwongen. Ze mogen volgens de wet naar voren brengen wat tot verdediging van hun zoon of dochter kan dienen, maar die bepaling stamt nog uit de tijd dat er geen persoonlijkheidsrapportages waren. Het is dan ook onduidelijk waar de inbreng van de ouders over zou moeten gaan en daar wordt per rechtbank verschillend mee omgegaan.<sup>459</sup> Jeugdigen wordt altijd een advocaat toegevoegd in jeugdstrafzaken (art.489 lid 1 Sv). Die procespositie heeft de jeugdige in alle strafzaken voor de rechtbank, ook waar er tot lichtere sancties wordt besloten dan vrijheidsbeneming zoals een taakstraf of een geheel voorwaardelijke straf.

## 5.2.5 Voorlopige vrijheidsbeneming

Zowel de machtiging gesloten jeugdhulp als de vrijheidsbenemende sancties kunnen in gevallen van spoed worden vooraf gegaan door een periode van voorlopige vrijheidsbeneming. Bij de gesloten jeugdhulp is dat de spoedmachtiging, onder de Wjz nog voorlopige machtiging geheten en in het jeugdstrafrecht is dat de periode van voorarrest, bestaande uit aanhouding, inverzekeringstelling en voorlopige hechtenis. Een belangrijk verschil tussen beide is dat de spoedmachtiging met de beoordeling vooruit loopt op de machtiging doordat daarbij aan vrijwel hetzelfde criterium moet worden voldaan, namelijk dat de onmiddellijke verlening van jeugdhulp noodzakelijk moet zijn in verband met ernstige opgroei of opvoedingsproblemen die zijn ontwikkeling naar volwassenheid ernstig belemmeren of een ernstig vermoeden dat daarvan sprake is. (art.6.1.3 lid 1 en 2 Jw) De inverzekeringstelling en voorlopige hechtenis zijn vrijheidsbenemende dwangmiddelen die worden toegepast op een moment dat de schuld nog niet vaststaat en waarvoor dus andere criteria gelden. Er moet bij de voorlopige hechtenis weliswaar een ernstige verdenking zijn van een zwaarder misdrijf, maar de gronden zijn anders dan bij de sanctie zelf, het tegengaan van gevaar voor vlucht, gevaar voor het tegenwerken van het onderzoek, gevaar voor het plegen van nieuwe misdrijven en de ernstig geschokte rechtsorde bij zeer zware misdrijven (art.67 en 67a Sv).

Er is ook een groot verschil in de duur van de voorlopige vrijheidsbeneming bij beide vormen van gedwongen zorg. De spoedmachtiging geldt totdat de rechter beslist, voor maximaal 4 weken (art.6.1.12 lid 1 Jw). De vrijheidsbenemende dwangmiddelen kunnen tot de terechtzitting 110 dagen en 15 uur duren, waarvan 15 uur ophouden voor onderzoek, 6 dagen inverzekeringstelling, 14 dagen bewaring op bevel van de rechter-commissaris (art.63 Sv) en 90 dagen gevangenneming op bevel van de raadkamer van de rechtbank (art.65 Sv). Als het onderzoek erg omvangrijk is kunnen bevelen tot gevangenhouding onder bepaalde voorwaarden zelfs ook daarna nog worden verlengd, door de rechtbank tijdens de 'pro forma'-zitting.

Behalve dat het voorarrest dus veel langer duurt zijn er ook minder rechtswaARBorgen dan bij de spoedmachtiging doordat de eerste periode van maximaal 6 dagen en 15 uur onder de verantwoordelijkheid van de officier van justitie wordt toegepast, de jeugdige na 3 dagen en 15 uur voor de rechter-commissaris wordt geleid (art.59a Sv) en voor de duur van de inverzekeringstelling en

---

459 Rap & Weijers 2011.

eventueel nog 10 dagen langer (art.15 Bjj) in een politiecel verblijft. Daarna wordt de voorlopige hechtenis voortgezet in de justitiële jeugdinrichting waar ook de jeugd detentie en de Pij-maatregel ten uitvoer worden gelegd. Voor de tenuitvoerlegging van de in verzekeringstelling of voorlopige hechtenis kan wel een andere geschikte plaats worden aangewezen waaronder een justitiële jeugdinrichting van waaruit de jeugdige overdag naar school gaat, de zgn. nachtdetentie. (art.493 lid 3 Sv)<sup>460</sup>

Ook moet er standaard worden onderzocht of schorsing mogelijk is onder algemene en bijzondere voorwaarden (art.493 lid 6 Sv) die zijn geregeld bij AMvB. Daaronder de voorwaarde dat de jeugdige zich moet houden aan de aanwijzingen van de jeugdreclassering die kunnen inhouden dat hij zich onder behandeling moet stellen van een bepaalde deskundige of instantie. Deze behandeling en andere door de rechter te stellen bijzondere gedragsvoorwaarden kunnen ook geheel of deels bestaan uit een vorm van jeugdzorg, waardoor er al in die fase grensverkeer met de jeugdhulp mogelijk is (art.27 Besluit tenuitvoerlegging jeugdstrafrecht 1994). Bij deze beslissing wordt gebruik gemaakt van het vroeghulprapport van de Raad voor de Kinderbescherming (art.491 lid 1 Sv) en ligt er vaak ook een plan van aanpak van de jeugdreclassering. De jeugdige moet met de voorwaarden instemmen, maar omdat het alternatief de voorlopige hechtenis is, vindt de zorg niet in volledige vrijwilligheid plaats, maar is er sprake van een vorm van drang. Het belang dat de voorlopige hechtenis zo spoedig mogelijk wordt geschorst, wordt ook benadrukt in de Richtlijn van het openbaar ministerie.

#### **Richtlijn en kader voor strafvordering jeugd en adolescenten, inclusief strafmaten Halt<sup>461</sup>**

Als lijn moet worden gehanteerd dat de voorlopige hechtenis wordt geschorst, tenzij de ernst van het feit, en/of de stand van zaken in het onderzoek dit niet toelaten. Voorts wordt ervan uitgegaan dat een plan van aanpak voor begeleiding door jeugdreclassering gereed is en behandeling in een ambulante of civiele kader tot de mogelijkheden behoort.

De vorderingen tot voorlopige hechtenis van de officier van justitie zijn nauwelijks onderbouwd en het rapport van de Raad voor de Kinderbescherming ziet meer op een advies over de schorsing dan op de onderbouwing van de gronden. Het verzoek tot de spoedmachtiging gesloten jeugdhulp moet daarentegen wel inhoudelijk zijn onderbouwd en ook weer de instemming hebben van een gekwalificeerde gedragswetenschapper die de jeugdige van tevoren heeft onderzocht tenzij dat feitelijk onmogelijk is (art.6.1.3 lid 3 Jw).<sup>462</sup> Het achterwege blijven daarvan kan alleen als op basis van de beschikbare informatie voldoende blijkt dat er sprake is van het criterium en een directe opname noodzakelijk is. De rechter moet dan motiveren waarom het persoonlijk onderzoek en ook het andere onderzoek door de gedragswetenschapper feitelijk onmogelijk is geweest en kan aan de machtiging

---

<sup>460</sup> Uit Beijerse & Jansen 2011.

<sup>461</sup> *Stcr*.2014 nr. 8284.

<sup>462</sup> *Kamerstukken II, 2005/06, 30644, nr. 3, p. 22.*

de voorwaarde verbinden dat het onderzoek direct nadat dit feitelijk mogelijk is geworden, alsnog wordt gedaan.<sup>463</sup>

In het kader van het voorarrest is de jeugdige al aangehouden en wordt hij verhoord over het strafbare feit. Het horen over de vrijheidsbeneming zelf geschiedt in eerste instantie door de hulpofficier en pas binnen 3 dagen en 15 uur door de rechter-commissaris. De jeugdige verdachte heeft wel direct na de aanhouding en voor het politieverhoor recht op consultatie van een raadsman op het politiebureau en op bijstand door een raadsman of andere vertrouwenspersoon tijdens de verhoren.<sup>464</sup> Over het verzoek tot het verlenen van een spoedmachtiging gesloten jeugdhulp kan de jeugdige net als bij de machtiging zelf worden gehoord tenzij de kinderrechter vaststelt dat hij daar niet toe bereid is en wordt ook een last tot toevoeging van een advocaat gegeven. (art.6.1.10 lid 1 en 4 Jw) In de praktijk zou die echter niet altijd worden toegevoegd voordat het verhoor plaatsvindt en kan hij in zo'n geval dus alleen achteraf invloed uitoefenen.

### **Een jeugdrechtsadvocaat**

'Het komt relatief vaak voor dat de voorlopige machtiging al is afgegeven voordat ik ben toegevoegd. Ik zoek de jeugdige dan in de instelling op en ga ook weleens op huisbezoek, maar niet alle de ouders willen dat.'

Over dergelijke verzoeken (buiten kantooruren) wordt besloten door de rechter die piketdienst heeft. Rechters waarmee in het kader van dit onderzoek is gesproken geven aan dat, wanneer het enigszins mogelijk en verantwoord is, de jeugdige vooraf wordt gehoord. Er was onduidelijkheid over de vraag of artikel 800 lid 3 Rv waarmee jeugdigen voorlopig uit huis kunnen worden geplaatst zonder ze te horen als de behandeling niet kan worden afgewacht zonder onmiddellijk en ernstig gevaar voor de minderjarige, ook voor de gesloten machtiging geldt. Daardoor ontstonden er verschillende praktijken waarin bij de ene rechtbank 's nacht een telefonische voorlopige machtiging werd afgegeven en bij de andere rechtbank eerst alles in het werk werd gesteld om de jeugdige en de ouders te horen. Inmiddels is artikel 800 lid 3 Rv expliciet van toepassing verklaard op de spoedmachtiging. Die kan in bepaalde gevallen dus zonder horen worden afgegeven waarna binnen twee weken een zitting plaatsvindt waarop de beslissing alsnog wordt getoetst. (art.6.1.10 lid 3 Jw)

### **Een kinderrechter**

'Het rare is dat als kinderen 's nachts worden aangetroffen bij een dronken moeder, ze zonder gehoord te worden, kunnen worden geplaatst terwijl een recalcitrante puber niet kan worden geplaatst omdat er eerst met de minderjarige moet worden gesproken. Ik vind dat je snel moet beslissen en dan binnen korte termijn alsnog moet horen.'

---

463 HR 31 mei 2013, ECLI:NL:HR:2013:BZ5422, LJN BZ5422.

464 *Stcr.* 2010, nr.4003.



## 5.2.6 De duur en mogelijkheden tot verlenging

De Pij-maatregel bij de eerste oplegging opgelegd voor 3 jaar (art.77s lid 6 Sr), de jeugddetentie voor maximaal 12 maanden of - bij 16- of 17-jarigen - 24 maanden (art.77i lid 1 Sr) en de machtiging gesloten jeugdhulp voor maximaal 1 jaar (art. 6.1.12 lid 2 Jw). Bij de jeugddetentie wordt gedifferentieerd op basis van de zwaarte van het delict, dus die is meestal van veel kortere duur dan 1 of 2 jaar. Omdat jeugddetentie vrijwel altijd vooraf wordt gegaan door voorlopige hechtenis die al gauw 3 maanden duurt en daarvan wordt afgetrokken (art.27 Sr) wordt de straf van jeugddetentie feitelijk geheel of grotendeels doorgebracht in voorlopige hechtenis. Daarbij wordt het nog overgebleven deel vaak deels voorwaardelijk opgelegd om met ambulante programma's het gedrag van de jeugdige te beïnvloeden. Uit de gesprekken blijkt dat diverse rechtbanken de machtiging gesloten jeugdzorg de eerste keer standaard voor 6 maanden opleggen en andere rechtbanken voor 1 jaar. Omdat de machtiging gesloten jeugdhulp wel verlengd kan worden en de jeugddetentie niet, zal de duur van de vrijheidsbeneming in dat kader in de praktijk vaak langer zijn dan bij jeugddetentie.

De indiening van een verzoek tot verlenging van de machtiging is juridisch gezien een nieuwe machtiging en die is vaak afhankelijk van de ingeschatte duur van de afronding van het traject.

### Een kinderrechter

'Als het zo is dat een jeugdige nog 3 maanden moet blijven om zijn school af te maken kan je hier als rechter rekening mee houden. Iedereen wil een succesvolle afronding van het traject. Het is soms een beetje onderhandelen. BJz wil wel eens 6 maanden, de advocaat 3. Je moet daar dan mee dealen.'

Er moet een recente rapportage van de instelling zijn waaruit blijkt dat verblijf nog steeds noodzakelijk wordt geacht en een daarmee instemmende verklaring van een onafhankelijke gedragswetenschapper, die de jeugdige kort tevoren heeft onderzocht. Dit verzoek wordt toegelicht door Bureau Jeugdzorg. Verschillende gesprekspartners wijzen erop dat het beter zou zijn als de gedragsdeskundige van de inrichting dit zou toelichten, net als bij de Pij-maatregel. In dat verband wordt ook verwezen naar de pilot 'Zittingen op locatie' waarbij de rechter de jeugdigen in de jeugdzorgplusinstelling hoort en de jeugdige daarmee ook in zijn omgeving ziet.<sup>465</sup> Volgens de rechters werkt dat praktisch gezien echter alleen daar waar de instellingen dichtbij rechtbanken zijn gesitueerd zoals in dit geval de rechtbank Alkmaar en Transferium in Heerhugowaard.

### Directielid gesloten jeugdzorginstelling

'We hadden een jongen die graag wilde blijven, zijn ouders en zijn advocaat wilden het ook, maar Bureau Jeugdzorg kon dit niet uitleggen en de rechter verleende geen nieuwe machtiging. Wij schrijven een uitgebreid advies maar het is aan Bureau Jeugdzorg om dit toe te lichten. Het zou goed zijn als de rechter voor de verlenging hier naartoe komt en de gedragsdeskundige het advies zelf kan

---

465 Kaljee, Sikkes & Warmerdam 2012.

toelichten. Het is een zwaar dwang en drang-kader, dat willen we zelf uitleggen, niet Bureau Jeugdzorg die op enkele goede gezinsvoogden zelden in de inrichting komen. Met een machtiging van 3 maanden geef je kind signaal dat ze weg moeten en die gaat zich daarnaar gedragen. De rechter zou veel meer kennis moeten hebben van de inhoud van het verblijf hier en een trajectmachtiging moeten geven waarin er op- en afgeschaald wordt.’

De Pij-maatregel kan net als bij de TBS alleen worden verlengd als deze is opgelegd voor een geweldsmisdrijf. Dit kan steeds met maximaal 2 jaar tot een maximum van 7 jaar (art.77t lid 1-3 Sr). Het laatste jaar bestaat uit een standaard voorwaardelijke beëindiging onder bijzondere voorwaarden (art.77s lid 6 en 77t lid 2 Sr) De verlengingszittingen worden behandeld door de meervoudige kamer van de rechtbank in aanwezigheid van de officier van justitie die de verlenging vordert, de jeugdige, zijn advocaat, de ouders alsmede een vertegenwoordiger van de inrichting. Voor de verlenging gelden dezelfde gronden als voor de Pij-maatregel zelf. Bij de verlenging moet er een recent opgemaakt gemotiveerd advies zijn van het hoofd van de inrichting met een kopie van de aantekeningen omtrent de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de veroordeelde (art. 77t lid 5 Sr). In een ministeriële circulaire is de inhoud daarvan nader geregeld. Er moet gemotiveerd worden aangegeven waarom de verlenging noodzakelijk is, informatie worden gegeven over de afkomst en het verleden van de jongere, de lichamelijke en geestelijke toestand bij binnenkomst en over de voortgang die hij heeft gemaakt, zoals weergegeven in het perspectiefplan en evaluaties daarvan. Ook moeten gegevens worden verstrekt over belangrijke voorvallen tijdens het verblijf, het effect van de behandeling moet worden beschreven en in een conclusie moet worden ingegaan op het perspectief van de jeugdige. Dit advies wordt met de jeugdige en de ouders worden doorgesproken en hun standpunt daarover wordt in het definitieve advies opgenomen.<sup>466</sup>

## 5.3 De wetgeving met betrekking tot het regime vergeleken

### 5.3.1 Inleiding

In deze paragraaf zal de wetgeving met betrekking tot het regime worden vergeleken ofwel de interne rechtspositie. Deze is voor de gesloten accommodaties geregeld in hoofdstuk 6 van de nog in te voeren Jeugdwet (Jw) en het bijbehorende Besluit. Bij de toepassing van beperkende maatregelen is tevens de Algemene wet bestuursrecht (Awb) van toepassing. De wetgeving met betrekking tot het regime in de justitiële jeugdinrichtingen is geregeld in de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen, in het Reglement justitiële jeugdinrichtingen (Rjj) en in een groot aantal ministeriële circulaire en besluiten. Ook voor de interne rechtspositie is er in de bijlage een schema opgenomen (bijlage G, schema E)waarin de maatregelen zo gedetailleerd mogelijk worden weergegeven met een verdeling naar wie beslist, het criterium, de duur en rechtsmiddelen. In deze paragraaf wordt, aanvullend op dit schema, ingezoomd op de opvallende verschillen in de regeling van het regime. Omdat de beleving van een regime in een gesloten inrichting mede wordt bepaald door de omgeving waarin dat ten uitvoer wordt gelegd en de houding van de personen die daarbij betrokken zijn, zal daarbij vrij veel

---

466 Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Veiligheid en Justitie, kenmerk 5753660/13/DJI 2013.

aandacht worden besteed aan de praktijkervaringen die uit de enquête en interviews naar voren zijn gekomen.

### 5.3.2 Opvoeding, behandeling, terugkeer en beginsel minimale beperkingen

De gesloten jeugdhulp werd door de wetgever gerelateerd aan de in artikel 5 lid 1 sub d EVRM genoemde grond voor vrijheidsbeneming “toe te zien op zijn opvoeding”. Dat betekent dat hem een programma moet worden geboden ten behoeve van een zo goed mogelijke opvoeding. De opvoeding moet erop gericht zijn om jeugdigen, ook al hebben ze op enig moment ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen die hun ontwikkeling naar volwassenheid ernstig belemmeren, zover te brengen dat zij kunnen functioneren in de samenleving. In de inleiding tot dit hoofdstuk werd al aangegeven dat de regering met verwijzing naar het pedagogische- en zorgkarakter van het verblijf in gesloten jeugdzorg, gericht op behandeling en opvoeding, voor een andere opzet koos dan de regeling die in de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen. Verwezen werd naar artikel 15 lid 4 Grondwet dat ten aanzien van hen aan wie rechtmatig hun vrijheid is ontnomen, de uitoefening van grondrechten kan worden beperkt voor zover de uitoefening daarvan zich niet verdraagt met de vrijheidsbeneming. De machtiging gesloten jeugdhulp, die is gericht op behandeling en opvoeding, zou daarbij niet meer in hoefden houden dan dat de jeugdige in principe in de instelling moet verblijven zonder verdere beperkingen in zijn vrijheid. Nu het om hulpverlening gaat moet bij beperkingen altijd een verbinding worden gelegd met het hulpverleningsplan en moet het om maatregelen gaan die noodzakelijk zijn voor het doel van de vrijheidsontneming, te weten behandeling en opvoeding.<sup>467</sup>

In vergelijking met de Bjj valt op dat dit doel van behandeling en opvoeding niet als zodanig in de wet is verankerd. Dit is wel gebeurd voor het doel van ‘verantwoorde hulp’, verwoord in artikel 4.1.1 lid 1 Jeugdwet:

#### **Artikel 4.1.1 lid 1 Jeugdwet**

De jeugdhulpaanbieder en de gecertificeerde instelling verlenen verantwoorde hulp, waaronder wordt verstaan hulp van goed niveau, die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de jeugdige of ouder.

Dat is het algemene doel van de jeugdhulp en niet specifiek afgestemd op gesloten jeugdhulp. Het doel blijkt wel uit de grond voor het verlenen van de machtiging, maar het zou ook uitdrukkelijk als beginsel voor het regime in de wet kunnen worden opgenomen, zeker nu ervoor is gekozen om voor het overige minder wettelijk te regelen.

---

<sup>467</sup> *Kamerstukken II*, 2005/06, 20644, nr. 3, p. 14-15.

Hiertoe kan artikel 2 Bjj waarin enkele belangrijke beginselen zijn neergelegd, als voorbeeld dienen. In het tweede lid is het resocialisatiebeginsel neergelegd dat is uitgebreid met de doelen van opvoeding en behandeling:

#### **Artikel 2 lid 2 Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen**

Met handhaving van het karakter van de straf of de maatregel wordt de tenuitvoerlegging hiervan aangewend voor de opvoeding van de jeugdige en zoveel mogelijk dienstbaar gemaakt aan de voorbereiding op diens terugkeer in de maatschappij. In het geval dat een vrijheidsbenemende maatregel behandeling inhoudt wordt de tenuitvoerlegging tevens hierop afgestemd.

De doelen van de tenuitvoerlegging in de justitiële jeugdinrichtingen, opvoeding, behandeling en terugkeer naar de samenleving, blijken dus niet wezenlijk anders te zijn dan die van de gesloten jeugdhulp. Dit beginsel werd in 2001 in de wet opgenomen en was toen ook nog van toepassing op de civielrechtelijk geplaatsten. Het enige verschil tussen beide groepen zou zich volgens de wetgever voordoen bij de uitleg van 'met handhaving van het karakter van de straf of maatregel'. Daarmee zouden voor jeugdigen op civielrechtelijke titel beperkingsdoelen als 'opsporing of vervolging van strafbare feiten' minder relevant zijn. De wetgever benadrukte tevens dat de jeugdsector anders dan het gevangeniswezen voor volwassenen een verdergaande, therapeutische gerichte doelstelling heeft gericht op opvoeding en waar van toepassing (Pij), behandeling.<sup>468</sup>

Een ander belangrijk beginsel is te vinden in het vierde lid van artikel 2 Bjj, het beginsel van minimale beperkingen waarmee expliciet duidelijk wordt gemaakt dat geen andere beperkingen mogen worden toegepast dan die noodzakelijk zijn voor het doel van de vrijheidsbeneming of de handhaving van de orde en de veiligheid in de inrichting:

#### **Artikel 2 lid 4 Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen**

Jeugdigen in een inrichting worden aan geen andere beperkingen onderworpen dan die welke noodzakelijk zijn voor:

- a het doel van de vrijheidsbeneming, waaronder begrepen hun geestelijke en lichamelijke ontwikkeling en de uitvoering van het perspectiefplan;
- b de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting

Ook dit beginsel zou expliciet kunnen worden neergelegd in hoofdstuk 6 van de Jeugdwet.

---

468 *Kamerstukken II, 1997/98, 26016, nr. 3, p. 3, 6.*

### 5.3.3 Differentiatie jeugdzorgplusinstellingen en justitiële jeugdinrichtingen

Het regime in de gesloten instellingen en inrichtingen is moeilijk los te zien van het gebouw en de wijze waarop het is ingericht, als een gevangenis of als een opvoedingsinternaat. Uit vrijwel alle interviews komt naar voren dat er een enorme diversiteit is in de instellingen en inrichtingen en het klimaat dat er heerst. Vooral wat betreft de jeugdzorgplusinstellingen zouden er onderling grote verschillen zijn wat ook terugkomt in de wijze waarop met beperkende maatregelen wordt omgegaan.

#### Een jeugdrechtsadvocaat

‘De jeugdzorgplusinstellingen verschillen onderling enorm. Zo zijn er instellingen met voornamelijk licht verstandelijk gehandicapten, maar ook instellingen met ‘de geharde jongens’. Het beginregime is ook erg verschillend. Zo is er bij de ene instelling een volledige visitatie inclusief urineonderzoek waar in andere instellingen geen sprake van is.’

Hoewel instellingen en inrichtingen fuseren en sluiten en de capaciteit geregeld gewijzigd wordt, is de stand van zaken medio juli 2014 dat er 14 jeugdzorgplusinstellingen zijn waarvan een aantal diverse locaties heeft die voorheen zelfstandige inrichtingen waren. Daarvan zijn er 6 die voorheen een justitiële jeugdinrichting waren en is er 1 in het gebouw van een justitiële jeugdinrichting gehuisvest. Vijf waren voorheen beperkt beveiligde inrichtingen. Omdat de instellingen die er nieuw bij zijn gekomen, kleiner zijn, is het grootste deel van de jeugdzorgplusplaatsen in voormalige voornamelijk beperkt beveiligde justitiële jeugdinrichtingen.

Overzicht jeugdzorgplusinstellingen (1304)<sup>469</sup>

- OG Heldringstichting Zetten (151) (was: JJI beperkt beveiligd)
- Intermezzo Eefde (95), Nijkerk (24), Zutphen (14) (was: JJI beperkt beveiligd)
- Horizon Sassenheim (108), Harreveld (60), Alphen aan den Rijn (24) (was: JJI beperkt beveiligd)
- Almata/De Lindenhorst Ossendrecht (70), Zeist (60) en Den Dolder (36) LVG (was: JJI beperkt beveiligd)
- Wilster Intensieve Jeugdzorg Groningen (120) (was: JJI ‘t Poortje)
- Icarus Cadier en Keer (74) (was: JJI beperkt beveiligd)
- De Koppeling Amsterdam (96) van Spirit (in voormalig gebouw JJI Nieuwe Lloyd)
- De Hoenderloo Groep Deelen (80)
- Transferium Heerhugowaard (80) ook LVB, psychiatrisch
- Schakenbosch Leidschendam (50) LVB
- Jutz Oosterhout (36), Kortgene (27) en Rijsbergen (9)
- Bijzonder Jeugdwerk Brabant Deurne (40)
- Jutters Combinatie Den Haag (26)
- Woodbrookers Drachten (24)

---

<sup>469</sup> Website Jeugdzorg Nederland (<http://jeugdzorgnederland.nl/>), geraadpleegd juli 2014.

Het aantal plaatsen in jeugdzorgplusinstellingen voor jeugdigen vanaf 12 jaar is op dit moment twee maal zo groot als het aantal plaatsen in de justitiële jeugdinrichtingen, 1304 tegenover 651. Er zijn nog maar negen justitiële jeugdinrichtingen over, vier rijksinrichtingen en vijf particuliere inrichtingen. Inmiddels is de sluiting van nog twee inrichtingen aangekondigd, Amsterbaken in Amsterdam en De Heuvelrug Eikenstein in Zeist.<sup>470</sup>

Overzicht justitiële jeugdinrichtingen (651)

— Rijksinrichtingen (297):

- De Hartelborgt Spijkenisse (115) met FOBA- en VIC-afdeling<sup>471</sup>
- Den Hey-Acker Breda (68) met ESP en ITA<sup>472</sup>
- De Hunnerberg Nijmegen (66)
- De Heuvelrug Eikenstein Zeist (48)

— Particuliere inrichtingen (354):

- Teylingereind Sassenheim (92) met FORCA<sup>473</sup>
- Amsterbaken Amsterdam (80) (was: JOC)
- Rentray Lelystad (64) met LVB, VIC-LVB
- Juvaïd Veenhuizen (62) (was: 't Poortje)
- Het Keerpunt Cadier en Keer (56)

Voor wat betreft de justitiële jeugdinrichtingen wordt het als knelpunt ervaren dat na de scheiding die tussen 2008 en 2010 is gerealiseerd, alleen de meest gesloten justitiële jeugdinrichtingen zijn overgebleven. Artikel 10 Bjj waarin de inrichtingen of afdelingen daarvan naar mate van beveiliging worden onderscheiden in beperkt beveiligd, een open inrichting of afdeling, en normaal beveiligd, een gesloten inrichting of afdeling, zou in de praktijk dan ook nauwelijks betekenis meer hebben.

### **Directielid jeugdzorgplusinstelling**

'Alle vriendelijke instituten zijn overgeheveld naar gesloten jeugdzorg. In de Pij is er daardoor geen trajectbehandeling meer mogelijk. Ze zitten langer achter muur en hek. Vroeger werden ze eerst gesloten geplaatst en dan na drie maanden overgeplaatst naar een beperkt beveiligde instelling. Ze keken dus naar waar het kind het beste paste. Er werd veel meer naar het belang van het kind gekeken dan nu.

De beleidsmakers hebben de oplossing in handen maar gebruiken hem niet. Je zou met één inrichting met zware beveiliging kunnen volstaan.'

Daarbij zullen de jeugdigen door de drastische inperking van het aantal inrichtingen en locaties

---

470 Masterplan DJI, *Kamerstukken II*, 2013/14, 24587, nr 533 en brief Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie d.d. 14 mei 2015, *Kamerstukken II*, 2013/14, 24587, nr 580.

471 Forensische Observatie en Begeleiding Afdeling respectievelijk Very Intensive Care.

472 Ernstige seksuele problematiek respectievelijk Individuele Trajectafdeling.

473 Het Forensisch Consortium Adolescenten ondergebracht met twee diagnostische observatieafdelingen.

verder van huis worden geplaatst en zijn er minder mogelijkheden tot specialisatie. Gezien het feit dat de tenuitvoerlegging in de justitiële jeugdinrichtingen en de gesloten jeugdhulp dezelfde doelen dienen en de doelgroepen maar beperkt van elkaar verschillen, is het de vraag of deze scheiding praktisch en te rechtvaardigen is. Diezelfde vraag kan worden gesteld met betrekking tot de verschillen in bedprijzen.

### **Directielid in jeugdzorgplusinstelling**

‘Wat raar is, is dat een civielrechtelijke plaatsing financieel anders wordt gewaardeerd dan een strafrechtelijke. Je eist bijna hetzelfde beveiligingsniveau en verwacht een betere behandeling, ook als rechter, terwijl er veel minder geld voor wordt betaald. Een plaats in een JJI is 566 euro en in jeugdzorgplus 315 euro per dag.’

Er zijn jeugdzorgplusinstellingen die een heel open klimaat hebben met grote uitgestrekte terreinen waar jeugdigen over het terrein naar school lopen en een groot deel van de dag buiten zijn. Dat was ook het geval toen het nog beperkt beveiligde justitiële jeugdinrichtingen waren. Voor dit soort instellingen zijn de eisen in de Bjj niet meer dan minimumvoorwaarden waar men op sommige onderdelen ver boven zit. Zo wordt het recht op sport van twee keer 45 minuten per week en het recht op verblijf in de buitenlucht van minimaal 1 uur per dag (art.53 lid 2 en 5 Bjj) daar meestal ruim overschreden.

### **Directielid jeugdzorgplusinstelling**

‘We hebben hier een zomer- en winterprogramma. Kinderen kunnen kanovaren, paard rijden, kookworkshops doen, fotografie en handenarbeid. We hebben een tennisbaan, een skeelerbaan, een boerderij en ze kunnen mountainbiken en naar de sporthal. Ze gaan elke dag ruim naar buiten en hoeven dus niet apart te luchten.’

In zo'n open instelling met een pedagogisch klimaat waar jeugdigen op het terrein naar school gaan, kan het regelen van 'luchten' als iets wezensvreemds overkomen. Dat is echter niet in alle jeugdzorgplusinstellingen zo. De beroepscommissie van de RSJ behandelde een klacht van een meisje die in een jeugdzorgplusinstelling zes keer per dag gedurende 10 minuten een rookmoment in de buitenlucht had en die had moeten missen omdat ze in afzondering was geplaatst. Hoewel het recht niet in de Jeugdwet is geregeld en ook niet in de huisregels van de instelling achtte de RSJ de klacht ontvankelijk. Een uur in de buitenlucht is een grondrecht dat ook in gesloten jeugdzorg geldt.<sup>474</sup>

Een gesprekspartner van een andere jeugdzorgplusinstelling, voorheen een gesloten justitiële jeugdinrichting, vertelt dat er in haar instelling nog hard wordt gewerkt om de gevangencultuur om te buigen en neemt daartoe ook luchten als voorbeeld:

---

474 RSJ Beroepscommissie 27 april 2014, 13/3734/JZ.

## Hoofd behandeling en opvoeding jeugdzorgplusinstelling

'Het verschil in JJI en jeugdzorgplus wordt ook duidelijk in het taalgebruik wat gebezigd wordt. Zo sprak men vroeger nog van 'luchten' in de instelling. Er wordt actief naar gestreefd om hier andere woorden voor te vinden om de gevangencultuur in de jeugdzorgplus weg te krijgen. De splitsing is gepaard gegaan met een grote verandering in de behandelwijze. De opsluiting is in grote mate gestopt en de behandeling staat centraal. Er wordt gewerkt naar een open behandelklimaat waar voor repressie geen plaats is. Als er toch repressie nodig is moet deze zo kort mogelijk duren, maar wel zo lang als nodig voor de veiligheid.'

In deze voormalige justitiële jeugdinrichting heerste er volgens deze leidinggevende zelf dus tot 2008 een gevangencultuur terwijl ook toen al in de Bjj stond dat in justitiële jeugdinrichtingen opvoeding centraal moet staan. Omdat er ook in deze voormalige justitiële jeugdinrichting tot 2008 moet zijn gewerkt met de Bjj waarin dat doel als beginsel is neergelegd, laten deze uitspraken zien dat het wettelijk regelen van uitgangspunten en rechten niet voldoende is, maar moeten worden gedragen door een pedagogisch klimaat.

### 5.3.4 De plaatsingsbeslissing

De hiervoor geconstateerde grote onderlinge verschillen tussen de inrichtingen maakt de plaatsingsbeslissing van groot belang. Regionale plaatsing in plaats van plaatsing naar problematiek kan onder die omstandigheden tot ongerechtvaardigde verschillen in rechtspositie leiden. Die plaatsing wordt voor jeugdzorgplus per zorggebied georganiseerd en gecoördineerd door de bureaus jeugdzorg en de jeugdzorgplusinstellingen. De plaatsingscoördinator kijkt als intermediair tussen BJZ en de instellingen waar plaats is en wie de jongere wil opnemen. Bij plaatsing wordt rekening gehouden met de afstand van de locatie tot de regio van herkomst die bij voorkeur zo klein mogelijk moet zijn. Bij speciale omstandigheden, zoals bereikbaarheid voor de jeugdige door een bende of speciale problematiek wordt bekeken of plaatsing elders wellicht beter is. Als er plaats is in een instelling, is deze verplicht de jeugdige op te nemen.<sup>475</sup> Dit zou volgens de ervaringen van een jeugdrechtsadvocaat echter niet altijd het geval zijn.

De rechter kan geen aanwijzingen geven over de inhoud van de behandeling of de behandellocatie of, in geval van verlenging, over de fase waarin een jeugdige binnen de accommodatie verblijft. Enkele respondenten waarmee is gesproken, zeggen dit te betreuren. Rechters zouden in de praktijk in de overweging bij de uitspraak wel aanwijzingen geven over de soort behandeling die in hun ogen passend is of de locatie waar de jeugdige in hun ogen geplaatst zou moeten worden.

---

475 Plaatsingscoördinatieprotocol Jeugdigen met een machtiging gesloten jeugdzorg in het gesloten-jeugdzorgaanbod 2010-2012.



## Directieid jeugdzorgplusinstelling

'Kinderrechters weten niet meer hoe die inrichtingen eruit zien en denken dat het zeer gesloten is. Ze denken dat gesloten jeugdzorg muur/hek is en dat is niet zo. Nu wordt de plaatsing door Bureau Jeugdzorg gedaan. Het oude systeem waarin de kinderrechter dat zelf deed, was beter.'

Ook zou het wel voorkomen dat rechters bij een verlenging op een plaatsing in een andere (vrijere) fase aansturen door in de overwegingen op te nemen dat de machtiging bedoeld is voor verblijf in een (iets) vrijere setting.

## Een kinderrechter

'Als kinderrechter kun je je niet met de inhoud bemoeien en moet je afstand houden. We hoeven ook niet in detail te weten wat de behandeling inhoudt. Ik weet wel dat er verschillen zijn tussen de instellingen, maar als rechter weet je nooit waar een jongere terecht komt en als je het wel weet, of hij daar blijft. Achter etiket gesloten jeugdzorg zitten heel veel verschillende vormen, dus moet je als rechter uitgaan van de zwaarste vorm.'

Anders dan in de Jeugdwet geschiedt de plaatsing in de justitiële jeugdinrichtingen door het ministerie van Veiligheid en Justitie in de persoon van de selectiefunctionaris van de afdeling Individuele Jeugdzaken bij DJI. Een verschil is ook er het een en ander in de wet en in uitvoeringsregels is geregeld en dat de jeugdige bezwaar kan aantekenen (art.18 lid 1 Bjj) en in beroep kan gaan bij de RSJ (art.77 lid 1 Bjj). Het belang dat door de jeugdige wordt gehecht aan de plaatsing blijkt ook wel uit het feit dat een substantieel deel van de beroepszaken bij de RSJ de (over)plaatsingsbeslissingen betreft.<sup>476</sup> De RSJ beperkt zich tot het toetsen van de plaatsingsbeslissing aan de redelijkheid en billijkheid. Ook hier is regionale plaatsing het uitgangspunt (art.12 lid 1 Bjj) en wordt gekeken naar het doel van de tenuitvoerlegging als neergelegd in artikel 2 lid 2 tot en met 4 Bjj, de titel van de vrijheidsbeneming, de persoon van de jeugdige en de benodigde mate van beveiliging. De selectiefunctionaris neemt de aanwijzingen van het openbaar ministerie of de rechter in aanmerking (art.12 lid 5 Bjj) en bij een jeugdige met een Pij-maatregel het plaatsingsadvies van de rechter, de rapportages van de gedragsdeskundigen en het advies van de inrichting (art.8 lid 1 Regeling plaatsing en overplaatsing jeugdigen)

Ook deze houdt bij de plaatsing in eerste instantie rekening met de afstand van de locatie tot de eigen omgeving van de jeugdige. In gevallen waarin gespecialiseerde zorg nodig is, kan een jeugdige op een andere locatie geplaatst worden waar deze specifieke zorg geleverd kan worden. Dit betreft bijvoorbeeld locaties voor jongens met zedenproblematiek, meidengroepen, of groepen waarbij extra psychiatrische zorg wordt verleend. De rechter kan een advies geven over de plaats van de

---

476 Liefwaard en Bruning 2011a, p.318.

tenuitvoerlegging. Volgens de jurisprudentie van de RSJ is de selectiefunctionaris daar ook aan gebonden, maar dat gebeurt niet altijd.<sup>477</sup>

### Een jeugdrechtsadvocaat

‘De selectiefunctionaris wordt in de wet genoemd en er zijn ook beroepsmogelijkheden tegen zijn beslissing in de Bjj geregeld. De plaatsing van een jeugdige in de jeugdzorgplus geschiedt door Bureau Jeugdzorg, maar wordt niet genoemd in de Wjz. Het is ook niet helder hoe tegen een dergelijke beslissing kan worden opgekomen. De rechtsonzekerheid rondom de plaatsing is daardoor groot, ook onder rechters. De civiele rechter geeft wel advies over de plaatsing maar dit wordt niet altijd overgenomen door de plaatsingscoördinator.’

## 5.3.5 Een vergelijking van de wettelijke regelingen van de beperkingen

Bij de vergelijking van de wettelijke regeling van het regime voor gesloten jeugdhulp en het regime in de justitiële jeugdinrichtingen valt op dat er met betrekking tot het regime voor gesloten jeugdhulp veel minder in de wet is geregeld. Het schema laat dat ook duidelijk zien. Het regime voor de gesloten jeugdhulp is geregeld in 13 artikelen van de paragrafen 6.3 tot en met 6.5 van de Jeugdwet en hoofdstuk 6 van het besluit Jeugdwet, bestaande uit 4 artikelen. Voor de justitiële jeugdinrichtingen is er een complete Beginselenwet, bestaande uit 16 hoofdstukken en 80 artikelen en een bijbehorend Reglement justitiële jeugdinrichtingen, bestaande uit 17 hoofdstukken en 82 artikelen. Dat zijn dus 17 artikelen met betrekking tot het regime van gesloten jeugdhulp tegenover 162 artikelen over het regime van de justitiële jeugdinrichtingen. En dan is er nog een groot aantal ministeriële regelingen en besluiten over vrijwel elk onderdeel van het regime en een aantal specifiek op jeugdigen gerichte ministeriële circulaire.

- Regeling eisen kamer justitiële jeugdinrichtingen
- Regeling erkenning scholings- en trainingsprogramma
- Regeling geprivilegieerde post jeugdigen
- Regeling geweldsinstructie justitiële jeugdinrichtingen
- Regeling melding bijzondere voorvallen jeugdigen
- Regeling melding ongeoorloofde afwezigheid
- Regeling model huisregels justitiële jeugdinrichtingen
- Regeling plaatsing en overplaatsing jeugdigen
- Regeling straf- en afzonderingscel justitiële jeugdinrichtingen
- Regeling strafonderbreking jeugdigen
- Regeling tegemoetkoming bijzondere kosten onderwijs en pedagogische activiteiten jeugdigen
- Regeling toepassing mechanische middelen jeugdigen
- Regeling urine onderzoek jeugdigen
- Regeling zakgeld jeugdigen
- Beleidskader planmatig verlof onder de Bjj, 21 juni 2004, Kenmerk 5242947/03/DJI

---

<sup>477</sup> Bekkering 2011 en RSJ beroepscommissie 25 oktober 2010, 10/1746/JB.

- Contacten tussen jeugdigen/directeuren en media, 5 juli 2000, Kenmerk 5033148/00/DJI
- Procedure verlenging Pij-maatregel, 8 oktober 2013, Kenmerk 5753660/13/DJI
- Verlenging van de Pij-maatregel, Kenmerk 5149057/02/DJI
- Vervoer jeugdige ingesloten, Kenmerk 761371/99/DJI<sup>478</sup>

Liefaard wees erop dat de aanzienlijke hoeveelheid lagere regelingen ertoe heeft bijgedragen dat het juridische raamwerk behoorlijk complex is geworden en dat deze juridisering de kwaliteit van het werk in de justitiële jeugdinrichtingen niet ten goede komt. Het leidde ertoe dat groepsleiders meer als jurist moesten gaan denken in plaats van te handelen naar eigen pedagogisch inzicht.<sup>479</sup>

In de jeugdzorgplusinstellingen is er voor gekozen om niet alles tot in detail te regelen en het regime te laten bepalen door het doel van het verblijf en voor jeugdige individueel in zijn hulpverleningsplan vast te leggen. Hier wordt veel meer overgelaten aan de instellingen zelf die de uitvoering regelen in huisregels, werkinstructies en protocollen.

### **Leidinggevende ministerie van VWS**

‘Wij sturen niet landelijk aan, maar laten het aan de instellingen over. Je kunt niet alles in de wet regelen. Bij zorginstellingen ligt de waarborg in professionalisering (BIG).’

Hiervoor zijn ook al enkele voorbeelden genoemd van rechten die niet zijn geregeld voor de gesloten jeugdhulp en wel voor de justitiële jeugdinrichtingen zoals 1 uur per dag luchten en twee keer 45 minuten per week sporten, zaken die eigenlijk vanzelf spreken in een instelling met een pedagogisch klimaat. Tegelijk kwam naar voren dat er ook jeugdzorgplusinstellingen zijn die geen open pedagogisch klimaat hebben en waar regels wel nodig zijn om jeugdigen in ieder geval de minimumrechten te garanderen.

De wettelijke regelingen zijn ook lastig te vergelijken omdat er verschillende termen voor dezelfde feitelijke handelingen worden gebruikt. Dat heeft ook verhullend gewerkt. Zo is tijdens de debatten in de Kamer een aantal keren door de minister benadrukt dat een verschil met de Bij is dat er geen onderzoek *in* het lichaam mag worden gedaan.<sup>480</sup> Bij dat onderzoek, dat is geregeld in artikel 36 Bjj, kan het volgens de toelichting van de wetgever gaan om verdergaand onderzoek van holten en openingen dan het louter schouwen hiervan, maar ook om het nemen van een röntgenfoto of het inbrengen van een endoscoop in de slokdarm of endeldarm wanneer feiten of omstandigheden erop wijzen dat de jeugdige onderdelen of munitie van een vuurwapen of verdovende middelen (cocaïnebolletjes) of anderszins gevaarlijke voorwerpen (zoals scheermesjes) heeft ingeslikt.<sup>481</sup> In de Jeugdwet zijn er echter de gedwongen medische handelingen die behalve voor het toedienen van medicijnen om afzondering te voorkomen, blijkens de toelichting ook kunnen worden gebruikt voor

478 Te raadplegen via de website van het Kenniscentrum Commissie van Toezicht

479 Liefaard 2010, p.1139.

480 *Handelingen II* 2006/07, 87, p.4874.

481 *Kamerstukken II*, 1997/98, 26016, nr.3, p.48.

het maken van een röntgenfoto om te constateren of de jeugdige voorwerpen heeft ingeslikt waardoor levensgevaar ontstaat of gevaar voor ernstige zelfverminking of blijvende invaliditeit. Het criterium in de Jeugdwet is afwending van het gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van de jeugdige of anderen.(art.6.3.2 Jw), het criterium in de Bjj afwending van ernstig gevaar voor de handhaving van de orde of veiligheid in de inrichting of voor de gezondheid van de jeugdige (art.36 Bjj). Het verschil is dus dat het in de Bjj ook kan op grond van ernstig gevaar voor de handhaving van de orde of veiligheid.

Vrijwel alle dwangmaatregelen worden in de gesloten jeugdhulp geregeld onder paragraaf 6.3. 'Vrijheidsbeperkende maatregelen'. Deze maatregelen zijn daar in vier groepen verdeeld:

#### **Artikel 6.3.1 Jeugdwet**

Beperking van de vrijheden: plaatsverbod, tijdelijke plaatsing in afzondering, tijdelijke overplaatsing, vastpakken en vasthouden

#### **Artikel 6.3.2 Jeugdwet**

Gedwongen jeugdhulp, gedwongen medische behandeling

#### **Artikel 6.3.3 Jeugdwet**

Beperkingen van brief- of telefoonverkeer of van andere communicatiemiddelen, beperkingen van bezoek of bezoek onder toezicht

#### **Artikel 6.3.4 Jeugdwet**

Controlemaatregelen: onderzoek aan lichaam en kleding, urine-onderzoek, onderzoek van de kamer, onderzoek van poststukken

De laatste twee groepen maatregelen zijn qua groepering enigszins vergelijkbaar met die in de Bjj. De beperkingen van brief- of telefoonverkeer, communicatie en bezoek staan in de Bjj in de artikelen 41 tot en met 45 onder hoofdstuk VIII. Contact met de buitenwereld. Terwijl de Jeugdwet alleen de beperkingen regelt zijn post, telefoneren en bezoek hier als rechten geformuleerd die op bepaalde gronden kunnen worden beperkt. De soorten beperkingen zijn daarbij veel uitgebreider beschreven dan in de Jeugdwet. Een verschil is dat het onderzoek van poststukken hier in de Bjj ook toe behoort terwijl het in de Jeugdwet onder de controlemaatregelen is geplaatst. Een ander opvallend verschil tussen beide regelingen is dat alle soorten beperkingen die op de communicatie naar buiten kunnen worden gemaakt, concreet omschreven worden. Dit kan zijn toezicht op de inhoud van de post, o.a. door ze te kopiëren, het weigeren van het verzenden of uitreiken van post, het weigeren van bezoek, voorwaarden verbinden aan bezoek, toezicht op het bezoek w.o. het beluisteren of opnemen van het gesprek, het beëindigen van het bezoek en de bezoeker uit de inrichting doen verwijderen, het toezicht op telefoongesprekken, w.o. het beluisteren en uitluisteren daarvan, het weigeren of

beëindigen van telefoongesprekken. Ook zijn er specifieke beperkingsgronden, waaronder ook enkele die zijn gerelateerd aan het strafbare feit (art.41 lid 4 Bjj).

De in de Jeugdwet genoemde controlemaatregelen komen met uitzondering van het onderzoek van de poststukken dat bij de beperkingen op het contact met de buitenwereld is geregeld, ook in de Bjj voor als controlemaatregel. Daarnaast zijn daar ook het onderzoek in het lichaam en het gedogen van medische handelingen onder de controlemaatregelen opgenomen en in de Jeugdwet ondergebracht bij de gedwongen medische behandeling. Twee andere controlemaatregelen in de Bjj zijn het bevestigen van mechanische middelen en de toepassing van geweld die in afgezwakte vorm kunnen worden vergeleken met de vrijheidsbeperkende maatregel vastpakken en vasthouden. De gedwongen hulpverlening is niet expliciet als zodanig in de Bjj opgenomen, maar sinds 2011 maakt het opvoedingsprogramma Youturn wel een verplicht onderdeel uit van het programma. Dwangbehandeling is in de Bjj mogelijk gemaakt op enkele landelijke bijzondere afdelingen. De afzondering en tijdelijke overplaatsing zijn in de Jeugdwet vrijheidsbeperkende maatregelen en komen in de Bjj voor als disciplinaire straffen of ordemaatregel. Het plaatsverbod laat zich ook vergelijken met de bepaling over het aantal uren verblijf op groep dat in de Bjj juist weer als een recht is geformuleerd. In de Bjj zijn verder ook nog de time-out geregeld en heeft de directeur een algemene aanwijzingsbevoegdheid voor zover dat noodzakelijk is in het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting, een ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeneming, de geestelijke of lichamelijke ontwikkeling van de jeugdige of de uitvoering van het perspectiefplan (art.4 Bjj).

### 5.3.6 Het hulpverleningsplan versus het perspectiefplan

Onderdeel van de verantwoorde hulp bij gesloten jeugdhulp is dat die is gebaseerd op een schriftelijk individueel op de zorgbehoefte van de jeugdige toegespitst hulpverleningsplan dat binnen 6 weken na overleg met de jeugdige en zijn ouders wordt opgesteld en dat zo vaak als dat in het belang van de jeugdige noodzakelijk is, wordt geëvalueerd.(art.6.1.4 lid 6 en 6.3.6 lid 2 en 4 Jw) In het plan wordt tevens aangegeven welke beperkende maatregelen in welke situaties kunnen worden toegepast en voor hoe lang.<sup>482</sup> Binnen jeugdzorgplusinstellingen wordt gewerkt met verschillende fasen, van fase 1 met weinig vrijheden tot fase 6 met relatief veel vrijheden. Het gaat dan om vrijheden die uiteenlopen van het onder begeleiding of zelfstandig verblijven in de tuin tot het zelfstandig kunnen bewegen op en van het terrein.

#### **Hoofd behandeling en opvoeding jeugdzorgplusinstelling**

‘De beperkende maatregelen worden in een werkdocument gezet dat onderdeel uitmaakt van het hulpverleningsplan. Gedacht kan worden aan beperkingen als plaatsing op de kamer, beperkingen rondom internet, tv en bellen en mogelijkheden voor andere de vrijheid beperkende maatregelen. Het werkdocument wordt na zes weken geëvalueerd. Er wordt dan samen met de behandelaars besloten of bepaalde beperkingen geschrapt kunnen worden. Hierbij zijn de jongere, de ouders of voogd, de

---

482 *Kamerstukken II*, 2005/06, 30644, nr. 3, p. 14.

school, de ouderbegeleider en de plaatser aanwezig. In de laatste fase is na het vele schrappen van beperkingen vaak de enige beperking nog de mogelijkheid van een urinecontrole om te testen op drugsgebruik.’

Maatregelen, methoden of beperkingen die niet in het plan zijn opgenomen, mogen alleen worden toegepast voor zover dat noodzakelijk is ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties voor maximaal 7 dagen waarmee een gekwalificeerde gedragswetenschapper binnen 24 uur na aanvang moet instemmen (art.6.3.7 Jw). Binnen die tijd moeten ook de plaatser en de ouders worden geïnformeerd. Deze noodmaatregelen moeten stroken met het doel van de behandeling en zouden in de praktijk zelden worden toegepast. Het een zou volgens bovengenoemde respondent overigens geen verband houden met het ander.

Eveneens met het oog op de eis van verantwoorde hulp is niet expliciet aangegeven welke functionaris binnen de instelling bevoegd is de beslissing te nemen omdat dat per situatie kan verschillen. De jeugdhulpaanbieder moest met het oog op een zorgvuldige toepassing van beperkende maatregelen wel een regeling vaststellen waarin staat welke personeelsleden welke beslissingen mogen nemen en welke procedures daarbij moeten worden gevolgd (art.6.2.4 lid 1 Jw). Anders dan in de Bij zijn ook geen afzonderlijke bepalingen over het horen en (schriftelijk) mededelen van de beslissingen opgenomen. Volgens de wetgever zou hierop de Algemene wet bestuursrecht van toepassing zijn. Daarbij zou de uitzondering voor de justitiële jeugdinrichtingen (art.1:6 Awb) niet gelden voor de accommodaties voor gesloten jeugdzorg.<sup>483</sup>

### **Een Pij-jongere in een justitiële jeugdinrichting met ervaring in gesloten jeugdzorg**

‘In de gesloten jeugdzorg wordt meer individueel maatwerk geleverd. In de justitiële jeugdinrichting wordt vooral op groepsniveau besloten wat er wel en niet mag waardoor je minder wordt gestimuleerd om goed gedrag te vertonen.’

Het werken op basis van een plan is niet exclusief voorbehouden aan de jeugdzorgplusinstellingen. Ook in de justitiële jeugdinrichting wordt sinds de herziening van de Bij in 2011 standaard gewerkt met het perspectiefplan. Dit is het gevolg van de verbetermaatregelen die zijn getroffen na het verschijnen van een tweetal zeer kritische rapporten. In een rapport van de Inspectie Jeugdzorg, de Inspectie Onderwijs, de Inspectie Gezondheidszorg en de Inspectie voor de Sanctietoepassing werd geconstateerd dat de opvoeding niet centraal stond in het dagelijks handelen, dat de behandeling tekort schoot, dat er geen professionele bedrijfscultuur was, dat het personeel onvoldoende deskundig was en dat jeugdigen onvoldoende mogelijkheden hadden om invloed uit te oefenen op de gang van zaken.<sup>484</sup> In een rapport van de Algemene Rekenkamer werd geconstateerd dat er voor een groot deel van de jeugdigen geen plan werd opgemaakt, dat de wel opgemaakte plannen te lang op

---

483 *Kamerstukken II, 2005/06, 20644, nr. 3, p. 13, 17.*

484 Inspectie Jeugdzorg, Inspectie van het onderwijs, Inspectie voor de Gezondheidszorg en Inspectie voor de Sanctietoepassing 2007.

zich lieten wachten en dat het scholings- en trainingsprogramma (STP) als instrument tot resocialisatie en nazorg in de praktijk zelden van de grond zou komen.<sup>485</sup> Deze rapporten hebben veel aandacht gekregen en hebben ertoe geleid dat er een groot aantal verbetermaatregelen is getroffen waaronder het standaard werken met een perspectiefplan.

Sinds 2011 is in de Bjj geregeld dat voor elke jeugdige die 3 weken of langer in een justitiële jeugdinrichting verblijft, al binnen 3 weken na binnenkomst een perspectiefplan wordt opgesteld (art.20 Bjj). Er wordt gewerkt met een trajectmatige benadering waarbij het verblijf in de inrichting een fase is in een breder traject waarvan ook de nazorg na het verblijf in de inrichting deel uitmaakt. Netwerk- en Trajectberaden maken direct bij binnenkomst van de jeugdige in de inrichting een plan voor het moment dat ze daar weer uitstromen. In het Reglement justitiële jeugdinrichtingen wordt de gang van zaken rond het perspectiefplan nader uitgewerkt, met wie wordt overlegd, dat het plan een periode van maximaal vier maanden mag bestrijken en ten minste driemaal per jaar wordt geëvalueerd naar aanleiding waarvan het, zoveel mogelijk in overleg met de jeugdige, kan worden gewijzigd (art.25-30 Rjj).

### 5.3.7 In de praktijk toegepaste dwangmaatregelen

In de enquête is de respondenten de vraag voorgelegd met welke maatregelen ze in de praktijk te maken hebben. Hieronder wordt per dwangmaatregel aangegeven welk percentage van de respondenten uit de jeugdzorgplusinstellingen respectievelijk de justitiële jeugdinrichtingen in de praktijk te maken heeft met het toepassen van die dwangmaatregel.

*Tabel 5.2: Percentage respondenten dat in de praktijk te maken heeft met specifieke dwangmaatregelen.*

	GJZ N=30	JJI N=58
Afzondering	93%	79%
Beperking van bewegingsvrijheid (tot bv de afdeling waar cliënt verblijft)	80%	78%
Controle op verdovende middelen (o.a. urineonderzoek)	80%	71%
Fixatie	67%	38%
Separatie / isolatie	40%	74%
Het gebruik van domotica (technische hulpmiddelen)	17%	12%
Gedwongen medicatie	10%	5%
Gedwongen handelingen ter verzorging (bv onder dwang douchen)	3%	2%
Gedwongen toedienen van voeding en/of vocht	0%	3%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Hieruit blijkt dat men in de jeugdzorgplusinstellingen minstens even vaak te maken heeft met de genoemde dwangmaatregelen als in de justitiële jeugdinrichtingen. Het merendeel, 81% van de respondenten (N=31) in gesloten jeugdzorginstellingen is naar eigen zeggen goed tot zeer goed op de

<sup>485</sup> Kamerstukken II, 2007/08, 31215, nr. 2.

hoogte van de inhoud van de criteria voor het toepassen van dwang, 16% gedeeltelijk en 3% helemaal niet. De respondenten van de justitiële jeugdinrichtingen (N=54) zijn iets minder goed op de hoogte. De verdeling is daar: 70% goed tot zeer goed op de hoogte, 17% gedeeltelijk en 13% helemaal niet. Van de respondenten van de jeugdzorgplusinstellingen (N=29) is 77% het eens met de stelling dat de voorwaarden om dwang te kunnen toepassen in de praktijk bij alle vormen van dwang goed werkbaar zijn, 19% het eens noch oneens en 3% het oneens. De vraag laat bij de respondenten van de justitiële jeugdinrichtingen (N=53) een vergelijkbare verdeling zien: 75% eens, 21% eens noch oneens en 4% oneens.

Een andere vraag betrof de stelling: *‘Als ik in een situatie terecht kom waarin ik dwang wil toepassen, weet ik wie hier het besluit over moet nemen’*. Hierop antwoordt 76% van de respondenten van de jeugdzorgplusinstellingen (N=29) dat altijd te weten, 21% dit vaak te weten en 3% dit nooit te weten. Hier lijken de respondenten van de justitiële jeugdinrichtingen (N=49) opnieuw minder goed op de hoogte te zijn. De verdeling bij deze vraag is: 51% altijd, 45% vaak en 4% soms. Op de daaropvolgende stelling *‘Ik pas in de praktijk alleen dwang toe op een cliënt, nadat de persoon die hierover moet besluiten, hierover besloten heeft’* antwoordde 34% van de respondenten van jeugdzorgplusinstellingen (N=29) dat dit altijd zo is, 45% dat dit vaak zo is, 17% dat dit soms zo is en 3% dat dit zelden zo is. In de justitiële jeugdinrichtingen (N=49) antwoordt 45% dat dit altijd zo is, 35% dat dit vaak zo is en 20% dat dit soms zo is. Dit wordt door beide groepen respondenten niet als problematisch gezien omdat het personeel op de werkvloer volgens 7% de respondenten van de jeugdzorgplusinstellingen (N=28) altijd, volgens 79% vaak en slechts volgens 11% soms en volgens 4% zelden goed in staat zou zijn om dwang toe te passen. De verdeling bij de respondenten van de justitiële jeugdinrichtingen (N=47) is 11% altijd, 70% vaak en 19% soms.

Zorgelijk is de uitkomst van de volgende vraag waar een keuze uit twee stellingen wordt voorgelegd. Maar liefst 80% van de respondenten van de jeugdzorgplusinstellingen (N=25) en 62% van de respondenten van de justitiële jeugdinrichtingen vindt dat er in de praktijk te gemakkelijk naar dwang wordt gegrepen.

Tabel 5.3: Opvatting over dwang.

	GJZ N=25	JJI N=45
In de praktijk wordt te makkelijk naar het middel dwang gegrepen.	80%	62%
Er wordt te weinig dwang gebruikt in de praktijk.	20%	38%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

De uitkomst van de volgende vraag laat zien dat deze kritische houding ook te maken kan hebben met het belang dat de respondenten hechten aan wettelijke waarborgen als richtlijnen voor een juiste toepassing van dwang:



Tabel 5.4: Opvatting over waarborgen bij dwang.

	GJZ N=25	JJI N=45
De waarborgen die de wet biedt voor de toepassing van dwang leveren voornamelijk papierwerk op.	22%	13%
De waarborgen die de wet biedt zijn belangrijke richtlijnen die dagelijks bijdragen aan goede toepassing van dwang.	78%	87%

Bron: enquête zorgverleners, Pro Facto

Slechts 45% van de respondenten van de jeugdzorgplusinstellingen (N=22) is het (geheel) eens met de stelling dat de informatie begrijpelijk is voor de jeugdigen, 36% is het eens noch oneens en 18% is het (geheel) oneens met deze stelling. Bij de respondenten van de justitiële jeugdinrichtingen (N= 41) is 56% het (geheel) eens, 24% het eens noch oneens en 19% het (geheel) oneens met deze stelling. In beide soorten instellingen verwacht dus bijna een vijfde van de respondenten dat de informatie niet begrijpelijk is voor jeugdigen.

### 5.3.8 Kamerinspectie, onderzoek aan lichaam en kleding en urinecontrole

In de jeugdzorgplusinstellingen mogen kamerinspectie, onderzoek aan lichaam en kleding en urinecontrole tegen de wil van de jeugdige en degene met het gezag worden toegepast als dit noodzakelijk is om de met de jeugdhulp beoogde doelen te bereiken of voor zover noodzakelijk om te voorkomen dat de jeugdhulp aan andere jeugdigen wordt tegengewerkt. (artikel 6.3.4 Jw) Kamerinspectie is gericht op onderzoek naar verboden voorwerpen en urineonderzoek (UC) op controle van middelengebruik. Het onderzoek aan lichaam en kleding wordt niet nader toegelicht. Hoe de jeugdige daarover wordt voorgelicht, verschilt per instelling. In de ene instelling wordt in de huisregels toegelicht hoe dat onderzoek eruit ziet en in een andere instelling staat er in de huisregels niet meer dan wat er in de wet staat, maar wordt het wel voor het personeel in een werkinstructie geconcretiseerd. Een voorbeeld van een omschrijving van het onderzoek aan het lichaam in de huisregels is de volgende:

#### Huisregels jeugdzorgplusinstelling

Bij een onderzoek aan het lichaam mag het hele lichaam van buitenaf worden bekeken, ook in lichaamsholten zoals je mond, je oren en je anus mag worden gekeken. Bijvoorbeeld om te controleren of je daar geen verboden voorwerpen, zoals drugs, in hebt gestopt. Dit soort onderzoek wordt bij voorkeur gedaan in een kamer waar niet zomaar iedereen naar binnen kan kijken. Als het mogelijk is, wordt het onderzoek bovendien gedaan door een medewerker van het eigen geslacht.

Uit de verschillende stukken blijkt dat de jeugdige zich niet helemaal hoeft uit te kleden, maar de onderbroek en bh aan kan houden. In de hierboven genoemde huisregels staat wel vermeld dat in de anus mag worden gekeken, maar volgens de jurist van deze instelling zou dat in de praktijk niet gebeuren. Een jongere hoeft nooit naakt voor groepsleiding te staan. Als in incidentele gevallen wordt

vermoed dat er drugs aanwezig kunnen zijn krijgt een jongere een scheurjurk aan en kan hij zich dan daaronder dan uitkleden. Met drie kniebuigingen moeten de verstopte zaken dan wel tevoorschijn zijn gekomen. Het blijft echter toch een ingrijpend middel bij een jeugdige en een gesprekspartner van jeugdzorgplusinstelling betwijfelt of het doel deze middelen rechtvaardigt, zeker nu het systeem niet waterdicht is.

### **Directielid jeugdzorgplusinstelling**

‘Ik denk niet dat ze minder spullen binnen krijgen doordat ze visitatie doen. Hier stoppen ze het ook onder de boom. Je kunt beter het gedrag in de gaten houden.’

Uit gesprekken met jongeren in verschillende jeugdzorgplusinstellingen blijkt dat urinecontroles vrij geregeld worden gebruikt in verschillende jeugdzorgplusinstellingen en daar ook aanleiding toe is vanwege het gebruik van softdrugs.

### **Een jongen in een jeugdzorgplusinstelling**

‘Er worden geregeld urinecontroles gehouden. Als je hebt gebloed ben je al je privileges kwijt en moet je weer opnieuw beginnen met opbouwen.’

### **Een jongen in een andere jeugdzorgplusinstelling**

‘Bij verdenking van drugs worden er regelmatig UC’s uitgevoerd, maar ook visitaties en kamerdoorzoeken. Laatst was er een XTC-pil gevonden, de politie kwam toen en alles werd doorzocht. Op de groep wordt veel gedeald, meer dan buiten de instelling. Veel jongeren weten de UC met trucjes te omzeilen. Een weigering draait uit op een programma met veel restricties.’

Daartegenover is de hoofdgrond in de Bjj voor dit soort controlemaatregelen niet gericht op het doel van de hulpverlening, maar op de noodzaak in het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting. Kamerinspectie kan tevens plaatsvinden op basis van het algemeen toezicht op de aanwezigheid van verboden voorwerpen in de kamers en in het kader van de wet DNA-onderzoek veroordeelden, waar dus een duidelijke relatie is met het strafbare feit. Urinecontrole<sup>486</sup> kan tevens plaatsvinden in verband met de beslissing tot plaatsing of overplaatsing of het verlaten van de inrichting. Onderzoek aan lichaam en kleding kan tevens worden verricht bij de binnenkomst of het verlaten van de inrichting en voor of na bezoek (art.34 lid 1, 35 lid 1 Bjj en 39 lid 1 Bjj). Met betrekking tot het onderzoek aan het lichaam bepaalt de Bjj dat dit ook het uitwendig schouwen van de lichaamsopeningen en –holten omvat en op besloten plaatsen moet worden uitgevoerd en, voor zover mogelijk, door personen van hetzelfde geslacht (art.34 lid 2 en 3 Bjj). Omdat de wetgever zich baseerde op de uitleg van diezelfde begrippen in strafvordering, kan worden verdedigd dat het

---

486 Regeling urine onderzoek jeugdigen, *Stcrt.* 2001, nr. 156, p. 24.

onderzoek van de anus of vagina hier niet onder valt, maar onder het onderzoek in het lichaam (art.36 Bjj).<sup>487</sup>

### 5.3.9 Verblijf op de afgesloten kamer als onderdeel van het regime

#### Een jeugdrechtsadvocaat

‘Het moment dat ’s avonds de deur op slot gaat en een jeugdige dus in feite in zijn kamer wordt opgesloten, is voor alle jeugdigen moeilijk en dat gebeurt niet alleen in de justitiële jeugdinrichtingen, maar ook in gesloten jeugdzorg.’

De opsluiting op kamer gedurende de nacht valt onder het plaatsverbod dat volgens de Jeugdwet kan worden opgenomen in het hulpverleningsplan als dat nodig om te voorkomen dat de jeugdige zich onttrekt aan de noodzakelijke jeugdzorg of als dat nodig is voor de veiligheid van de jeugdige of anderen (art.6.3.1 Jw). Tijdens de bezoeken aan drie verschillende jeugdzorgplusinstellingen bleek dat de deuren bij twee daarvan ’s nachts op slot gaan. Bij de derde gaan de deuren niet op slot, maar is er een elektronische melder die bij de pedagogisch medewerker aangeeft of de deur open is. Met een camera kan vervolgens worden gekeken of dit gebeurt in het kader van toiletbezoek of dat er wat anders aan de hand is. Het afsluiten van de kamer tijdens de nacht wordt ook gekoppeld aan de fase waarin jeugdigen zich bevinden.

#### Huisregels jeugdzorgplusinstelling

Gedurende de nacht gaat jouw deur op slot. Er is ’s nachts een loge-medewerker die je voor spoedgevallen (dus niet voor wc-rollen) altijd kan bereiken. In fase 4 krijg je jouw kamersleutel. Hiervoor moet je een sleutelcontract ondertekenen. Je bent dan zelf verantwoordelijk voor het afsluiten van je kamer.

In de Bjj is het plaatsverbod niet geregeld, maar is andersom het recht geregeld om minimaal 77 uur per week waarvan minimaal 8,5 uur per dag in leefgroepen te verblijven en deel te nemen aan gemeenschappelijke activiteiten (art.22 Bjj) wat betekent dat de jeugdige dat recht voor de overige uren niet heeft en dus op de afgesloten kamer kan zitten. Hoewel het gaat om een minimumnorm is het dagprogramma van veel justitiële jeugdinrichtingen precies op die norm afgesteld waardoor jeugdigen meestal rond 21.00 uur op hun kamer worden ingesloten voor de nacht en ook overdag op een bepaald uur worden ingesloten voor de wisseling van de diensten van het personeel.

---

487 Liefwaard en Bruning 2011b, p.333.

### **Voorbeeld van een dagprogramma in een justitiële jeugdinstelling**

07:30 douchen  
08:15 ontbijt en daarna luchten  
09:00 school per blok van een uur, na elk uur wordt er een kwartier gepauzeerd  
12:30 lunch  
13:15 vervolg van school  
15:15 eventueel wat telefoneren en op de groep bij elkaar zitten  
16:00 naar kamer  
17.00 eten en aansluitend spellen spelen, tv kijken en sporten  
21.15 insluiten op de kamer

Het is echter de vraag of de vaste insluiting voor de nacht en het insluiten in verband met personeelwisselingen strookt met de beginselen van opvoeding en behandeling. Een directielid van een jeugdzorgplusinstelling en voormalige justitiële jeugdinstelling vindt van niet en constateert daarbij verschillen tussen particuliere en rijksinstellingen.

### **Directielid jeugdzorgplusinstelling**

'Binnen houden zonder muur en hek doe je door een band op te bouwen met de jeugdigen. Ze mogen hier gewoon naar school, ook buiten het terrein. Ook toen we nog een justitiële jeugdinstelling waren, hadden we 14 uur dagprogramma in plaats van het minimum van 8,5 uur. Er zijn instellingen die op minimum gaan zitten en vanwege personeelstekort soms eronder. Rijksinstellingen kunnen nooit groepen open houden en particuliere wel. Particuliere instellingen hebben minder geld maar een andere cultuur. Je kunt mij niet uitleggen hoe je ooit een kind 1 uur achter de deur moet zetten vanwege personeelstekort of vanwege rustpauzes van het personeel. Dat doe je gewoon niet. Ze gaan alleen 's nachts naar kamer, om 21.30 uur of 22 uur afhankelijk van de leeftijd, mogen nog half uurtje lezen, in het weekend om 23 uur. Elk jaar klap ik met de OR af dat er geen rustpauzes zijn, want je werkt met kinderen.'

In de justitiële jeugdinstellingen zijn verder programma's en afdelingen waarbinnen het aantal uren op groep volgens de Bjj nog verder kan worden beperkt en daarmee het aantal uren op de afgesloten kamer nog verder uitgebreid. Tijdens het inkomstenprogramma kan met als grond observatie met het oog op het perspectiefplan en de meest geschikte groep het aantal uren op groep voor maximaal drie weken worden beperkt tot 6 uur per dag (art.23 lid 1 en 2 Bjj). Het inkomstenprogramma is niet in de Jeugdwet geregeld, maar wordt daar in de praktijk wel toegepast, na overleg met degenen die het gezag hebben.

### **Een meisje in een jeugdzorgplusinstelling**

'Ik werd eerst 6 weken geobserveerd voordat er een behandelplan was. Dit was afgesproken met mijn ouders, behandelcoördinator en gezinsvoogd. Ik voelde me wel net een dier in een dierentuin met

Daarnaast zijn er nog enkele speciale programma’s en afdelingen voor jeugdigen met psychiatrische problemen. Het doseerprogramma met als grond de noodzaak in het belang van de geestelijke of lichamelijke ontwikkeling van de jeugdige of ter uitvoering van het perspectiefplan kent in het geheel geen minimum aantal uren op groep en kan door de directeur na overleg met de gedragsdeskundige van week tot week kan worden verlengd (art.23 lid 3 en 4 Bjj). En op de landelijke afdelingen voor intensieve zorg (VIC) en intensieve behandeling en de individuele trajectafdeling (ITA) kan het aantal uren verblijf op groep worden beperkt tot minimaal 6 uur per dag en in het weekend minimaal 4 uur per dag. Het gaat dan over het algemeen om jeugdigen die groepsongeschikt zijn vanwege hun persoonlijke stoornissen of gedrag. Het verblijf op de groep is ook met minder personen, minimaal twee. De directeur oordeelt na advies van een psychiater over de noodzaak tot voortzetting van het verblijf, op de afdeling voor intensieve zorg elke 6 weken (art.22a Bjj), voor intensieve behandeling elke 3 maanden (art.22b Bjj) en de individuele trajectafdeling elke 6 maanden na advies van een adviescommissie (art.22c Bjj).

### 5.3.10 Time-out en uitsluiting van verblijf op groep als maatregel of straf

Hiervoor ging het om kamerplaatsing als onderdeel van het regime. Kamerplaatsing wordt echter ook gebruikt als pedagogische maatregel, ordemaatregel of straf. De meest toegepaste pedagogische maatregel in beide soorten instellingen is de ‘time-out’ die in eerste instantie als doel heeft om te proberen de ongewenste gedraging te beëindigen en rust te laten terugkeren op de groep. Om meer rechtsbescherming te creëren is deze maatregel, die in de praktijk veelvuldig gebruikt werd, sinds 2011 in de Bjj opgenomen als pedagogische maatregel. Volgens die regeling kan een personeelslid de jeugdige naar de kamer sturen voor maximaal 1 uur en als het vaker wordt toegepast, maximaal 2 uur per dag. De grond voor toepassing is dat het gedrag van jeugdige verstorend is voor de rust in de groep en kortdurende uitsluiting ertoe bijdraagt dat het gedrag van de jeugdige gunstig wordt beïnvloed (art.23a Bjj). De time-out, die ook wordt toegepast in de jeugdzorgplusinstellingen, is niet expliciet in de Jeugdwet geregeld maar kan gezien de toelichting dat dit de maatregel kan inhouden dat de jeugdige op een bepaalde tijd niet meer van de kamer of afdeling af mag, worden begrepen onder het eerder besproken plaatsverbod (art.6.3.1 Jw).<sup>488</sup>

In de Bjj komt de uitsluiting van verblijf op groep of deelname aan activiteiten ook voor als ordemaatregel en uitsluiting van deelname aan activiteiten als disciplinaire straf. Als ordemaatregel kan dat als dat noodzakelijk is in het belang van de orde of veiligheid van de inrichting dan wel van een ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeneming of ter bescherming van de betrokken jeugdige voor maximaal 2 dagen, steeds met 2 dagen te verlengen. In geval van ziekte of verblijf op kamer op eigen verzoek is er geen termijn bepaald. (art.24 Bjj) Uitsluiting van deelname aan activiteiten als disciplinaire straf kan als de jeugdige betrokken is bij feiten die onverenigbaar zijn met de orde of veiligheid in inrichting dan wel met de ongestoorde tenuitvoerlegging van de

---

488 *Kamerstukken II, 2005/06, 30644, nr. 3, p. 15-16 en 26.*

vrijheidsbeneming, voor maximaal 4 dagen als de jeugdige jonger is dan 16, of voor maximaal 7 dagen als hij 16 jaar of ouder is (art.54 lid 1 en 55 lid 1 sub c Bjj) waarbij geen verlenging mogelijk is.

Het in de Jeugdwet geregelde plaatsverbod kent dus in de Bjj diverse varianten die ieder op zich zijn uitgewerkt met eigen gronden, termijnen, procedurevoorschriften en rechtsmiddelen, de in de vorige paragraaf besproken beperking van het verblijf op groep, het inkomstenprogramma, het doseerprogramma en plaatsing op bijzondere afdelingen, de time-out als pedagogische maatregel, de uitsluiting van verblijf op groep en deelname aan activiteiten als ordemaatregel en de uitsluiting van deelname aan activiteiten als disciplinaire straf met alle mogelijkheden van beklag en beroep.

In de praktijk blijken de time-out en de uitsluiting van verblijf van groep als ordemaatregel of disciplinaire straf in de justitiële jeugdinrichtingen wel in elkaar over te lopen. Een jeugdige wordt bij ongeoorloofd gedrag eerst aangesproken op zijn gedrag en gevraagd dit te matigen of te stoppen. Wanneer dit niet gebeurt, wordt hij gewaarschuwd dat zijn gedrag bij continuering bepaalde gevolgen zal hebben. Na oplegging van de time-out gaat de medewerker met de jeugdige in gesprek. In de tijd dat de jeugdige een time-out heeft, wordt nader bekeken wat de situatie is en wat het vervolg moet zijn. Kan met de time-out worden volstaan of is nadere actie gewenst en hoe moet het voorval dan geclassificeerd worden en moet er een ordemaatregel volgen of een disciplinaire straf? Deze beslissing wordt genomen door het afdelingshoofd. Volgens een aantal gedragsdeskundigen van justitiële jeugdinrichtingen wordt er in de praktijk veelal eerst voor gekozen om een langer verblijf op de kamer (aanvullend op de time-out) te classificeren als een ordemaatregel wat de vrijheid geeft om verder te onderzoeken wat er aan de hand is en wat passend is. Hieraan liggen pragmatische overwegingen ten grondslag. Wanneer vervolgens blijkt dat het voorval een disciplinaire straf rechtvaardigt, wordt het verblijf op de kamer vanaf de start aangemerkt als onderdeel van een disciplinaire straf.

Geïnterviewde gedragsdeskundigen en begeleiders van jeugdzorgplusinstellingen benadrukken dat het belangrijk is creatief te zijn om jeugdigen tot bepaald gedrag te bewegen en dat maatwerk per jeugdige belangrijk is. Dat zou nu juist de kunst zijn van het vak van begeleider. Over het algemeen wordt in een situatie waarin een jeugdige zich niet goed gedraagt, deze altijd eerst aangesproken op zijn gedrag. Het gesprek wordt aangegaan en de volgende stap is het geven van een waarschuwing. Wanneer dat niet helpt is het naar de kamer sturen over het algemeen een veel voorkomende maatregel. Vervolgens moet dan zo snel als mogelijk en passend is het gesprek worden aangegaan met de jeugdige. In een instelling die in het kader van dit onderzoek is bezocht wordt als alternatief voor de kamerplaatsing ook wel gesteld dat de jeugdige even naar de (afgesloten) tuin moet. Deze maatregel moet, net als iedere andere maatregel, wel passen bij het behandelplan. Ook kan in de jeugdzorgplusinstelling gebruik worden gemaakt van de mogelijkheid om jeugdigen die zich niet goed gedragen tijdelijk, bv. voor een week, terug te plaatsen in een andere fase. In die week dient de jongere een specifiek programma te volgen dat kan bestaan uit het doen van klusjes en het maken van schrijfopdrachten. Wanneer dit met goed gevolg is afgerond, wordt de jongere weer in zijn reguliere fase geplaatst.

Een veel voorkomend dilemma is hoe moet worden gereageerd op jeugdigen die niet naar school gaan of niet aan een groepsactiviteit willen deelnemen. Het beleid daarin lijkt van instelling tot

instelling te verschillen. In de ene jeugdzorgplusinstelling wordt de jeugdige op de kamer geplaatst voor de duur van de groepsactiviteit, in de andere jeugdzorgplusinstelling mogen jeugdigen wel op de leefgroep verblijven, maar dan zonder stroom. De gesprekspartner van een justitiële jeugdinrichting meldt dat op dit punt wordt geëxperimenteerd met het creëren van een meer pedagogisch klimaat door dit niet meer te straffen. Dit zou wel voor grote pedagogische uitdagingen zorgen. Overigens blijkt uit andere interviews dat die nieuwe methode, ontwikkeld door Peer van der Helm,<sup>489</sup> ook in de jeugdzorgplusinstellingen wordt ingevoerd. Beide soorten instellingen zouden daar dus gezamenlijk in optrekken.

#### **Een pedagogisch medewerker van een justitiële jeugdinrichting**

‘De klassen zijn hierdoor leger en er moeten andere manieren gevonden worden om de jongeren naar school te krijgen. We voelen ons daardoor onmachtig, de stok achter de deur is hierdoor verdwenen. Er worden hierdoor veel gesprekken gevoerd door pedagogische medewerkers met de jongeren. De jongeren zijn inmiddels echter gehard voor pedagogische praatjes en weten ze wat ze moeten zeggen om straffen te ontlopen. Dit kost allemaal erg veel tijd.’

### **5.3.11 Plaatsing in afzondering en vastpakken en vasthouden**

Wellicht de meest ingrijpende maatregel in beide soorten instellingen is de plaatsing in afzondering en het vastpakken en vasthouden daartoe, ook wel fixeren genoemd, wat in de justitiële jeugdinrichtingen zelfs nog gepaard kan gaan met het bevestigen van mechanische middelen. Plaatsing in afzondering en vastpakken en vasthouden kan in de gesloten jeugdhulp worden toegepast om te voorkomen dat de jeugdige zich onttrekt aan de noodzakelijke jeugdzorg of voor de veiligheid van de jeugdige of anderen (art.6.3.1 Jw) terwijl deze in de Bjj een ordemaatregel is of disciplinaire straf. Grond voor de ordemaatregel is dat dit noodzakelijk is in het belang van de orde of de veiligheid van de inrichting, een ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeneming of ter bescherming van de jeugdige, afhankelijk van de leeftijd voor maximaal 1 of 2 dagen, eenmaal voor dezelfde duur te verlengen als de noodzaak tot afzondering nog bestaat en in noodsituaties door het personeel voor maximaal 15 uur (art.24 lid 1 en 25 Bjj). De opsluiting in een strafcel of andere verblijfsruimte kan als disciplinaire straf worden toegepast als de jeugdige betrokken is bij feiten die onverenigbaar zijn met orde of veiligheid in inrichting dan wel met de ongestoorde tenuitvoerlegging van vrijheidsbeneming, afhankelijk van de leeftijd voor maximaal 4 of 7 dagen. (art.55 en 56 Bjj). Het regime voor de strafcel en de afzonderingscel zijn samen geregeld in één ministeriële circulaire.<sup>490</sup>

In de justitiële jeugdinrichtingen kan afzondering gepaard gaan met de bevestiging van mechanische middelen als dat noodzakelijk is ter afwending van een van jeugdige uitgaand ernstig gevaar voor zijn gezondheid of voor veiligheid van anderen dan de jeugdige en afhankelijk van de leeftijd, maximaal 12 of 24 uur duren (art.38 Bjj). Het is omgeven met veel vormvoorschriften en uitgewerkt in een

---

489 Van der Helm 2011.

490 Regeling straf- en afzonderingscel justitiële jeugdinrichtingen, *Stcrt.* 2001, nr. 156, p. 21.

circulaire.<sup>491</sup> Het gebruik van mechanische middelen is in de gesloten jeugdhulp uitgesloten met als argument dat in het geval die middelen nodig zijn, er vaak sprake zou zijn van een zodanige psychiatrische stoornis dat de jeugdige beter geholpen kan worden in een psychiatrisch ziekenhuis.<sup>492</sup> Dat argument gaat echter ook op voor jeugdigen in de justitiële jeugdinrichtingen. Los daarvan is in de Bij ook de toepassing van geweld en vrijheidsbepalende middelen geregeld (art.40 Bij) en uitgewerkt in een circulaire.<sup>493</sup> Dit kan vrij ver gaan en het is de vraag of dit past in een inrichting waar opvoeding en behandeling centraal staan.

Voor de afzondering zijn er ook in de justitiële jeugdinrichtingen protocollen, maar volgens een gedragsdeskundige en pedagogisch medewerker zouden die er in de praktijk niet bij worden gehaald en zouden de cursussen die aan de hulpverleners worden gegeven leidend zijn voor de handelwijze tijdens een crisissituatie. De protocollen, die leidend zijn in dergelijke cursussen, worden regelmatig bijgesteld.

### **Gedragsdeskundige en pedagogisch medewerker in een justitiële jeugdinrichting**

'Plaatsingen in de isoleercel komen nauwelijks voor. Wanneer er sprake is van een gevaar worden eerst plaatsing op de eigen kamer of een time-out kamer overwogen. Wanneer een jongere in een isoleercel wordt geplaatst wordt de afdelingsmanager geraadpleegd, 's nachts telefonisch, maar vaak achteraf. Wanneer isolatieplaatsing met cameratoezicht plaatsvindt moeten de gedragswetenschapper en de directeur toestemming geven.'

In de Jeugdwet is niet geregeld hoe lang de afzondering mag duren en waar die plaatsvindt. De wetgever verwees daartoe naar de norm van verantwoorde zorg waaruit zou volgen dat jongere kinderen slechts bij hoge uitzondering en alleen gedurende hele korte tijd mogen worden afgezonderd. Die norm zou ook de omstandigheden bepalen waaronder afzondering kan plaatsvinden, in de eigen kamer of een speciale afzonderingsruimte.<sup>494</sup> Een jongen in een jeugdzorgplusinstelling zegt precies op de hoogte te zijn en noemt duidelijke termijnen voor verschillende leeftijden. Uit zijn verhaal blijkt ook dat hij het niet als een opvoedingsmiddel ervaart, maar als een straf.

### **Een jongen in een jeugdzorgplusinstelling**

'Kinderen jonger dan 12 mogen maximaal 2 uur in de isoleercel, van 12 tot 16 jaar een dag en 16 jaar en ouder zo lang als ze willen. Na de plaatsing wordt de gebeurtenis uitgetypt en je ouders opgebeld. Ik vind plaatsing in een isoleercel een erge straf. Je kan alleen nadenken en dat is ook de bedoeling. Plaatsing is je eigen schuld.'

---

491 Regeling toepassing mechanische middelen, *Stcrt.* 2001, 156, p. 20.

492 *Kamerstukken II*, 2005/06, 30644, nr. 3, p. 26.

493 Regeling geweldsinstructie justitiële jeugdinrichtingen, *Stcrt.* 2001, 156, p. 23.

494 *Kamerstukken II*, 2005/06, 30644, nr. 3, p. 15-16 en 26.



Volgens een gesprekspartner van een jeugdzorgplusinstelling hebben bepaalde jeugdigen bij een agressieaanval, op basis van hun behandelplan, de keuze in welke kamer ze geplaatst worden. Hun eigen kamer of de afzonderingsruimte. Wanneer ze in de afzonderingsruimte geplaatst worden, komt binnen een half uur na de plaatsing een pedagogisch medewerker langs die checkt hoe het met de jeugdige is. Indien deze tot rust is gekomen wordt het gesprek met de jeugdige aangegaan over de wijze waarop hij weer zou kunnen terugkeren. Indien de rust nog niet is wedergekeerd, komt de medewerker na een kwartier weer kijken. Dit wordt indien nodig herhaald. Wanneer het na een uur nog niet rustig is, treedt de pedagogisch medewerker in overleg met de zorgcoördinator (gedragsdeskundige) over de wijze waarop verder wordt gehandeld. Het tijdstip waarop de pedagogisch medewerker weer komt kijken, wordt altijd aan de jeugdige medegedeeld.

De verantwoordelijke pedagogisch medewerker beslist over het al dan niet plaatsen van de jongere in de afzonderingscel. De andere aanwezige medewerkers bij de situatie, meestal minimaal vier, voeren uit wat hij aangeeft. Ook het contact met de jongere wordt door de verantwoordelijke pedagogisch medewerker uitgevoerd. Wanneer een jongere in een afzonderingscel wordt geplaatst, wordt de afdelingsmanager geraadpleegd en moet de directeur het formeel goedkeuren. Vaak vindt het raadplegen van de afdelingsmanager gezien de acute noodzaak van de situatie pas achteraf plaats. Na plaatsing vindt er vaak contact plaats met de gedragswetenschapper die meedenkt over de vervolgstappen. Mocht er behoefte zijn aan verdere evaluatie dan wordt het calamiteitenopvangteam betrokken. Dit team zoekt ook op eigen initiatief contact met hulpverleners die bij een incident betrokken zijn. Wanneer de jongere weer in staat is om te functioneren op de eigen kamer wordt deze uit de cel gehaald. Het hangt van de gedragswetenschapper en van de situatie af welk moment er gekozen wordt om contact te leggen met de jongere. Dat kan na een uur zijn, of na bijvoorbeeld zes uur. Het is volgens sommige gedragsdeskundigen niet goed mogelijk om met de jeugdige te overleggen wanneer ze weer komen kijken. Jeugdigen waarmee is gesproken en die hier ervaring mee hebben, zeggen dit zeer negatief waarderend. Met name het niet weten hoe lang je al in afzondering verblijft, zou veel frustraties opleveren.

### 5.3.12 Gedwongen hulpverlening en gedwongen medische behandeling

Twee dwangmaatregelen die wel expliciet in de Jeugdwet zijn opgenomen en niet in de Bij, zijn gedwongen hulpverlening en gedwongen medische behandeling. Beide kunnen worden toegepast als dat nodig is ter bereiking van de met de jeugdhulp beoogde doelen. Bij de medische behandeling, waaronder het toedienen van medicijnen, kan dat ook ter afwending van het gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van de jeugdige of anderen. (art.6.3.2 Jw) Dwangbehandeling is in de justitiële jeugdinrichting alleen mogelijk op de eerder genoemde landelijke afdelingen voor intensieve zorg en intensieve begeleiding. In de reguliere groepen lukt het wel om jeugdigen te stimuleren hun medicijnen te nemen, maar is het per medewerker verschillend of daarbij wordt gedreigd, zo bleek tijdens een groepsgesprek met Pij-jongeren in een justitiële jeugdinrichting. De ene groepsleider zou je proberen over te halen de medicijnen te nemen door te wijzen op de eventuele bijwerkingen, de andere groepsleider zou dreigen met kamerplaatsing.

In de justitiële jeugdinstelling zijn er ook hulpverleningsprogramma's. Deze worden echter niet afgedwongen, al is de Youturn-methode wel landelijk ingevoerd en worden sommige therapieën afgedwongen door de daaruit voortkomende plannen als voorwaarde te stellen voor verlof.

### **Gedragwetenschapper in een justitiële jeugdinstelling**

'De jongeren worden continu met hun gedragsstoornis bezig gehouden volgens de *Youturn*-methode. Dit gaat om het aansturen van gedrag, gedragsalternatieven aanbieden en het spiegelen van gedrag. *Leren van delict* is de therapie die door alle jongeren gevolgd wordt. Hierin wordt het delict grondig geanalyseerd samen met de jongere. Aansluitend wordt er een preventieplan opgesteld om delict-herhaling te voorkomen. Wanneer jongeren op verlof willen moet er een dergelijke delict-analyse plaats hebben gevonden.

Andere therapieën zijn *AR op maat* (agressie regulatie), *SOVA op maat* (sociale vaardigheidstraining), *Brains4Use* (terugdringen drugs en alcoholgebruik), *EMDR* (*traumaverwerking*). Deze therapieën worden los van elkaar gegeven. Er zijn jongeren die alle beschikbare modules doorlopen en jongeren die geen enkele module volgen. Het dwingen tot het volgen ervan heeft geen zin. Er worden alleen resultaten geboekt als de jongere gemotiveerd is.'

Bij de dwangbehandeling in de jeugdzorgplusinstelling is de wet BIG is van toepassing wat betekent dat alleen degenen die ingevolge die wet bevoegd zijn tot het voorschrijven en toedienen van medicijnen deze maatregel mogen toepassen en injecties zijn voorbehouden aan verpleegkundigen en artsen. De regeling is een *lex specialis* ten opzichte van de regeling van de behandelovereenkomst in de Wgbo waardoor het daar opgenomen toestemmingsvereiste niet geldt als aan de criteria wordt voldaan.<sup>495</sup> Eerder (par.5.3.5) is al aangegeven dat hierbij ook werd gedacht aan het maken van een röntgenfoto in verband met het inslikken van voorwerpen waarbij de vergelijking werd gemaakt met het onderzoek in het lichaam, in de Bij opgenomen onder de controlemaatregelen. In de Bij is ook het gedogen van een medische handeling, wat anders dan dwangbehandeling een eenmalige gebeurtenis is, een controlemaatregel die kan worden toegepast als dat volgens een arts volstrekt noodzakelijk is ter afwending van gevaar voor gezondheid of veiligheid van de jeugdige of anderen (art.37 Bij). Beide maatregelen moeten worden uitgevoerd door een arts of in zijn opdracht, een verpleegkundige. De Jeugdwet kent dit voorschrift niet. Het is zelfs zo dat er in de meeste jeugdzorgplusinstellingen geen arts is.

### **Leidinggevende gesloten jeugdzorginstelling**

'Jeugdzorgplus hoeft geen medische dienst te hebben. Dat is bizar. Het zijn ingewikkelde kinderen. Waarom in de justitiële jeugdinstelling wel en in jeugdzorgplus niet?'

Er is dus ook geen arts betrokken bij het opstellen van het behandelplan waar dwangmedicatie in is opgenomen. Daarover kan echter pas worden geklaagd als het plan ten uitvoer wordt gelegd.

---

495 *Kamerstukken II*, 2012/13, 33684, nr. 3, p. 199.

## Een jeugdrechtsadvocaat

'In de jeugdzorgplus komt er geen medicus te pas aan het opstellen van het behandelplan, ook niet als er dwangmedicatie in wordt opgenomen. Pas wanneer het plan wordt uitgevoerd kan daarover worden geklaagd bij Bureau Jeugdzorg en beroep worden ingesteld bij de RSJ.'

Sinds 2012 is het na harmonisatie met de Pbw en de Bvt<sup>496</sup> mogelijk om verplichte medicatie toe te dienen op de landelijke afdelingen voor intensieve zorg en intensieve begeleiding. Het gaat dan om een jeugdige die niet in een groepsregime kan verblijven, op de afdeling voor intensieve zorg omdat hij in een crisissituatie verkeert als vermoedelijk gevolg van een psychiatrische - of een persoonlijkheidsstoornis en plaatsing noodzakelijk is voor het stabiliseren en zo nodig stellen van een diagnose (art.22a lid 1 Bjj) en op de afdeling voor intensieve behandeling omdat hij vanwege een psychiatrische - of een persoonlijkheidsstoornis extra begeleiding nodig heeft en plaatsing noodzakelijk is ter stabilisatie en behandeling (art.22b lid 1 Bjj). De dwangbehandeling is geregeld naar voorbeeld van de Wet Bopz met hetzelfde gevaarscriterium (art.51a Bjj) en hetzelfde uitgangspunt dat behandeling alleen plaatsvindt volgens een behandelplan waarover overeenstemming is (art.51b en 51c Bjj), waarop dwangbehandeling een uitzondering vormt. Die kan voor maximaal 3 maanden worden toegepast als aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen (a-behandeling) of als dit volstrekt noodzakelijk is om het gevaar af te wenden dat binnen de inrichting wordt veroorzaakt (b-behandeling). (art.51d Bjj) Ook deze dwangbehandeling is omgeven met waarborgen waaronder gemotiveerde verklaringen van de behandelend psychiater en de niet behandelend psychiater dat de jeugdige psychiatrisch gestoord is en de grond voor dwangbehandeling zich voordoet (art.51e Bjj).

### 5.3.13 Verlof

Een belangrijk instrument om vorm te geven aan het doel van terugkeer naar de samenleving is de mogelijkheid van verlof om de instelling te verlaten. Verlof staat noch in de Jeugdwet noch in de Bjj als een recht in de wet. Voor jeugdigen in een jeugdzorginstelling is dit geregeld in het hulpverleningsplan. Aanvullend daarop kan de jeugdige ook verlof worden verleend als dit gelet op de reden van zijn verblijf in de accommodatie verantwoord is en een gekwalificeerde gedragswetenschapper daarmee instemt. Er is geen vastgesteld recht op verlof omdat dit zich volgens de wetgever niet zou verdragen met de noodzaak de jeugdige zijn vrijheid te ontnemen. Bepalend voor verlof is de ontwikkeling van de jeugdige binnen de instelling, waarbij het verlof een instrument is om dat gedrag positief te beïnvloeden.<sup>497</sup> Het wordt alleen verleend als redelijkerwijs kan worden aangenomen dat de jeugdige de daaraan verbonden voorwaarden, die zijn gerelateerd aan zijn problematiek, zal naleven. Als de jeugdige zich daar niet aan houdt, kan het verlof worden ingetrokken en moet het worden ingetrokken als voortzetting daarvan gezien de problemen van de

---

496 Wet van 13 september 2012 tot wijziging van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden, de Penitentiaire beginselenwet en de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen in verband met de verruiming van de mogelijkheid onvrijwillige geneeskundige behandeling te verrichten, *Stb.* 2012, 410.

497 *Kamerstukken II*, 2005/06, 30644, nr. 3, p. 29-30.

jeugdige, niet langer verantwoord is. De voorwaarden kunnen ook worden gewijzigd (art.6.4.1 Jw). In de jeugdzorgplusinstellingen is het verlov vaak onderdeel van de fase waarin je zit.

Verlov is, mede door het huidige politieke klimaat, een recht dat heel anders is geregeld in de justitiële jeugdinrichtingen. Verlov kan daar alleen met machtiging van de minister van V en J worden verleend die beziet of de risico's voor de continuïteit van de tenuitvoerlegging en voor de maatschappelijke orde en veiligheid afgewogen tegen het belang van de jeugdige aanvaardbaar zijn (art.30 Rjj).<sup>498</sup> Dat beleid staat soms op gespannen voet met het doel van resocialisatie.

### **Hoofd behandeling en opvoeding van een justitiële jeugdinrichting**

'Gedragswetenschappers zien het verlov als onderdeel van het behandeltraject en als onmisbaar deel van het resocialisatieproces. Verloven worden echter steeds minder toegestaan en steeds strenger begeleid. Er worden vaak meerdere begeleiders meegestuurd en behandelaren worden ingeruild voor beveiligers om het onttrekkingsrisico zoveel mogelijk te minimaliseren. Dit komt het resocialisatieproces niet ten goede.'

Het verlov wordt ook hier verleend onder voorwaarden. Naast de algemene voorwaarde dat de jeugdige geen misdrijf zal plegen kan de directeur ook bijzondere gedragsvoorwaarden stellen. De directeur kan het verlov intrekken indien de jeugdige een bepaalde voorwaarde niet nakomt of als dat noodzakelijk is met het oog op de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de jeugdige voor de veiligheid van anderen dan de jeugdige of de algemene veiligheid van personen of goederen. (art.30 Bjj).

Verlov wordt langzaam opgebouwd. Het begint met een ochtend of middag begeleid verlov en het wordt langzaam uitgebreid. Of daadwerkelijk verlov wordt verleend kan afhankelijk zijn van het gedrag van de jeugdige in de instelling. Goed gedrag is een voorwaarde voor verlov, maar dat betekent niet dat de jeugdige geen verlov krijgt als hem een ordemaatregel of straf is opgelegd. Of in zo'n geval verlov wordt verleend, is altijd maatwerk. Gekeken wordt of verlov op dat moment past bij zijn gedrag en of het goed is in het kader van de behandeling om verlov te verlenen. Gesprekspartners zijn van oordeel dat verlov binnen het behandeltraject een onmisbaar deel is van het resocialisatieproces en benadrukken dat belang ervan. Een groot verschil tussen verlov van civielrechtelijk geplaatste jeugdigen en verlov van strafrechtelijk geplaatste jeugdigen is dat de laatste groep onder een vergrootglas ligt en het Ministerie van Veiligheid en Justitie geen risico's wil nemen.

---

498 Regeling van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie d.d. 1 april 2014, houdende regels aangaande het verlaten van de justitiële jeugdinrichting bij wijze van verlov of scholings- en trainingsprogramma (Regeling verlov en STP jeugdigen), *Stcrt.* 2014 nr. 9440.

### **Een jeugdofficier van justitie**

‘De mate om in te spelen op de ontwikkeling van het kind is binnen de Pij-maatregel veel minder dan in gesloten jeugdzorg. Je moet aan veel vereisten voldoen, er is altijd toestemming van Den Haag nodig en die zeggen altijd eerst ‘nee’, het duurt eindeloos. In de jeugdzorgplus kunnen behandelaars zelf bepalen of jongeren naar buiten toe kunnen om te oefenen met vrijheden.’

## **5.3.14 Informatie en inspraak**

In een situatie waarin jeugdigen zich in een zo grote mate van afhankelijkheid van een gesloten instelling bevinden, is het belangrijk dat ze geïnformeerd worden over de regels en ook zelf enige invloed kunnen uitoefenen op het leefklimaat. In zowel de jeugdzorgplusinstellingen als de justitiële jeugdinrichtingen wordt daartoe gebruik gemaakt van huisregels. In de justitiële jeugdinrichtingen is daarvoor in de wet een model<sup>499</sup> voorgeschreven (art.4 lid 1 Bjj) waarmee de wetgever een zekere uniformiteit wilde bereiken zonder afbreuk te doen aan lokale invulling. In de Jeugdwet wordt voorgeschreven dat de jeugdige zo spoedig mogelijk een schriftelijk overzicht moeten worden gegeven van de op grond van de wet aan hem toekomende rechten wat mondeling moet worden toegelicht (art. 6.1.4 lid 10 en 6.2.4 lid 2 en 3 Jw). Ook voor de justitiële jeugdinrichtingen schrijft de wet voor dat de jeugdige bij binnenkomst in de inrichting moet worden geïnformeerd over zijn rechten en plichten, maar dan schriftelijk en in een voor hem begrijpelijke taal (art.60 Bjj). Het voorschrift van de mondelinge toelichting ontbreekt hier dus en dat lijkt een groot verschil te maken omdat niet alle jongeren zo taalvaardig zijn.

### **Een pedagogisch medewerker in een justitiële jeugdinrichting**

‘Wanneer de jongere hier geplaatst wordt, krijgt hij een regel- en afsprakenboekje en is er de mogelijkheid om de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen (Bjj) in te zien. Een groot deel van de jongeren is echter beneden gemiddeld begaafd waardoor een volledige informatievoorziening lastig is.’

In een groeps gesprek met vier Pij-jongeren in deze justitiële jeugdinrichting gaven deze jeugdigen inderdaad aan dat ze het boekje met alle regels en rechten dat je bij binnenkomst krijgt, lastig te begrijpen vonden. Ze zouden er vooral mee bekend raken door de dagelijkse routine en door informatie van andere jongeren.

---

499 Regeling van de Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie d.d. 6 juli 2011, nr. 5699818/11/DJI, houdende vaststelling van een model voor huisregels voor een justitiële jeugdinrichting (Regeling model huisregels justitiële jeugdinrichtingen), *Stcrt.* 2011, nr. 12895.

## Een jongen in een justitiële jeugdinrichting

‘Hier is heel onduidelijk wat je rechten zijn. Ik ben al 7 keer in een justitiële jeugdinrichting geplaatst en heb nooit huisregels ontvangen, alleen de regels van de groep. In de jeugdzorgplusinstelling, waar ik 1,5 jaar heb gezeten, namen ze de tijd om alles aan me uit te leggen en is alles ook veel duidelijker geregeld, ook omdat je daar een individueel regime hebt.’

Mondelinge toelichting lijkt dus gewenst te zijn en het feit dat in de jeugdzorgplusinstellingen veel beperkingen ook in het individuele plan zijn opgenomen, dat moet worden besproken met de jeugdige, biedt ook meer gelegenheid om die regels toe te lichten.

In beide soorten inrichtingen is ook een vorm van inspraak geregeld. In de jeugdzorgplusinstelling is er voor alle jeugdhulpinstellingen voorgeschreven dat er een Cliëntenraad moet worden ingesteld (art.4.1.9 Jw) waar jongeren aan deel kunnen nemen en inspraak kunnen hebben in zaken die het leefklimaat in de instelling raken. Zo’n raad komt echter maar enkele keren per jaar bij elkaar. Jeugdzorgplusinstellingen met een echt pedagogisch klimaat kennen daarnaast het uit het onderwijs bekende groeps gesprek, dat zelfs verplicht is, en hebben aan de tijd als justitiële jeugdinrichting ook nog de Jongerenraad overgehouden die ook wordt bijgewoond door een lid van de Cliëntenraad.

## Huisregels jeugdzorgplusinstelling

De Locatie Directeur zorgt ervoor dat er regelmatig overleg met een vertegenwoordiging van jullie plaatsvindt over zaken die jullie verblijf in de instelling aangaan.

Wij kennen twee vaste overlegvormen:

- 1 *Het groeps gesprek*: hier je bespreek je samen met jouw groepsgenoten en de in dienst zijnde pedagogisch medewerker allerlei zaken die de groep aangaan zoals:
  - de groeps sfeer (hoe gaat het met de groep als geheel, hoe gaat het onderling met elkaar, wat gaat goed, wat moeten we veranderen)
  - de activiteiten die we kunnen gaan doen
  - specifieke voor de groep actuele onderwerpen (b.v. angst, seksualiteit)
  - onderwerpen vanuit en voor de instellingsjongerenraad

Deelname aan het groeps gesprek is voor iedereen verplicht. De enige reden om hier niet bij te zijn, is als je ziek bent.

- 2 *De Instellingsjongerenraad*: tijdens dit overleg kunnen de afgevaardigde jongeren uit de unitraden praten over allerlei algemene beleidspunten en ontwikkelingen. Het zijn vaak onderwerpen waar alleen de directie of het managementteam over beslist of alles van weet. Indien passend binnen de behandeling en fasering gaat van iedere unit 1 jongere naar de instellingsjongerenraad.

De pedagogisch medewerker en de unitleider helpen je bij het bepalen in welke overleggen je het beste een onderwerp kunt inbrengen.

Daarnaast kent de instelling ook een *Cliëntenraad*. De Cliëntenraad bemoeit zich met allerlei algemene zaken die voor iedereen van belang zijn. Ze bemoeit zich dus niet met bijvoorbeeld een voorval tussen een jongere en een medewerker. Daar is de klachtregeling voor. In de cliëntenraad zitten leden namens de jongeren en de ouders/verzorgers. Een lid van de Cliëntenraad zal geregeld de

vergadering van de Instellingsjongerenraad bijwonen, om zo goed op de hoogte te zijn van wat er onder de jongeren speelt. De Cliëntenraad komt een aantal keer per jaar bij elkaar. De directie is verplicht voor het nemen van belangrijke besluiten eerst het advies van de Cliëntenraad te vragen. Het gaat dan bijvoorbeeld om besluiten over de informatievoorziening naar de jongeren en hun ouders/verzorgers of de klachtenregeling.

Voor de justitiële jeugdinrichtingen is voorgeschreven dat de directeur regelmatig moet overleggen met de jeugdigen over zaken die rechtstreeks hun verblijf raken en dat in dat overleg zowel de jeugdigen als de directeur onderwerpen aan de orde kunnen stellen. (art.79 Bjj) In de meeste inrichtingen is hiertoe een groepsvertegenwoordigersoverleg of Jongerenraad in het leven geroepen die maandelijks bijeenkomt en waar vertegenwoordigers van iedere groep ideeën kunnen opperen, maar ook kritiek kunnen uiten tegenover de directie van de inrichting.

### 5.3.15 Bemiddeling, beklag en beroep

Los van de mogelijkheden tot inspraak hebben jeugdigen in beide inrichtingen de mogelijkheid van beklag en beroep en om klachten te laten bemiddelen. Niet specifiek voor de gesloten jeugdhulp, maar voor alle jeugdhulp is er een algemene klachtenregeling over gedragingen van de zorgaanbieder of het personeel en een onafhankelijke vertrouwenspersoon (art.4.1.9 Jw). Daarnaast is er voor jeugdigen in gesloten jeugdhulp een speciale klachtenprocedure gericht op de beperkende maatregelen (par.6.5 Jw). In de justitiële jeugdinrichtingen is er een uit onafhankelijke leden bestaande commissie van toezicht die toezicht houdt, optreedt als beklagcommissie, en waarvan de leden bij toerbeurt optreden als maandcommissaris en klachten bemiddelen (art.7 Bjj).

De maandcommissaris vervult de taken van de vertrouwenspersoon als bedoeld in de Wet op de jeugdzorg maar is anders dan in de vertrouwenspersoon in de jeugdzorg geen als zodanig aangestelde betaalde kracht. Anders dan in de Jeugdwet waarin beide rollen gescheiden zijn, heeft de maandcommissaris naast de rol van vertrouwenspersoon ook de taak om te bemiddelen. In de jeugdzorgplusinstellingen hoeft er ook niet altijd bemiddeling te worden beproefd, maar geschiedt bemiddeling op verzoek van de klager door een lid van de klachtencommissie. Waar in de Bjj de maandcommissaris die bemiddelt tevens de vertrouwenspersoon is, kan de jeugdige zich hier bij die bemiddeling laten bijstaan door een vertrouwenspersoon. (art.6.2.1 en 6.2.2 concept Besluit Jeugdwet) De cliëntenvertrouwenspersoon kan ook een ondersteunende rol vervullen bij het indienen van de klacht welke steun volgens de wetgever bij jongere kinderen bijna altijd nodig zal zijn. Waar in de Bjj een strakke termijn van een week is, kunnen de klachten hier binnen een redelijke termijn worden ingediend zodat een jeugdige die hulp nodig heeft bij de klacht daar langer over kan doen en jeugdigen die aanvankelijk bang zijn om te klagen dat later alsnog kunnen doen.<sup>500</sup>

Beslissingen waarover volgens de Jeugdwet een klacht kan worden ingediend zijn die tot daadwerkelijke toepassing van de in het hulpverleningsplan opgenomen maatregelen tegen de wil van de jeugdige en dus een feitelijke handeling. Het gaat dan om alle in de Jeugdwet genoemde

---

500 *Kamerstukken II, 2005/06, 30644, nr. 3, p. 30-31.*

beperkende maatregelen, de maatregelen ter overbrugging van tijdelijke noodsituaties, vrijheidsbeperkende maatregelen tijdens het vervoer en een beslissing over het verlof (art.6.5.1 lid 1 Jw). Daarbij kan ook worden geklaagd over de duur van een opgelegde maatregel. Over het hulpverleningsplan zelf kan niet worden geklaagd, maar dit komt bij de behandeling van de klacht wel indirect aan de orde.

Een pedagogisch medewerker van een jeugdzorgplusinstelling vertelt dat twee vertrouwenspersonen van het AKJ zijn verdeeld over 150 kinderen en elke week spreekuur houden. Ze kennen alle jongeren en hun foto hangt met naam op het prikbord van de groep. De gesloten meisjesgroep heeft een vrouwelijke vertrouwenspersoon omdat er ook slachtoffers van loverboys en seksueel geweld zitten.

### **Hoofd behandeling en opvoeding jeugdzorgplusinstelling**

‘Klachten worden gestimuleerd omdat ze gebruikt kunnen worden bij een pedagogische interventie. Wel moet er rekening gehouden worden met de fase waarin de klachten worden geschreven, ook de klachtcommissie wordt hier op gewezen. In de eerste fase zien jongeren vaak alles als onrecht door het weinige probleembesef wat ze hebben en kunnen ze de behandeling niet in perspectief zien.’

De procedure voor bemiddeling en beklag in de justitiële jeugdinrichtingen is in 2011 vereenvoudigd op basis van de aanbevelingen in het Evaluatierapport van de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen.<sup>501</sup> Nieuw is dat de beklagwaardige beslissingen expliciet in de wet staan opgesomd en dat er altijd een poging tot bemiddeling moet worden gedaan door de maandcommissaris. De beslissingen waartegen volgens de Bij beklag kan worden ingesteld zijn opgesomd in de wet en te vinden in het schema in de bijlagen. Het betreft alle beperkende maatregelen met uitzondering van de time-out die als een pedagogische maatregel moet worden gezien. De genoemde beslissingen worden op schrift gesteld en de directeur moet de jeugdige in de gelegenheid stellen vooraf te worden gehoord. (art. 61 lid 1 en 62 lid 1 Bij) Vier jongeren met een Pij-maatregel waarmee werd gesproken in een justitiële jeugdinrichting en al enige tijd vastzitten en hebben geregeld klachten ingediend. Zij vinden het een belangrijk middel omdat de regels zo strak zijn en ver gaan dat het belangrijk is ze ook door de instelling zelf worden nageleefd.

Klachten komen volgens gesprekspartners vaker voor wanneer er ontevredenheid heerst op de groep en er een slecht klimaat heerst. In die zin kan het aantal klachten worden gezien als een afspiegeling van het klimaat. Klachten kunnen volgens gesprekspartners zowel een negatieve als een positieve impuls zijn. Ongemotiveerde jongeren komen soms in een soort vicieuze cirkel waarin ze constant bezig zijn met hun rechten en het afdwingen ervan en komt de behandeling niet ten goede. In het omgekeerde geval kan de mogelijkheid van het indienen van een klacht worden gebruikt om assertiviteit te stimuleren. Zo kan het gevoel van regie enigszins worden teruggegeven aan de jeugdigen. Twee Pij-jongeren geven aan het klachtrecht als een belangrijk middel te zien om agressie af te reageren.

---

501 Bruning, Liefwaard & Volf 2004.



## Een jongen in een justitiële jeugdinrichting

'Ik vind dat een uitlaatklep. Je zit hier in onmacht. Je bent bang om je frustraties te uiten omdat het dan escaleert en woorden tegen je worden gebruikt. Vroeger gebruikte ik geweld, maar daar heb je alleen jezelf mee. Nu dien ik een klacht in.'

De justitiële jeugdinrichtingen worden wekelijks bezocht door de maandcommissaris die dienst heeft, om klachten te bemiddelen. Er wordt dan samen met de teamleider en de jongere gekeken naar een mogelijke oplossing. Als de jongere er niet uit komt wordt de klacht doorgeleid naar de klachtencommissie. Volgens gesprekspartners gaat er op deze manier vaak acht weken overheen voordat een klacht formeel wordt behandeld. Dit is te lang, omdat het pedagogisch effect dan weg is en het niet in het belang is van de behandeling van jeugdigen om zo lang te moeten wachten op een uitspraak. De focus op bemiddeling is vanuit pedagogisch oogpunt te verklaren maar in sommige gevallen willen jeugdigen gewoon weten waar ze aan toe zijn en dan duurt deze procedure erg lang.

Tijdens een groepsgesprek met vier Pij-jongeren in een justitiële jeugdinrichting gaven alle jeugdigen aan met de maandcommissaris te maken te hebben gehad, maar daar weinig vertrouwen in te hebben. Hij of zij luistert wel aandachtig, maar doet er vervolgens niks mee. De afhandeling van klachten zou ook te lang duren, ook als snel uitkomst mogelijk is. Tijdens de procedure wordt gevraagd of je de klacht door wil zetten waardoor ze zich onder druk gezet voelen. De beklagcommissie wordt door deze jeugdigen niet als onafhankelijk gezien. Ze zeggen het idee te hebben dat er overleg tussen de instelling en de beklagcommissie wordt gepleegd waarna klachten ongegrond worden verklaard.

Een jeugdige die met zijn klacht voor de beklagcommissie moest verschijnen, vertelde dat hij het idee had dat hij het in zijn eentje moest opnemen tegen een heel bedrijf, omdat er allemaal mensen van de inrichting zaten. Tijdens de zaak werden allerlei woorden gebruikt die hij niet begreep. Hij had op dat moment geen juridische bijstand en voelde zich alleen staan. Vanuit die invalshoek, gecombineerd met de lengte van het proces denken de jeugdigen waarmee is gesproken dat het indienen van een klacht geen zin heeft, omdat dit toch niets oplevert. Sommige jeugdigen geven aan dat het wellicht meer op zou leveren als ze de mogelijkheid zouden hebben om aangifte te doen tegen begeleiders.

Tegen de uitspraak van de beklagcommissie kan beroep worden ingesteld bij een door de RSJ benoemde beroepscommissie (art. 74 Bjj) die wordt beschouwd als onafhankelijke rechter in de zin van het EVRM.<sup>502</sup> Er zijn aparte beroepsprocedures voor medisch handelen (art.55 Rjj) en voor beslissingen van de selectiefunctionaris (art.77 Bjj). De procedure voor beroep is in de jeugdzorgplusinstellingen gelijk aan die in de Bjj met dit verschil dat de tegenpartij hier de jeugdhulpaanbieder is en de term klachtencommissie wordt gebruikt in plaats van beklagcommissie (art.6.5.3 Jw). De voorzitter van de beroepscommissie heeft in beide procedures de bevoegdheid om een beslissing waartegen wordt geklaagd, te schorsen (art.75 Bjj en 6.5.2 Jw).

---

502 *Kamerstukken II, 2005/06, 30644, nr. 3, p. 17.*

### 5.3.16 Toezicht door de inspecties

Bij het toezicht wordt tot slot voor beide regimes een belangrijke taak vervuld door de Inspectie Jeugdzorg (IJZ) die ressorteert onder het ministerie van VWS heeft de taak om de kwaliteit te onderzoeken van de jeugdhulpaanbieders, maar ook om onderzoek te doen naar de kwaliteit in algemene zin van de inrichtingen van de Bij en waar nodig, het aangeven en bevorderen van middelen tot verbetering daarvan (art.9.1 Jw). De inspectie neemt daarbij de instructies van de Ministers in acht en houdt rekening met de behoeften van gemeenten. De inspectie brengt van haar bevindingen verslag uit aan degene bij wie het onderzoek is uitgevoerd en kan daarbij voorstellen doen tot verbetering van de kwaliteit. De ministers worden daar schriftelijk over geïnformeerd.

Het toezicht op de jeugdzorgplusinstellingen vindt zijn basis vooral in een toetsingskader dat door de inspectie is opgesteld in overleg met die instellingen zelf. Het toezicht wordt verricht in drie stappen. Vanaf 2009 heeft de inspectie stap 1 van het toezicht uitgevoerd dat was gericht naar de rechtspositie van de jongeren. Stap 2 van het toezicht betrof het leefklimaat van de jongeren en werd uitgevoerd vanaf 2010. Dat gebeurde voor wat betreft het onderdeel van de scholen in samenwerking met de Inspectie van het Onderwijs. Vanaf 2012 wordt samen met deze inspectie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) stap 3 van het toezicht uitgevoerd, gericht op het behandeltraject van de jongeren. Met een grote regelmaat verschijnen er rapporten per instelling per stap die te raadplegen zijn via de website van de Inspectie jeugdzorg. Nog in juli 2014 verschenen er vier rapporten met betrekking tot behandeltraject en/of leefklimaat van Lindenhorst-Almata, Schakenbosch, Horizon en de Koppeling.<sup>503</sup>

De inspectie legt geen boetes of dwangsommen op. Het instrumentarium bij overtredingen bestaat daaruit dat een rapportage wordt opgemaakt, een verbeterplan wordt opgesteld, voortgangsbesprekingen worden gehouden en hertoetsingen plaatsvinden. Als dit geen verbetering oplevert wordt de instelling onder verscherpt toezicht geplaatst.

Toezicht van de inspectie op de justitiële jeugdinrichtingen is sterk geënt op de wettelijke voorschriften uit de Bij en kent een duidelijk wettelijk kader. Binnen de justitiële jeugdinrichtingen speelt ook de Inspectie voor Veiligheid en Justitie een rol. Waar de Inspectie Jeugdzorg zich richt op de (inhoud van de) behandeling en op daarmee op de jeugdige zelf, richt deze inspectie zich vooral op de randvoorwaarden waarbinnen die kan plaatsvinden. Beide inspecties brengen ook gezamenlijk rapporten uit.

Daarnaast heeft in de justitiële jeugdinrichtingen ook het ministerie van Veiligheid en Justitie zelf een belangrijke toezichthoudende rol waar het de tenuitvoerlegging van een vrijheidsbenemende straf of maatregel betreft. De daartoe aangewezen ambtenaren krijgen alle informatie en hebben te allen tijde toegang tot de inrichting. Zij zijn tevens, onder verplichting van geheimhouding tegenover derden en voor zover dit voor de uitoefening van hun taak redelijkerwijs nodig is, bevoegd om op jeugdigen betrekking hebbende stukken in te zien. Het ministerie stelt tevens regels omtrent het

---

503 Brief aan de Tweede Kamer van de Staatssecretaris van VWS d.d. 11 juli 2014.

verslag omtrent de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de jeugdige die wordt gebruikt bij de beslissing tot verlenging van de Pij-maatregel en omtrent het registreren van andere belangrijke voorvallen tijdens het verblijf in de inrichting en kan daartoe een model vaststellen. (art.7a Bjj)

## 5.4 Grensverkeer

### 5.4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zijn de dwarsverbanden tussen de hier besproken jeugdsectoren al diverse malen aan de orde gekomen. Al in de inleiding kwam de gedeelde geschiedenis van beide sectoren naar voren. Uit de vergelijking van de wetgeving met betrekking tot de oplegging van gedwongen zorg bleek dat er in de praktijk bewuste keuzes worden gemaakt om ofwel het strafrechtelijke ofwel het civielrechtelijke traject in te zetten. Daarbij zouden de officier van justitie in het voortraject, maar ook de rechter ter terechtzitting zich bij hun keuzes ook wel laten leiden door hun kennis over de gang van zaken in de praktijk die niet is neergelegd in wettelijke regelingen. Het gaat dan om wachtlijsten, maar ook om de kennis over de mogelijkheden die de inrichtingen bieden voor een behandeling.

#### Een jeugdofficier van justitie

‘Ik kijk eerst wat er aan behandeling nodig is en zoek er dan een titel bij. Bij de Pij speelt de vraag wat voor behandeling ze daar hebben: Youturn, equip, het is allemaal hetzelfde met weinig individuele zorgtrajecten. Daarom laat ik de Pij soms uitvoeren in de Fjord of Catamaran omdat de problematiek die ten grondslag ligt aan het delict vraagt om behandeling. Ik kan ook een Bopz-machtiging vragen, maar daarmee heb je maar heel beperkte mogelijkheden. Met een machtiging gesloten jeugdzorg kan ook in een GGZ-instelling worden geplaatst.’

Bij die keuzes staat niet de juridische titel voorop, maar wat een jeugdige nodig heeft en dat is op zichzelf goed te rechtvaardigen en in overeenstemming met de internationale norm dat bij alle maatregelen betreffende kinderen de belangen van het kind de eerste overweging moeten vormen (artikel 3 IVRK).

#### Directielid jeugdzorgplusinstelling

‘Het schisma tussen straf en civiel is een groot probleem. Het gaat niet om civiel of straf, maar om mate van drang die past bij het kind.’

Dat er grensverkeer mogelijk is, blijkt al daaruit dat bijvoorbeeld het door de officier van justitie in bovenstaande citaat genoemde centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie De Catamaran, volgens de website bestemd is voor jongeren van 15 tot en met 23 jaar met een psychiatrische en/of gedragsstoornis, jeugdigen en jongvolwassenen opneemt die er worden geplaatst met een Pij-maatregel, een voorwaardelijke Pij-maatregel, schorsing van de voorlopige hechtenis, verplicht reclasseringscontact met voorwaarden en ondertoezichtstelling. Alleen de gesloten jeugdzorg ontbreekt want die moet ten uitvoer worden gelegd in een accommodatie voor gesloten jeugdzorg.

Dat levert de vreemde situatie op dat jeugdigen met gesloten jeugdzorg niet, maar jeugdigen met enkel een ondertoezichtstelling wel worden samen geplaatst met jeugdigen met een Pij-maatregel. Er is wel een besloten en een extra beveiligd gedeelte, maar volgens de website wordt ernaar gestreefd om voor iedere opgenomen jongere de deur zo snel mogelijk open te laten gaan.

De praktijk wordt dus niet zozeer gestuurd door wetgeving, maar door de vraag welke zorg de jeugdige nodig heeft. Zo zou de daling van het aantal Pij-opleggingen voornamelijk worden veroorzaakt door de hantering van het derde criterium, dat de maatregel in het belang moet zijn van een zo gunstig mogelijke ontwikkeling van de jongere, gecombineerd met een afgenomen vertrouwen in de meerwaarde van de behandeling in het kader van de Pij-maatregel en een voorkeur voor erkende gedragsinterventies die zijn getest op hun effectiviteit.<sup>504</sup>

In de gesprekken kwam dit zogenaamde grensverkeer tussen de verschillende jeugdsectoren, maar ook tussen binnen de sectoren zelf, bij de overgang van de gesloten plaatsing naar een ambulante behandeling, veelvuldig aan bod. Dit is de reden om hier in deze paragraaf apart aandacht aan te besteden, al zal het dan dus meer gaan over de praktijk dan over de wetgeving. De paragraaf is dan ook vooral verkennend van aard, om een beeld te krijgen van de problemen waar men in de praktijk mee kampt om jeugdigen de juiste zorg te geven. Omdat die zorg in de praktijk ook vaak wordt gezocht en gevonden in de GGZ en daar in de gesprekken geregeld naar is verwezen, zal in deze paragraaf ook de jeugd-GGZ aan bod komen waarvan de wetgeving is geanalyseerd in hoofdstuk 3.

## 5.4.2 Grensverkeer tussen jeugdhulp en jeugdstrafrecht

Een machtiging gesloten jeugdhulp kan in principe alleen ten uitvoer kan worden gelegd in een gesloten accommodatie van een jeugdhulpaanbieder of een daartoe aangewezen deel daarvan (art.6.2.2 lid 1 Jw). In een uitzonderlijk geval kan de machtiging in een justitiële jeugdinrichting ten uitvoer worden gelegd. Als een jeugdige van 12 jaar of ouder op het moment van het verlenen van de machtiging op basis van een veroordeling in een justitiële jeugdinrichting verblijft kan hij daar blijven voor de termijn die nodig is om een behandeling of opleiding af te ronden. Dit kan op verzoek van het college of de Raad voor de Kinderbescherming en met instemming van de jeugdige en als hij jonger dan 16 jaar is, degene die het gezag over hem heeft. Tevens is bepaald dat in dat geval het regime van de Bjj van toepassing is. Een besluit van het college van de woongemeente van de jeugdige of de gecertificeerde instelling die de ondertoezichtstelling of voogdij uitoefent dat een voorziening op het gebied van jeugdhulp nodig is, geeft dan aanspraak op een verblijf als bedoeld in artikel 14 Bjj (art.6.2.2 lid 2 Jw). In de Bjj worden de personen met een machtiging gesloten jeugdzorg expliciet genoemd als één van de doelgroepen waarvoor de justitiële jeugdinrichtingen zijn bestemd (art.8 lid 1 sub f Bjj).

In de Bjj zelf zijn er speciale bepalingen opgenomen voor jeugdigen die daar met een machtiging gesloten jeugdzorg verblijven. Zo hebben ze het recht om de inrichting minimaal een keer per zes weken voor een periode van minimaal 12 uur bij wijze van verlof te verlaten, tenzij naar het redelijk

---

504 Van der Knoop 2011.

oordeel van de directeur de mogelijkheid voor de jeugdige ontbreekt om het verlof op verantwoorde wijze door te brengen of de jeugdige een gevaar voor zichzelf of de omgeving ervaart. (art.29 Bjj) Ze komen niet in aanmerking voor STP, tenzij deelname aan dit programma reeds een aanvang had genomen voor het tijdstip waarop de machtiging gesloten jeugdzorg werd verleend (art.6 Rjj) en bij het opstellen en wijzigen van het perspectiefplan pleegt de inrichting overleg met Bjj (art.25 lid 4 Rjj).

Los van deze situatie waarin de jeugdige al in een justitiële jeugdinrichting verbleef, worden er door de gesprekspartners ook voorbeelden genoemd van grensverkeer van jeugdigen vanuit de jeugdzorgplusinstelling naar een justitiële jeugdinrichting. Dit kan als er ten tijde van het verblijf in jeugdzorgplusinstelling een strafzaak tegen de jeugdige loopt en de jeugdige wordt veroordeeld tot een onvoorwaardelijke Pij-maatregel of onvoorwaardelijke jeugddetentie. Ook kan een jeugdige die met een voorwaardelijke Pij-maatregel in een jeugdzorgplusinstelling verblijft, de voorwaarden overtreden. Na een beslissing van de rechter op vordering van de officier van justitie kan de Pij-maatregel dan alsnog ten uitvoer worden gelegd en dat gebeurt dan in een justitiële jeugdinrichting. Dit zou in de praktijk niet bij elke overtreding van de voorwaarden gebeuren, maar alleen in ernstige gevallen.

Uit dit laatste voorbeeld blijkt al dat de voorwaardelijke Pij-maatregel andersom wordt gebruikt om een jeugdige vanuit het jeugdstrafrecht naar de gesloten jeugdhulp te geleiden.

#### **Een jurist van de Raad voor de Kinderbescherming**

‘De optie van een voorwaardelijke Pij met gesloten jeugdzorg komt regelmatig voor. De gesloten jeugdzorg is dan de voorwaarde waaraan de jeugdige zich moet houden.’

Het is de vraag of dit juridisch kan en of de wetgever dit ook zo voorzien heeft.

#### **Een kinderrechter**

‘Ik vind het ongepast om gesloten jeugdzorg op te leggen als voorwaarde bij een straf. Want als het dan mis gaat in het civiele traject, moet hij dan ook de straf uitzitten? Er is dan sprake van een oneigenlijke vermenging van juridische titels.’

De Pij-maatregel kan geheel voorwaardelijk worden opgelegd met een proeftijd van maximaal 2 jaar (art. 77x, 77y Sr). Sinds 1 april 2014 is medewerking aan het toezicht van de (jeugd)reclassering de algemene voorwaarde en zijn de bijzondere voorwaarden opgenomen in de wet. Daaronder de voorwaarde tot deelname aan een gedragsinterventie, die tot opname in een zorginstelling, de verplichting zich onder behandeling te stellen van een deskundige of zorginstelling en een restcategorie van nader in te vullen gedragsvoorwaarden (art.77z Sr), die een kader kunnen bieden voor gedwongen zorg. In de wet is geen maximale duur vastgelegd voor de op te leggen bijzondere gedragsvoorwaarden, maar in zijn arrest van 12 juli 2011 overwoog de Hoge Raad dat de beginselen van proportionaliteit en subsidiariteit meebrengen dat het stellen van voorwaarden die langer duren dan 6 maanden of bijzonder intensief van aard zijn bij voorkeur moeten worden toegepast in het

kader van de GBM.<sup>505</sup> De wetgever heeft de vraag of de bijzondere voorwaarde van opnemings van de veroordeelde in een zorginstelling (art. 77z lid 2 sub 10 Sr) ook een accommodatie voor gesloten jeugdzorg kan betreffen, niet expliciet beantwoord. Ten aanzien van de GBM merkte de wetgever wel expliciet op dat deze zich zou lenen voor plaatsing in open zorginstellingen, maar dat hij een plaatsing in een accommodatie voor gesloten jeugdzorg daarmee onverenigbaar achtte.<sup>506</sup> Als de wetgever een dergelijke plaatsing onverenigbaar acht met de GBM, zou dat dan ook niet moeten gelden voor de voorwaardelijke Pij-maatregel, die als een minder zware modaliteit wordt beschouwd dan de GBM?

Een nadere bestudering van de rechtspraak laat zien dat de machtiging gesloten jeugdzorg niet altijd de voorwaarde is, maar dat beide naast elkaar bestaan en in die zin worden gecombineerd. Het kan dan gaan om een situatie waarin de strafrechter vindt dat de jeugdige al op een goede plek blijft en als voorwaarde stelt dat hij daar zijn behandeling voortzet, bv. de voorwaarde dat de jeugdige:

‘...de behandeling voortzet van zijn gedragsproblemen binnen gesloten Jeugdzorg (Almata te Ossendrecht) tot zijn 18<sup>e</sup> en een mogelijk ambulant vervoltraject.’<sup>507</sup>

Ook in het volgende voorbeeld van een combizitting is de machtiging op zichzelf geen voorwaarde, maar wordt deze verleend naast de voorwaardelijke Pij-maatregel. De adviezen daartoe werden wel gegeven in de strafzaak.

#### **Uitspraak en vonnis combizitting rechtbank Rotterdam d.d. 19 januari 2012**

Een 13-jarige zwakbegaafde en onder toezicht gestelde jongen steekt een jongen die hem lastigvalt met een mes en wordt daarvoor tijdens een combi-zitting veroordeeld tot 5 maanden jeugddetentie en een voorwaardelijke Pij-maatregel met een proeftijd van 2 jaar met begeleiding door de jeugdreclassering. De rechtbank verleent tevens een machtiging gesloten jeugdzorg. De GZ-psychooloog en de kinder- en jeugdpsychiater die in de strafzaak moesten rapporteren met het oog op de Pij-maatregel hadden deze combinatie geadviseerd.<sup>508</sup>

Hier verbleef de jeugdige, anders dan het vorige voorbeeld, nog niet in een jeugdzorgplusinstelling en zorgde dit vonnis er dus voor dat de jeugdige na afloop van het verblijf in de justitiële jeugdinrichting in het kader van de voorlopige hechtenis en vervolgens de jeugddetentie op basis van de machtiging gesloten jeugdzorg werd overgeplaatst naar een jeugdzorgplusinstelling en daarnaast in het kader van de voorwaardelijke Pij-maatregel werd begeleid door de jeugdreclassering.

Meestal wordt voor deze combinatie gekozen omdat het in het kader van de behandeling als het beste alternatief wordt gezien. Een andere dan eerdergenoemde kinderrechter zegt dat bijvoorbeeld

---

505 HR 12 juli 2011, ECLI:NL:HR:2011:BQ4676 529, LJN BQ4676, r.o. 2.7.2., NJ 2011, 529.

506 *Kamerstukken II*, 2012/13, 33498, nr. 3, p. 33.

507 Rechtbank 's-Hertogenbosch 2 juni 2012, LJN BW9017.

508 Rb Rotterdam 19 januari 2012, ECLI:NL:RBROT:2012:BW5541.

gedaan te hebben omdat op dat moment een wachtlijst bestond voor plaatsing in een justitiële jeugdinrichting en de jeugdige behandeling nodig had. Een jongen waarmee werd gesproken in een jeugdzorgplusinstelling zag het zo dat hem daarmee een kans was geboden om tenuitvoerlegging van de Pij-maatregel te voorkomen als tegemoetkoming voor het feit dat hij eerder in een verkeerde instelling was geplaatst als gevolg waarvan hij de voorwaarden had overtreden.

### **Een jongen in een jeugdzorgplusinstelling**

‘Ik had een voorwaardelijke Pij-maatregel en werd in een instelling voor verstandelijk beperkten geplaatst waar ik met (veel) jongere kinderen en jongeren met een veel lager IQ zat. Ik ben toen weggelopen en kreeg een terugval. De jeugdreclassering wilde toen tenuitvoerlegging van de Pij-maatregel, maar mijn advocaat en de instelling pleitten ervoor dat ik nog een kans kreeg in de jeugdzorg. De officier en rechter gingen hierin mee.’

Een gesprekspartner van een justitiële jeugdinrichting spreekt in dat verband over een onterecht gebrek aan vertrouwen van kinderrechters in de effectiviteit van de behandeling die in de justitiële jeugdinrichtingen kan worden geboden. Anderzijds speelt ook de relatief lange duur van de Pij-maatregel mee, die meteen voor 3 jaar wordt opgelegd terwijl de machtiging gesloten jeugdhulp maximaal 1 jaar duurt. Een andere reden voor rechters om voor een machtiging te kiezen was het feit dat hoger beroep in jeugdstrafzaken tot 1 april 2014 een schorsende werking had waardoor een Pij-maatregel niet ten uitvoer kon worden gelegd. In de wachttijd tot het onherroepelijk worden van het hoger beroep werd dan vaak alsnog een machtiging gesloten jeugdzorg afgegeven. Dit leverde in de praktijk de vreemde situatie op dat jeugdzorgplusinstellingen die tot 2008 tot de minst beveiligde justitiële jeugdinrichtingen behoorden en alleen Pij-jongeren in de laatste fase van de behandeling opnamen, nu de zwaarste Pij-jongeren moesten opnemen, die nog niet waren behandeld omdat ze in hoger beroep waren gegaan.

De voorwaardelijke Pij-maatregel wordt niet alleen gebruikt in combinatie met gesloten jeugdhulp, maar ook met een uithuisplaatsing in het kader van de ondertoezichtstelling. In een zaak waarin een jeugdige in dat kader in een orthopedagogisch centrum (De Beele te Voorst) verbleef, overwoog het Hof Leeuwarden dat het civielrechtelijke traject voldoende garanties leek te bieden voor een zo gunstig mogelijk verloop van de verdere ontwikkeling van de verdachte en de bescherming van de veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen, het criterium is voor de oplegging van de Pij-maatregel. Hier was de bijzondere voorwaarde bij de voorwaardelijke Pij-maatregel:

‘...dat de jeugdige zich moet houden aan de voorschriften en aanwijzingen die hem door of namens zijn gezinsvoogd en/of de betrokken voogdij-instelling worden gegeven.’<sup>509</sup>

Eerder in deze paragraaf werd de GBM al genoemd waarin geen gesloten jeugdzorg mogelijk zou zijn,

---

509 Hof Leeuwarden 7 april 2010, *LJN* BM2846.

maar wel '24 uren'-plaatsingen in open jeugdzorginstellingen. De laatste kunnen volgens de wetgever ook intramureel zijn, bv. Groot Emaus of de besloten kliniek van de Catamaran. Hier is dus ook sprake van grensverkeer van het jeugdstrafrecht naar de jeugdhulp. De GBM of gedragsbeïnvloedende maatregel is een strafrechtelijke maatregel die kan worden ingevuld met een programma in een instelling of een ambulante programma onder begeleiding van een organisatie als ofwel de ernst van het misdrijf ofwel de veelvuldigheid van begane misdrijven ofwel eerdere veroordelingen wegens misdrijf daar aanleiding toe geven. Net als bij de Pij-maatregel moet de maatregel tevens in het belang zijn van een zo gunstig mogelijke verdere ontwikkeling van de jeugdige. De GBM kan voor 6 maanden tot 1 jaar worden opgelegd en eenmaal met maximaal dezelfde termijn worden verlengd als het gedrag van de jeugdige daartoe aanleiding geeft en dat in het belang is van de ontwikkeling van de jeugdige. Daarbij moet er zowel bij de oplegging als bij de verlenging een gemotiveerd advies van de RvdK zijn, bij de oplegging ondersteund door een rapport van tenminste één gedragsdeskundige en bij de verlenging aangevuld met een verslag over het gedrag van de jeugdige van de uitvoerende instantie (art. 77w en 77wd Sr).<sup>510</sup>

### 5.4.3 Grensverkeer tussen jeugdhulp en jeugd-GGZ

#### **Een jeugdrechtadvocaat**

'De plaats waar de jeugdige terecht komt, in de jeugd-GGZ of de jeugdzorgplus, heeft vaak te maken met de inzet van de ouders. Wanneer ouders goed in staat zijn om de kinderen te verzorgen, maar gedragsproblemen van de kinderen toch zorgen voor problemen binnen het gezin, komt de jeugdige in de jeugd-GGZ terecht. Komen de jeugdigen uit een probleemgezin dan is er eerder sprake van een plaatsing in de jeugdzorgplus. Dit terwijl de problematiek van beide groepen jeugdigen hetzelfde kan zijn.'

Bovenstaande geluiden, dat de gezinssituatie bepalend zou zijn voor het traject en dat veel jeugdigen in de jeugdzorgplus met psychiatrische problemen kampen, kwamen in vrijwel alle gesprekken met mensen met ervaring in de jeugdzorgplusinstellingen terug.

#### **Leidinggevende jeugdzorgplusinstelling**

'In de jeugd-GGZ zitten kinderen die in gesloten jeugdzorg terecht hadden kunnen komen als ze andere ouders hadden. Kinderen met hoogopgeleide ouders komen in de GGZ en kinderen met zwakkere ouders in de gesloten jeugdzorg. Het werkt discriminerend. Er zijn allerlei keuzemomenten die vooraf gaan aan plaatsing en daarbij hangt het er soms ook vanaf wie er eerder was, de politie of de crisisdienst.'

Een kinder- en jeugdpsychiater verklaarde het zo dat in beide soorten instellingen jongeren zitten met dezelfde stoornis, maar dat jeugdigen die zijn opgenomen in de jeugd-GGZ een ernstig gevaar voor

---

<sup>510</sup> Kamerstukken II, 2012/13, 33498, nr. 3, p. 33.



zichzelf en/of de omgeving vormen terwijl bij gesloten jeugdzorg de ontwikkeling tevens is gestagneerd door de omgeving waarin de jeugdige zich bevindt. Een andere kinder- en jeugdpsychiater met ervaring in beide sectoren wees erop dat een deel van jeugdigen later weer terugkomt in de gesloten jeugdzorg en in het strafrecht.

### **Geneesheer-directeur gesloten jeugd-GGZ**

‘Ik heb vanaf de start enkele jaren als psychiater in een nieuw geopende jeugdzorgplusinstelling gewerkt. Daar hadden 60 van de 80 jeugdigen een psychiatrisch probleem. In de jaren daarna kwamen er steeds meer jongeren met een gestoorde gewetensfunctie en een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis. Ik zag daar kinderen die ik eerder in de GGZ had gezien. Het gaat dan van de GGZ naar de gesloten jeugdzorg naar het strafrecht, je ziet ze zo afglijden.’

De volgorde lijkt inderdaad van GGZ naar jeugdzorgplus te zijn. Gedwongen opname in de GGZ is mogelijk op grond van de Wet Bopz (zie hoofdstuk 3). De rechter mag ten aanzien van een jeugdige van 12 jaar of ouder een rechterlijke machtiging afgeven als de jeugdige een psychiatrische stoornis heeft, deze gevaar veroorzaakt en dit gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Door voorzichtigheid bij het hanteren van dit criterium zouden veel jeugdigen in de gesloten jeugdzorg terecht komen. Alle Bopz-titels, de voorlopige en voorwaardelijke Bopz-machtiging (art.2 lid 6 en 14d lid 6 wet Bopz), een machtiging tot voortgezet verblijf (art.15 lid 4 wet Bopz) en de last inbewaringstelling (art.20 lid 8 wet Bopz) gelden bij een onder toezicht gestelde minderjarige als een civielrechtelijke machtiging uithuisplaatsing in de zin van artikel 1:261 BW. Andersom kan een machtiging uithuisplaatsing niet strekken tot opnemings in een psychiatrisch ziekenhuis in de zin van de Wet Bopz.

### **Beleidsadviseur ministerie van VWS**

‘Bopz- psychiaters willen vaak geen machtiging afgeven en zijn terughoudend, bv omdat er een oorzakelijk verband moet zijn. Het is de vraag of er daardoor niet te vaak wordt gegrepen naar de gesloten jeugdzorg.’

Ook volgens diverse geïnterviewde gedragsdeskundigen van de jeugdzorgplusinstellingen zouden jeugdigen waarbij de gedragsproblematiek op de voorgrond aanwezig is en de psychiatrische problematiek meer op de achtergrond, al snel worden aangemerkt als niet goed behandelbaar in de jeugd-GGZ. De jeugdigen die daar geweigerd worden en naar de jeugdzorgplus komen, kampen echter wel met psychiatrische problemen zoals gedragsproblemen, ADHD en hechtingsproblemen. Deze ‘doorschuif’-problematiek komt pregnant naar voren in een recente uitspraak van een Amsterdamse kinderrechter die constateerde dat de jeugdige vanwege een gecompliceerde meervoudige problematiek behandeling in een GGZ-kliniek nodig had, maar daar niet kon worden opgenomen omdat de noodzakelijke veiligheid niet kan worden gegarandeerd. De kinderrechter constateert in zijn uitspraak:

## **Uitspraak rechtbank Amsterdam d.d. 24 juni 2014**

‘Er is aldus in Nederland een situatie ontstaan dat minderjarigen met complexe problematiek, waaronder psychiatrische problematiek en agressieproblematiek, worden opgesloten zonder adequate behandeling.’

Hij benadrukte tevens dat het probleem op die manier alleen maar zou worden doorgeschoven, want na het 18<sup>e</sup> jaar zou het er dan nog steeds zijn en zou adequate behandeling alleen maar moeilijker en duurder zijn. De kinderrechter stelde in zijn uitspraak zelfs een oplossing voor, namelijk het realiseren van gespecialiseerde centra voor gesloten jeugdzorg waar sprake is van een veilig behandelklimaat en waarvoor behandeling wordt ingekocht bij de GGZ. Tot slot roept hij alle betrokken instanties op om in het belang van de minderjarige (artikel 3 IVRK) vooral te kijken naar wat het beste voor hem is en niet naar de regels. Regels zouden in zijn algemeenheid zeker nodig zijn, maar niet heilig,<sup>511</sup> waarbij hij waarschijnlijk doelt op de bureaucratische regels rond de financiering.

Er zijn jeugdzorgplusinstellingen die al zeer actief zijn in het combineren van gesloten jeugdzorg met met ingekochte ambulante GGZ. Dat levert volgens een gesprekspartner van zo'n jeugdzorgplusinstelling soms wel het problemen op omdat er bij medicatie elke keer goed moet worden bedacht wat de rechtspositie is. Als jeugdigen in een jeugdzorgplusinstelling GGZ-zorg krijgen in een polikliniek is het bijvoorbeeld de vraag wat het dossier is. In de GGZ zijn er regels over het dossier en de geheimhouding daarvan, maar de jeugdigen zitten ook in jeugdzorgplus dus dat moet worden afgestemd.

Los daarvan zou er behoefte te bestaan aan mogelijkheden tot overplaatsing van de jeugd-GGZ naar jeugdzorgplus. Het kabinet wees er in de toelichting bij het wetsvoorstel gesloten jeugdzorg al op dat bij jeugdigen in de gesloten jeugd-GGZ vaak sprake zou zijn van ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen die hun ontwikkeling naar volwassenheid ernstig belemmeren terwijl er geen mogelijkheden zijn om op pedagogische gronden maatregelen te nemen. Het gaat om jeugdigen die in ontwikkeling zijn waardoor naast behandeling van hun psychische stoornis ook opvoeden tot het pakket zou moeten behoren die zo nodig onder dwang zou moeten worden ondergaan. Hiervoor zou de herziening van de wet Bopz een oplossing moeten bieden.<sup>512</sup>

In de praktijk blijkt deze behoefte er nog steeds te zijn.

## **Geneesheer-directeur gesloten jeugd-GGZ**

‘Wij hebben geen ruimte voor de pedagogiek. Ik zou graag willen dat nadat kind van een psychose is afgeholpen, plaatsing in gesloten jeugdzorg kan worden aangevraagd als dat nodig is. De opvoedkundige maatregelen in gesloten jeugdzorg zijn vierkanter. Ze kunnen het kind meer structuur

---

511 Rechtbank Amsterdam 24 juni 2014, *ECLI:NL:RBAMS:2014:3910*.

512 *Kamerstukken II*, 2005/06, 30644, nr. 3, p.9.

bieden. Als ze niet aan het dagprogramma meedoen, gaan ze naar kamer en worden ze opgesloten, maar dat mag hier niet. Ik verwacht dat dat in het zorgplan onder de Wvvgz kan worden opgenomen. De rechtspositie is dan gewaarborgd, want wij doen goed onderzoek.'

Maar ook als jeugdigen in de jeugd-GGZ zijn behandeld en in het kader van de opvoeding worden overgeplaatst, zou een jeugdige volgens een gesprekspartner van een jeugdzorgplusinstelling nog wel behandeling nodig kunnen hebben. De jeugd-GGZ behandelt vooral de acute psychiatrie zoals psychoses, maar daarna, als het kind dan weer functioneert in een regulier opvoedingsklimaat als de jeugdzorgplusinstelling beoogt te bieden, blijkt dat het herbelevingen heeft en alsnog behandeld moet worden. Het is vaak pas na het trauma dat dit soort zaken naar boven komen. Een andere optie waarover wordt gedacht is om binnen het terrein van geschikte jeugdzorgplusinstellingen aparte groepen te maken voor jeugdigen met een Bopz-titel. Dat zou weer het voordeel bieden dat jeugdigen die vanuit de gesloten jeugdzorg moeten worden overgeplaatst in dezelfde instelling kunnen blijven.

#### **Directielid gesloten jeugdzorginstelling**

'Hier willen we ook kinderen in het kader van de wet Bopz. We hebben zoveel ruimte op het terrein dat we gemakkelijk aparte GGZ-groepen kunnen maken. We willen niet dat ze weg moeten als het niet nodig is. En als je vanuit GGZ overplaatst naar gesloten jeugdzorg, moet het wel een inrichting zijn zonder muur en hek.'

### 5.4.4 Grensverkeer tussen jeugdstrafrecht en jeugd-GGZ

Ook de doelgroep van het jeugdstrafrecht heeft qua problematiek een grote overlap met de GGZ. Er is veel belangstelling geweest voor het proefschrift van Coby Vreugdenhil waarin werd geconstateerd dat een groot aantal jongeren in de justitiële jeugdinrichtingen lijdt aan psychiatrische stoornissen<sup>513</sup> en voor het proefschrift van Marigo Teeuwen waarin werd geconstateerd dat licht verstandelijk gehandicapte jongeren zijn oververtegenwoordigd in het jeugdstrafrecht.<sup>514</sup> Deze bevindingen werden herkend en het lage IQ en de stoornissen van de jongeren in de justitiële jeugdinrichtingen is ook een thema waar vrijwel alle gesprekspartners die actief zijn in het jeugdstrafrecht op wezen. Er zou daarbij een enorm tekort zijn aan plaatsen voor sterk gedragsgestoorde verstandelijke gehandicapte jongeren (SGLVG):

#### **Een jeugdofficier van justitie**

'Ipse de Bruggen, Parnassia, Trajectum, Altrecht, GGZ Eindhoven, zij vangen SGLVG-kinderen op. Veel kinderen, weinig plaats. Nu allemaal GGZ-instellingen. Binnen justitie zijn er alleen FPK's, maar daar zijn ze te jong voor.'

---

<sup>513</sup> Vreugdenhil 2003.

<sup>514</sup> Teeuwen 2012.

De wetgever heeft dat ook erkend door het inrichten van de eerder bij het regime van de justitiële jeugdinrichtingen genoemde landelijke afdelingen voor intensieve zorg en intensieve begeleiding en de individuele trajectafdelingen voor jeugdigen met psychiatrische stoornissen die groepsongeschikt zijn. Bij de toelichting daarop stelde de wetgever:

**Minister van Justitie Hirsch Ballin 22 maart 2010**

‘Kinder- en jeugdpsychiaters wijzen erop dat veel jeugdigen die in een justitiële jeugdinrichting worden geplaatst, te kampen hebben met psychiatrische problemen. Daarbij moet aan psychotische stoornissen worden gedacht waarbij evenzeer als bij de volwassenen in bovenbedoelde situaties een medicamenteuze interventie aangewezen kan zijn, maar ook aan stoornissen uit het autismespectrum (PDD-NOS, syndroom van Asperger), ADHD en verstandelijke beperkingen. Ook komen combinaties met een gedragsstoornis en verslaving voor.’

De mogelijkheid van dwangbehandeling is er gekomen omdat overplaatsing naar de GGZ in de praktijk zeer moeizaam zou verlopen. De wetgever wees erop dat het daarnaast mogelijk zou blijven om een jeugdige, wanneer daar aanleiding voor is, volgens de maatstaven van de Wet Bopz, over te plaatsen naar een Bopz-aangemerkte instelling (art.16 lid 6 Bjj).<sup>515</sup> Volgens de RSJ zou dit ook de voorkeur verdienen omdat justitiële jeugdinrichtingen niet in staat zouden zijn de zorg te bieden die als randvoorwaarde zou moeten dienen.<sup>516</sup> In afwachting van plaatsing aldaar kunnen jeugdigen met een Bopz-machtiging in een justitiële jeugdinrichting verblijven (art.8 lid 1 sub g Bjj)

Daarnaast is het mogelijk een jeugdige op een afdeling voor forensische observatie (Foba) voor jeugdigen te laten opnemen. Dat kan bij jeugdigen met een Pij-maatregel op verzoek van de directeur van de inrichting in verband met de behandeling of met het oog op het opstellen van een verlengingsadvies. Plaatsing is voor maximaal 7 weken, door de selectiefunctionaris eenmaal met maximaal 4 weken te verlengen (art.22d Bjj). Plaatsing op deze afdelingen is geen beslissing van de directeur, maar van de selectiefunctionaris. Plaatsing is ook mogelijk bij voorlopig gehechte jeugdigen in het kader van het strafvorderlijk onderzoek op bevel van de rechter-commissaris (art.196 Sv) of van de rechtbank (art.317 Sv).<sup>517</sup>

De selectiefunctionaris de jeugdige met een Pij-maatregel ook elders doen opnemen dan in een justitiële jeugdinrichting (art.77s lid 6 Sr). Een klein deel van de jongeren met een Pij-maatregel wordt in de forensische jeugdpsychiatrie geplaatst. De wetgever gaf bij de laatste herziening van de Pij-maatregel expliciet aan dat de voorwaardelijke variant van deze maatregel een geschikt kader biedt voor forensische dagbehandeling of behandeling in een jeugd-GGZ instelling. Hoewel de criteria voor oplegging van de voorwaardelijke Pij-maatregel dezelfde zijn als die voor de Pij-maatregel zelf, zou het gevaarscriterium volgens de wetgever daar een ander accent krijgen in de zin van het wegnemen van gevaar of schadelijke gevolgen van een niet-adequate behandeling van de stoornis in de

---

<sup>515</sup> *Kamerstukken II, 2009/2010, 32337, nr. 3, p. 2-4.*

<sup>516</sup> RSJ 2008, p. 5.

<sup>517</sup> Schalk & Hulshof 2013.

toekomst. Als de psychische stoornis tot een acuut gevaar leidt is er geen ruimte voor een voorwaardelijke behandelmaatregel.<sup>518</sup> In de praktijk wordt de voorwaardelijke Pij-maatregel vaak gecombineerd met voorwaarden gericht op behandeling binnen de jeugd-GGZ, bv.

‘...opname en behandeling in een ortho-psychiatrisch behandelcentrum (De Jutters te Den Haag).’<sup>519</sup>

‘...ambulante behandeling bij De Waag of een soortgelijke instelling en een traject bij Tactus.’<sup>520</sup>

‘...ambulante behandeling bij een instelling voor forensische jeugdpsychiatrie (FJP/Accare of een soortgelijke instelling).’<sup>521</sup>

‘...het aangaan van een behandelverplichting in het behandelprogramma “Palmhuis” van “de Jutters” of een soortgelijke instelling.’<sup>522</sup>

‘...(dag)behandeling bij de Bascule en medewerking aan behandeling/begeleiding gericht op zijn (seksuele) ontwikkeling door De Waag.’<sup>523</sup>

De rechter kan overigens in die gevallen niet meer doen dan bepalen dat de jeugdige zich gedurende de proeftijd aan deze voorwaarde houdt.

Tot slot wordt in het jeugdstrafrecht veel gebruik gemaakt van de reguliere ambulante GGZ als bijzondere voorwaarde bij een van de voorwaardelijke modaliteiten zoals schorsing van de voorlopige hechtenis, een voorwaardelijke jeugddetentie, een voorwaardelijke Pij-maatregel of als onderdeel van de GBM. De invulling van de GBM liet in verschillende analyses van onderzochte zaken een scala van interventies zien. Naast de erkende gedragsinterventies worden er ook voorwaarden gesteld gericht op behandeling als het meewerken aan een individuele psychiatrische (dag)behandeling of groepsgerichte behandeling dan wel aan nader te verrichten (psychiatrisch) diagnostisch onderzoek en het opvolgen van de daaruit voortvloeiende behandeladviezen of aan kamertraining, geïndiceerde jeugdzorg, verslavingszorg, of lokale zorgvoorzieningen.<sup>524</sup> Het gaat vaak om een heel pakket aan voorwaarden, waaronder soms ook urinecontroles en verplichte medicatie, zoals het volgende voorbeeld van een willekeurig vonnis laat zien.

---

518 *Kamerstukken II*, 2012/13, 33498, nr. 3, p.39.

519 Rechtbank Middelburg 19 september 2012, ECLI:NL:RBMID:BX7911, *LJN* BX7911.

520 Rechtbank Zutphen 16 augustus 2011, ECLI:NL:RBZUT:BR5353, *LJN* BR5353.

521 Rechtbank Assen 3 januari 2012, ECLI:NL:RBASS:BV0004, *LJN* BV0004.

522 Hof Den Haag 26 oktober 2011, ECLI:NL:GHDHA:3496, *LJN* BV3496 (toezicht GGZ als bijzondere voorwaarde voorwaardelijke Pij).

523 Rechtbank Utrecht 22 oktober 2012, ECLI:NL:RBUTR:BY0773, *LJN* BY0773.

524 Goldschmidt 2011 en Uit Beijerse 2012a.

### Vonnis Rechtbank Utrecht 13 januari 2013

'Legt op de maatregel betreffende het gedrag van de jeugdige voor 1 jaar, bestaande uit:

- ITB-Plus voor de duur van 6 maanden te starten 6 maart 2013 of zoveel later als het vonnis onherroepelijk wordt, uit te voeren door William Schrikker Jeugdreclassering;
- elektronisch toezicht voor de duur van 3 maanden;
- behandeling bij en door 'Care-Express' of een soortgelijke instelling;
- meewerken aan verplichte urinecontroles, zolang de jeugdreclassering dit wenselijk acht;
- innemen van medicatie tegen ADHD zolang de jeugdreclassering dit in overleg met de behandelend psychiater wenselijk acht;...'525

Ter versterking van de GBM is sinds 1 april 2014 de mogelijkheid opgenomen om nachtdetentie te bevelen op basis waarvan de jeugdige 's nachts in een justitiële jeugdinrichting verblijft en overdag wordt behandeld buiten de justitiële jeugdinrichting. Ook is ook elektronisch toezicht mogelijk gemaakt, al werd dat, ook blijkens bovenstaand voorbeeld, al eerder toegepast.<sup>526</sup>

## 5.4.5 Grensverkeer tussen jeugdhulp en kindbeschermingsmaatregelen

Een andere vorm van grensverkeer dat zich voordoet is dat tussen de jeugdzorg, straks jeugdhulp, en de kindbeschermingsmaatregelen. Behalve de machtiging gesloten jeugdhulp is er voor jeugdigen via het BW de mogelijkheid tot gedwongen uithuisplaatsing van de minderjarige die onder toezicht is gesteld (art.1:261 BW) of vanwege een ontzetting of ontheffing onder voogdij van Bureau Jeugdzorg staat (art.1:305 BW). Deze machtiging kan door de kinderrechter worden verleend als deze uithuisplaatsing noodzakelijk is in het belang van de verzorging en opvoeding van de minderjarige of tot onderzoek van zijn geestelijke of lichamelijke gesteldheid. Deze machtiging is niet geregeld in de Jeugdwet en wordt daarmee gescheiden gehouden van de regelingen rond de machtiging gesloten jeugdhulp. Er is ook discussie over de vraag of de kindbescherming tot de jeugdzorg behoort. Het verantwoordelijke ministerie maakt een scheiding.

### Beleidsadviseur ministerie van VWS

'Kinderbescherming is geen jeugdzorg. Het gaat om slecht functionerende ouders en ingrijpen in het ouderlijk gezag en familierechtelijke verhoudingen, daarom staat het in het BW. Bij gesloten jeugdzorg gaat het om de jeugdige zelf die zorg nodig heeft en zich daaraan dreigt te onttrekken, los van de ouders. Gesloten jeugdzorg is er om dat te voorkomen. Er hoeft geen kindbeschermingsmaatregel aan ten grondslag te liggen. Ouders kunnen het ook zelf aanvragen en dat gebeurt regelmatig. Het is een vorm van zorg die je nodig kan hebben naast een kindbeschermingsmaatregel. Het is vergelijkbaar met opname in jeugd-GGZ. Daar vergelijken we het mee en het was geen foutje om het in 2008 uit het BW te halen, maar dat is bewust gebeurd.'

525 Rechtbank Utrecht 13 januari 2013, *LN*: BZ1516.

526 *Kamerstukken II*, 2012/13, 33498, nr. 3, p. 35.

Bezien vanuit het perspectief van het verantwoordelijke ministerie lijkt deze redenering logisch, zeker nu de gesloten jeugdzorg voor dit ministerie een nieuw terrein was. In het veld lijkt dit echter anders te liggen. Vrijwel alle gesprekspartners die lang in de praktijk zitten, gebruiken nog de term gesloten uithuisplaatsing waar ze het over gesloten jeugdzorg hadden en maken ook de directe koppeling met de ondertoezichtstelling. En voor degenen die betrokken zijn bij de oplegging, de kinderrechtshouders, advocaten en Raad voor de Kinderbescherming is de gesloten jeugdzorg een van de mogelijkheden in het palet aan kindbeschermingsmaatregelen. Vanuit die rechtspraak wordt het dan ook als een groot bezwaar gezien dat die maatregelen nu zijn verdeeld over verschillende wetten die niet goed op elkaar aansluiten en een machtiging tot plaatsing in het middenveld van de jeugdzorg, de residentiële instellingen, in de Wet op de jeugdzorg niet geregeld is.

### **Een kinderrechtshouder**

‘Waarom is gesloten jeugdzorg geen jeugdbescherming? Alle kinderen die er zitten, zitten er in het kader van de OTS. Aanvraag door de ouders is in onze rechtbank hooguit 2 keer voorgekomen en daarna volgde er alsnog OTS. Het onderscheidend criterium tussen gesloten jeugdzorg en uithuisplaatsing is in de praktijk of het kind wegloopt of niet en of een bepaalde begeleiding alleen in de gesloten jeugdzorg wordt gegeven, maar in bv. Groot Emaus zit dezelfde groep. De Wet op de jeugdzorg wekt nu de verkeerde indruk dat er alleen zorg thuis is en zorg in gesloten jeugdzorg. Alle andere vormen van residentiële uithuisplaatsing worden niet genoemd. Daarbij is het lastig werken met twee verschillende wetsfamilies. Het BW is lego en de Wet op de jeugdzorg is meccano en dat past niet.’

In de memorie van toelichting bij het voorstel voor de Wet op de jeugdzorg stelde de wetgever dat jeugdigen met een jeugdbeschermingsmaatregel gebruik maken van dezelfde zorg als de overige jeugdigen in de jeugdzorg. De jeugdbescherming is geen aparte sector, maar slechts voorwaardenscheppend om zorg te kunnen verlenen aan jeugdigen die daar zelf geen beroep op (kunnen) doen, maar deze wel nodig hebben, bv. jeugdigen die pedagogisch en of fysiek verwaarloosd worden of die fysiek (dan wel mentaal) mishandeld worden.<sup>527</sup> Bij de invoering van de gesloten jeugdzorg stelde de wetgever dat deze in de praktijk vrijwel altijd samengaat met een jeugdbeschermingsmaatregel en in de rechtspraak in dezelfde setting wordt toegepast als de machtiging uithuisplaatsing in welk kader een jeugdige in een open of halfopen instelling aan zorg wordt onderworpen.<sup>528</sup> In de nieuwe Jeugdwet wordt de uitvoering van de kindbeschermingsmaatregelen, net als die van de jeugdhulp, ook bij de gemeenten gelegd.

Bij een vergelijking van de wetgeving springt in het oog dat de jeugdige voor wie een machtiging residentiële uithuisplaatsing wordt verzocht een aanmerkelijk slechtere rechtspositie heeft dan de jeugdige voor wie een machtiging gesloten jeugdhulp wordt verzocht. Dat contrast is nog sterker als de vergelijking wordt doorgetrokken naar het jeugdstrafrecht. Zo moet de rechter de jeugdige die 12 jaar of ouder is, horen (art. 809 lid 1 Rv) maar gebeurt dat afzonderlijk van de andere procespartijen

---

527 *Kamerstukken II*, 2001/02, 28168, nr. 3, p. 9-10.

528 *Kamerstukken II*, 2005/06, 30644, nr. 3, p. 3.

als belanghebbende in een zogenaamd kinderverhoor. De jeugdige heeft geen advocaat en tegen de machtiging uithuisplaatsing kunnen alleen de ouders hoger beroep instellen.

#### **Een kinderrechter:**

'Bij een residentiële plaatsing, zowel bij het eerste verzoek als de verlenging, heeft de minderjarige geen positie en geen advocaat. Het voelt voor mij niet logisch, zeker niet nu ik ook strafzaken doe. Bij het strafrecht draait het helemaal om de jeugdigen en hangen de ouders er een beetje bij. Bij de OTS draait het helemaal om de ouders en hangt de jeugdige er een beetje bij. Het hangt van de rechter af - je hebt rekkelijken en preciezen - of de jeugdige van tevoren wordt gehoord of op de zitting zelf. En ook al word je dan serieus genomen, dan mag je advocaat, mocht je die hebben, er niet bij zijn en mag je niet in hoger beroep.'

Voor de jeugdige zelf betekent ook de opname in een open instelling dat hij niet meer thuis woont, in een instelling verblijft en daar aan regels wordt onderworpen en in zijn vrijheid wordt beperkt. Het is dan ook de vraag of het te rechtvaardigen is dat zijn rechtspositie bij die beslissing aanmerkelijk verschilt van die bij het behandelen van de verzoek tot de machtiging gesloten jeugdhulp. Recent wees de RSJ erop dat waar de spoedmachtiging tot een gesloten plaatsing is voorzien van een expliciete wettelijke basis, die bij de 'reguliere spoedmachtiging uithuisplaatsing' ontbreekt. De RSJ adviseerde om ook voor die spoedmachtiging in een wettelijke basis te voorzien.<sup>529</sup>

Wanneer een machtiging uithuisplaatsing wordt verleend om een minderjarige in een AWBZ-instelling te plaatsen, bv. een locatie voor licht verstandelijk beperkte kinderen<sup>530</sup> en de ouders het daar niet mee eens zijn, kunnen problemen ontstaan omdat volgens de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) van toepassing is die voorschrijft dat jeugdigen toestemming moeten geven en bij jeugdigen tot 16 jaar ook de ouders met gezag. Als die instemming ontbreekt willen deze instellingen niet plaatsen ondanks de machtiging van de kinderrechter.

Sinds 2009 kan de rechter een bijzonder curator benoemen om de belangen van de minderjarige in en buiten rechte te vertegenwoordigen als de belangen van (een van) zijn ouders of voogd(en) in aangelegenheden betreffende zijn verzorging en opvoeding in strijd zijn met zijn belangen en de rechter de benoeming gezien de aard van deze belangenstrijd in het belang van de minderjarige noodzakelijk acht (art.1:250 BW).

De toestemming moet ook worden gegeven bij de toepassing van dwangmiddelen binnen de instelling. In een zaak waarin een 15-jarig meisje daar anders over dacht dan haar ouders verdedigde de William Schrikker Jeugdbescherming dat ze had ingestemd door ondertekening van het behandelplan. De kinderrechter oordeelde dat die stelling niet opgaat. De Wbgo heeft als uitgangspunt dat de actuele wilsuiting bepalend is voor wat kan en mag en dat hier alleen uitzonderingen op mogelijk zijn indien dit een wettelijke grondslag heeft in de vorm van een

---

529 RSJ 2014.

530 Vroom-Cramer 2014.



rechterlijke machtiging omdat er anders sprake zou zijn van buitenwettelijk optreden. Het meisje kreeg een bijzonder curator toegewezen waarbij de kinderrechter opmerkte er vanuit te gaan dat alle betrokkenen vanuit hun eigen rol en verantwoordelijkheid in het belang van de minderjarige zouden samenwerken en eventuele geschillen van inzicht professioneel zouden bespreken.<sup>531</sup>

#### 5.4.6 Grensverkeer tussen gesloten en ambulante vormen van gedwongen zorg

Een van de voor de jeugdigen meest belangrijke vormen van grensverkeer is die vanuit geslotenheid naar de vrije samenleving, ook wel nazorg genoemd. In beide sectoren is het uitgangspunt dat wordt gewerkt met een trajectbenadering en beide sectoren hebben te kampen met een gebrek aan geschikte voorzieningen. Veel gesprekspartners wijzen erop dat er voor jeugdigen in jeugdzorgplusinstellingen onvoldoende vervolgvoorzieningen zijn waardoor er soms lange wachttijden zijn. Thuis kunnen jeugdigen vaak niet terecht en voor de overstap naar een kamertraining kan de jeugdige de verantwoordelijkheid nog niet altijd aan. Zowel voor die kamertraining als vervolginstellingen met een open karakter bestaan wachtlijsten die kunnen oplopen van een half jaar tot een jaar.

##### **Een jeugdrechtsadvocaat:**

‘De wachttijden zijn vaak lang. Zo kan het dat een jeugdige volgens de behandelaren naar een half open dan wel open inrichting zou moeten, maar het nog 3 á 4 maanden duurt voordat er plek is. Ook voor passende woonvoorzieningen na afloop van het traject bestaan wachtlijsten. Voor een fasehuis ter voorbereiding van zelfstandig wonen bestaat een wachttijd van 1 jaar.’

Bij het verlaten van de justitiële jeugdinrichting spelen dit soort problemen ook, maar waar het bij de jeugdzorgplus om jeugdigen gaat die niet ouder zijn dan 18 jaar, kan het daar om jongvolwassenen gaan omdat de Pij-maatregel, afhankelijk van de leeftijd waarop die werd opgelegd, doorloopt tot na het 18<sup>e</sup> jaar. Het gaat dan soms om 25-jarigen die eigenlijk nog steeds niet klaar zijn om de maatschappij in te gaan en die vanwege de strafrechtelijke veroordeling een stigma met zich meedragen. De casusregisseur van de Raad voor de Kinderbescherming moet bij het niet verlengen van de Pij-maatregel onderzoeken of een jeugdige niet in een gat valt en daarover rapporteren aan de jeugdreclassering, maar ook hier uitten gesprekspartners hun zorgen over de financiële en bureaucratische rompslomp die komt kijken bij het vinden van passende nieuwe zorg en het bestaan van enorme wachtlijsten bij instellingen die jeugdigen eventueel zouden kunnen opvangen.

---

531 Rechtbank Utrecht 24 september 2010, ECLI:NL:RBUTR:2010:BO0059, LJN BO0059.

### **Hoofd behandeling en opvoeding van een justitiële jeugdinrichting:**

‘Jongeren vallen vaak in een gat na de behandeling in de justitiële jeugdinrichting. De nazorg is een groot probleem, omdat het een zoektocht blijkt om een geschikte vervolginstelling te vinden. Weinig instellingen durven het aan om Pij-jongeren onder de verantwoordelijkheid van de instelling te brengen.’

Een factor die voor beide groepen het goed organiseren van de nazorg bemoeilijkt is de onzekerheid over de eventuele verlenging. In het geval dat een instelling aankoerst op verlenging en de rechter deze niet verleent, is er ook geen tijd meer voor het organiseren van een passend vervolgtraject. Sommige jeugdzorgplusinstellingen bieden een verblijf op dezelfde groep aan zonder de mogelijkheden om dwang toe te passen. Er wordt dan open geplaatst op de gesloten groep waar de jeugdige eerder verbleef. Dat kan echter alleen als de accommodatie voor gesloten jeugdzorg ook jeugdzorg in een open setting aanbiedt en dat zou zelden voorkomen.

In de gesloten jeugdhulp is een belangrijk instrument in de voorbereiding op de terugkeer naar de samenleving de trajectbenadering met als doel om de jeugdige van een gesloten setting te kunnen laten doorstromen naar een ambulante behandeling.

### **Jurist bij de Raad voor de Kinderbescherming**

‘De indicatie die voorafgaat aan plaatsing in de gesloten jeugdzorg kan tussentijds gewijzigd worden. Er is meestal sprake van trajectmachtigingen waar de instelling zelf kan beslissen of er schorsing plaats zal vinden en kan meedenken over een eventueel vervolgtraject. Op elk moment kan je een ander pad in slaan terwijl dat in het strafrechtelijke deel heel anders is.’

Deze trajectaanpak krijgt vanaf 2011 vorm met het Pilotkader trajecten jeugdzorgplus. Het gaat om zorgtrajecten waarbij onder een traject wordt verstaan *‘een aaneensluitend geheel van jeugdzorg, beginnend met gesloten jeugdzorg en gevolgd door andere vormen van jeugdzorg, dat wordt gecoördineerd door een aanbieder van gesloten jeugdzorg’*.<sup>532</sup>

### **Een leidinggevende in een jeugdzorgplusinstelling**

‘We hebben al een trajectbenadering. Iedereen krijgt een perspectiefbegeleider die de jongere begeleidt. We gaan daarmee van de *push*-benadering naar de *pull*-benadering. Push is eerst diagnosticeren en pas later nadenken over vervolg. Nu achteraan beginnen waar het naartoe moet en de weg daar naartoe uitzetten. Dat is best lastig omdat je moet voorspellen.’

---

532 Regeling van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 10 juli 2012, houdende regels voor het tijdelijk subsidiëren van gesloten jeugdzorg en zorgtrajecten (Subsidieregeling gesloten jeugdzorg 2013/2014), *Stcrt.* 2012, nr. 14648.

Met het instrument van de schorsing wordt het gesloten kader afgerond en het verblijf voortgezet in een open accommodatie. Die schorsing kan echter weer worden ingetrokken als het gesloten kader weer wel nodig blijkt met het oog op datzelfde doel. Beide beslissingen worden genomen door de jeugdhulpaanbieder die daarover de RvdK en het college informeert. Hiermee wilde de wetgever door middel van een overgang van gesloten jeugdzorg naar een open setting een trajectbenadering mogelijk maken waarbij de jeugdige kan worden teruggeplaatst als het mis gaat. De wetgever achtte het echter ook mogelijk dat de machtiging niet ten uitvoer wordt gelegd en de jeugdzorg een geheel open setting krijgt.<sup>533</sup> De machtiging vervalt dan niet.<sup>534</sup>

Er ontstond discussie over de vraag of deze bevoegdheid, met name het intrekken van de schorsing die neerkomt op hernieuwde vrijheidsberoving, niet aan de rechter zou moeten worden overgelaten.<sup>535</sup> over de vraag of deze kan worden gebruikt als juridisch kader voor de toepassing van ambulante programma's<sup>536</sup> en of een nieuwe machtiging kan worden verleend als van tevoren vast staat dat deze op korte termijn zal worden geschorst, bv. met het oog op plaatsing in een MTFC-opvoedgezin.<sup>537</sup> In de Jeugdwet kan de schorsing kan alleen nog plaatsvinden nadat een gekwalificeerde gedragswetenschapper daarmee heeft ingestemd. In geval van vrijheidsbeneming door intrekking van de schorsing kunnen de jeugdige of zijn wettelijke vertegenwoordiger de kinderrechter verzoeken het besluit vervallen te verklaren, waartegen vervolgens weer hoger beroep openstaat bij het Hof (art. 6.1.7 lid 3 en 6.1.12 lid 5 en 7 Jw).

In de justitiële jeugdinrichtingen zijn er met het oog op de nazorg Netwerk- en Trajectberaden waarin alle ketenpartners direct na binnenkomst in de inrichting een plan maken voor de terugkeer naar de samenleving. Vergelijkbaar met de schorsing is er tevens het scholings- en trainingsprogramma (STP) van maximaal 3 maanden met minimaal 26 uur per week aan activiteiten, gericht op opleiding, training of werk buiten de inrichting in aansluiting op de detentieperiode. (art.3 Bjj) Anders dan de schorsing in de jeugdzorgplus is dit een eigen samengesteld programma waar de inrichting direct toezicht op houdt doordat de jeugdige in de meeste gevallen 's nachts en in het weekend in de inrichting verblijft. Deze beslissing wordt genomen door de directeur met machtiging van de Minister. Tegen een beslissing van de minister tot weigering, uitblijven van of intrekking van een machtiging tot STP kan de jeugdige beroep instellen bij de RSJ (art.77 lid 3 Bjj).

De gesprekspartners die werkzaam zijn binnen een justitiële jeugdinrichting vinden het vanuit het perspectief van de behandeling erg belangrijk dat het STP wordt uitgevoerd voor de beëindiging van de Pij-maatregel maar ook dat kan anders lopen als de rechter de Pij-maatregel niet verlengt op een moment dat het STP nog niet is doorlopen. Juist op het moment dat de jeugdige rijp is voor het STP is de noodzaak voor vrijheidsbeneming minder evident aan het worden. Dit laatste probleem is minder prangend nu de Pij-maatregel standaard voorwaardelijk wordt beëindigd gedurende het laatste jaar

---

533 *Kamerstukken II*, 2005/06, 30644, nr. 3, p. 12.

534 HR 19 oktober 2012, ECLI:NL:HR:2012:BQ4724, *LJN* BQ4724.

535 De Jong-de Kruijf 2013.

536 Blankman & Kramer 2011.

537 Hof Den Haag 10 juli 2013, ECLI:NL:GHDHA:2013:2757, *RFR* 2013/111 en Kramer, *FJR* 2014, 10.

(art.77s lid 7, 77t lid 2 Sr).<sup>538</sup> Met deze nieuwe in 2011 geïntroduceerde mogelijkheid wilde de wetgever een kader creëren waarin de jeugdige wordt begeleid op enkele relevante leefgebieden waarbij het gaat om de verkrijging van identiteitspapieren, een woning, het op orde krijgen van de financiën, de toeleiding naar werk of scholing, maar ook de vraag of er sprake is van een zorgbehoefte. Met deze regeling is toezicht op de jeugdige mogelijk waarbij hij eventueel kan worden teruggeplaatst. De wetgever achtte terugplaatsing het minst wenselijke scenario, maar het was de noodzakelijke consequentie van de noodzaak de nazorg niet vrijblijvend te doen zijn.<sup>539</sup>

In de Jeugdwet wordt nu de voorwaardelijke machtiging ingevoerd (art.6.1.4. Jw). De rechter geeft deze machtiging op basis van een hulpverleningsplan, waarmee de jeugdige heeft ingestemd met daarin de voorwaarden, het toezicht daarop en de jeugdhulp die zal worden ingezet om de opgroei- en opvoedproblemen te verminderen, te stabiliseren, op te heffen of om daarmee om te gaan. Ook is instemming van een gekwalificeerde gedragswetenschapper nodig. De rechter bepaalt de duur op maximaal 6 maanden en de verlengingen op maximaal 1 jaar (art. 6.1.12 lid 2 Jw). Ook hier wijst de wetgever weer op de trajectbenadering waarbij de jeugdige zijn behandeltraject begint in een gesloten setting en gedurende het verloop van de tijd in een steeds meer open setting afmaakt in combinatie met de mogelijkheid tot schorsing.<sup>540</sup> Omdat de toezichthoudende jeugdhulpinstelling de jeugdige ook hier, als het mis gaat, weer kan laten opnemen (art.6.1.6 Jw) is van verschillende zijden benadrukt dat de rechter hierover zou moeten beslissen, waarbij een vergelijking werd getrokken met de tenuitvoerlegging van de voorwaardelijke sanctie in het jeugdstrafrecht.<sup>541</sup> Om aan deze kritiek tegemoet te komen is het criterium aangescherpt en is toegevoegd dat het plan moet vermelden welke medewerker van de jeugdhulpaanbieder bevoegd is tot het besluit om de jeugdige weer op te nemen.<sup>542</sup> De kinderrechter moet vooraf alle gronden voor de voorwaardelijke machtiging, de voorwaarden en de instemming met het hulpverleningsplan beoordelen. Als de jeugdige het niet eens is met het oordeel dat de voorwaarden zijn overtreden, kan hij dit oordeel voorleggen aan de kinderrechter die de situatie dan weer volledig beoordeelt.<sup>543</sup>

Het jeugdstrafrecht kent inmiddels zeer gedetailleerde regelingen voor het geval er voorwaarden worden overtreden. Zo kan de voorwaardelijke beëindiging worden verlengd tot maximaal twee jaar, kunnen er bijzondere gedragsvoorwaarden worden gesteld, kan de begeleiding aan een andere instelling worden opgedragen en kan de rechter kan tweemaal terugplaatsing bevelen in een justitiële inrichting of, als de veroordeelde inmiddels 18 jaar is, in een gevangenis of een TBS-kliniek, voor een totale duur van maximaal 1 jaar. (art.77tb Sr). Bij het overtreden van de voorwaarden in het kader van een voorwaardelijke Pij-maatregel kan de rechter op vordering van het OM alsnog de tenuitvoerlegging bevelen, de duur van de proeftijd verlengen, de gestelde bijzondere voorwaarden of de termijn daarvan wijzigen, de voorwaarden opheffen, alsnog bijzondere voorwaarden stellen en een

---

538 Algemene Rekenkamer, 'Detentie, behandeling en nazorg criminele jeugdigen', 2007, *Kamerstukken II*, 2007/08, 31215, nr. 2.

539 *Kamerstukken II*, 2008/09, 31915, nr. 3, p. 25-28.

540 *Kamerstukken II*, 2012/13, 33684, nr. 3, p. 190.

541 *Kamerstukken I*, 2013/14, 33684, G, p. 11-12.

542 *Kamerstukken II*, 2013/14, 33684, nr. 11, p. 13.

543 *Kamerstukken I*, 2013/14, 33684, nr. 45, p. 13-14.

opdracht tot toezicht geven, wijzigen of opheffen. (art.77cc Sr) Bij de GBM wordt in het vonnis de vervangende jeugddetentie opgenomen voor het geval de jeugdige niet naar behoren aan de maatregel meewerkt. Sinds 1 april is daar het instrument van de 'time out' opgenomen op grond waarvan de rechter op vordering van de OvJ maximaal twee keer een tijdelijke opname van maximaal 4 weken in een justitiële jeugdinrichting kan bevelen als de jeugdige niet naar behoren aan de uitvoering van de GBM meewerkt. (art.77wc lid 6 en 7 Sr). In het verlengde daarvan heeft de justitiële jeugdinrichting ook een bestemming gekregen voor jeugdigen aan wie de GBM is opgelegd en ten aanzien van wie een bevel nachtdetentie is gegeven of ten aanzien van wie de tijdelijke opname in een inrichting is bevolen (art.8 lid 1 sub i Bjj).<sup>544</sup>

## 5.4.7 Grensverkeer tussen jeugd en volwassenen

De laatste hier te bespreken vorm van grensverkeer is dat tussen jeugdigen en volwassenen. Daarin zijn er grote verschillen tussen de jeugdhulp en het jeugdstrafrecht. In de gesloten jeugdhulp en bij de onvrijwillige uithuisplaatsing wordt het als een groot gemis ervaren dat deze hulp abrupt tot een einde komt als de jeugdige 18 jaar wordt aangezien jeugdigen zelden kiezen voor verlenging van het verblijf op vrijwillige basis. De machtiging kan nog wel tot 6 maanden na het 18<sup>e</sup> jaar worden verleend als de behandeling voor het 18<sup>e</sup> jaar is aangevangen en een hulpverleningsplan is vastgesteld waaruit blijkt dat wordt toegewerkt naar een andere vorm van jeugdhulp dan gesloten jeugdhulp (In artikel 6.1.1 lid 1 en 6.1.2 lid 4 Jw). De wetgever had de mogelijkheid gecreëerd om de machtiging te laten doorlopen tot het 21<sup>e</sup> jaar (art.29a lid 1 Wjz), maar deze werd in de jurisprudentie onverbindend verklaard als strijdig met artikel 5 lid 1 onder d EVRM en beperkt tot een overbruggingsfase van 6 maanden na het 18<sup>e</sup> jaar.<sup>545</sup>

Het resultaat van deze rechtspraak is dat er na het bereiken van het 18<sup>e</sup> jaar in veel gevallen een situatie ontstaat waarin de jeugdige vanuit de gesloten jeugdhulp zonder enige begeleiding op straat wordt gezet en het slechts een kwestie van tijd is voordat het mis gaat en de jeugdige alsnog via een Bopz-machtiging of een voorlopige hechtenis in het GGZ- of strafcircuit terecht komt.

### **Directielid jeugdzorgplusinstelling**

'Bij civiel recht mag het kind 18 kaarsjes uitblazen en meteen de straat op. Het zijn de meest kwetsbare kinderen. Ze zijn dan oud en wijs genoeg om achter de ramen te gaan zitten en om zich in de schulden te steken en zichzelf helemaal te bekrassen. Het is dan wachten tot ze worden opgenomen vanwege een delict of een psychiatrische stoornis. 18 jaar is geen goede grens'

Deze overgang geeft nog grotere problemen bij jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB). Aangezien hun ontwikkelingsleeftijd achter loopt op hun kalenderleeftijd, zijn deze jongeren meestal

<sup>544</sup> *Kamerstukken II*, 2012/13, 33498, nr. 3, p. 33.

<sup>545</sup> Rb. Amsterdam 23 januari 2009, ECLI:NL:RBAMS:BH0778, *LJN* BH0778; Rb. Amsterdam 11 augustus 2009, ECLI:NL:RBAMS:BJ9004, *LJN* BJ9004; Hof Den Haag 26 maart 2009, ECLI:NL:GHDHA,BH9207, *LJN* BH9207; Hof Den Haag 10 december 2008, ECLI:NL:GHDHA,BG8929, *LJN* BG8929.

nog niet klaar voor de vrijheid, keuzemogelijkheden en verantwoordelijkheden in onze complexe samenleving.

In de justitiële jeugdinstellingen verblijven relatief veel jongvolwassenen omdat jeugdsancties sinds de herziening van 1995 doorlopen tot na het 18<sup>e</sup> jaar. Daarnaast is er de mogelijkheid om op jongvolwassenen die ten tijde van het plegen van het feit 18 tot 23 jaar oud waren, een jeugdsanctie toe te passen (art.77c Sr). Deze bovengrens is per 1 april 2014 verlegd van 21 naar 23 jaar. Bij deze wetswijziging zijn ook voorzieningen getroffen om de officier van justitie bij jongvolwassenen van 18 tot 23 jaar, anders dan voorheen, al in de vordering tot bewaring te laten aangeven of hij van plan is een jeugdsanctie te vorderen (art.63 lid 5 Sv). Deze (jong)volwassenen zullen in dat geval in een justitiële jeugdinstelling worden geplaatst en komen dan ook in aanmerking voor de ruimere mogelijkheden tot schorsing van de voorlopige hechtenis. De onderbouwing die de staatssecretaris daarvoor gaf, namelijk dat jongeren op de leeftijd van 18 jaar nog niet zijn uitontwikkeld, gaat ook op voor de jeugdigen in de jeugdzorgplusinstellingen:

#### **Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie Teeven 5 december 2012**

‘Onder adolescenten worden hier verstaan jeugdigen en jongvolwassenen in de leeftijd van 15 tot 23 jaar. Zij delen kenmerkende eigenschappen. Juist in deze leeftijd komt specifiek risicogedrag voor en een wezenlijke psychologische ontwikkeling ter voorkoming van dat gedrag, treedt pas na het 18de levensjaar op.’<sup>546</sup>

In het jeugdstrafrecht is er behalve grensverkeer van jongvolwassenen naar jeugd ook grensverkeer van jeugd naar volwassenen doordat jeugdigen die 16 of 17 jaar waren ten tijde van het plegen van het feit, een volwassenensanctie kan worden opgelegd (art.77b Sr) op grond waarvan jeugdigen kunnen worden overgeplaatst naar het gevangeniswezen of de TBS-sector.

Sinds 1 april 2014 heeft de rechter tevens de mogelijkheid om de Pij-maatregel die tot de maximale duur van 7 jaar is verlengd, om te zetten naar de TBS-maatregel indien de veiligheid van anderen of de algemene veiligheid van personen of goederen de omzetting in die maatregel eist. De wetgever dacht daarbij aan de uitzonderlijke gevallen waarin na maximale inspanning om de jeugdige adequaat te behandelen, de met de behandelmaatregel samenhangende doelen niet kunnen worden gerealiseerd en er nog steeds gevaar van hem uitgaat. Van een omzetting van de Pij-maatregel naar de TBS met voorwaarden zag hij af omdat dit niet zou aansluiten bij de gedachte dat een omzetting alleen in uitzonderlijke gevallen kan worden overwogen. In de gevallen waarin plaatsing in een reguliere GGZ-instelling wordt nagestreefd, zou het meer in de rede liggen dit te doen met een machtiging op grond van de Wet Bopz.<sup>547</sup>

---

<sup>546</sup> *Kamerstukken II, 2012/13, 33498, nr. 3, p. 1.*

<sup>547</sup> *Kamerstukken II, 2012/13, 33498, nr. 3, p. 41-42.*

# 6

## Conclusies en aanbevelingen

### 6.1 Inleiding

Deze wetsevaluatie richt zich in de kern op de noodzaak en wenselijkheid van harmonisatie van wettelijke regelingen op het terrein van de gedwongen zorg. Daarbij gaat het om wetgeving uit verschillende sectoren: de geestelijke gezondheidszorg (waaronder begrepen de zorg voor verstandelijk gehandicapten), de forensische zorg en de zorg voor jeugdigen. Binnen deze sectoren kunnen in een aantal gevallen ook weer deelgebieden worden onderscheiden. Veel van de relevante wetgeving bestrijkt een van deze deelgebieden. Slechts af en toe gaat het om wettelijke regelingen die een breder bereik hebben (dat wil zeggen wetten die een hele sector bestrijken of zelfs meerdere sectoren). De vraagstelling van dit onderzoek luidt:

- 1 Hoe is de rechtspositie van jeugdigen en volwassenen aan wie gedwongen zorg is opgelegd geregeld in de relevante huidige en voorgenomen wetgeving? Welke verschillen zijn er en zijn die verklaarbaar en te rechtvaardigen?
- 2 Hoe werken die regelingen (mede in onderling verband) voor jeugdigen en volwassenen in de praktijk, welke verschillen zijn er per sector/doelgroep, zijn die verklaarbaar en zijn die te rechtvaardigen? Welke lacunes/knelpunten doen zich daarbij in de praktijk voor?
- 3 In hoeverre bieden de wettelijke regelingen op de hierboven genoemde terreinen gezamenlijk een consistent en doelmatig wettelijk kader inzake gedwongen zorg, en welke mogelijkheden zijn er om dit kader te verbeteren?

Aangezien deze evaluatie zich mede uitstrekt tot een aantal wetsvoorstellen (in verschillende stadia van parlementaire behandeling) zijn ook de twee volgende vragen aan de orde:

- 4 Vormt het toekomstige wettelijke stelsel een samenhangend en consistent geheel?
- 5 Is de verwachting gerechtvaardigd dat de toekomstige wetgeving zal bijdragen aan de oplossing van problemen die in de huidige praktijk worden ervaren?

De aanleiding voor deze thematische wetsevaluatie ligt in een al wat verder verleden, maar tijdens de looptijd van het onderzoek ontwikkelde zich met betrekking tot de wetgeving inzake gedwongen zorg een sterke politieke dynamiek. Die dynamiek was in belangrijke mate het gevolg van de parlementaire behandeling van een aantal in dit onderzoek betrokken wetsvoorstellen. In de eerdere hoofdstukken van dit rapport is deze ontwikkeling duidelijk zichtbaar; deze is immers in het kader van dit onderzoek zeer relevant. Wel hebben wij getracht zoveel mogelijk te voorkomen dat de bevindingen van het onderzoek in het teken van de politieke actualiteit komen te staan, door ons met name te richten op

een analyse en beoordeling van de structuur en de inhoud van de genoemde wetsvoorstellen, los van de, min of meer 'toevallige', stand van hun parlementaire behandeling ten tijde van dit onderzoek.

De opzet van dit slothoofdstuk is als volgt. In par. 6.2 komen de belangrijkste resultaten van het empirisch onderzoek aan de orde. In par. 6.3. worden naar aanleiding van het onderzoek enkele algemene thema's en bevindingen behandeld, die de context van de wetgeving inzake gedwongen zorg betreffen. In par. 6.4 trekken wij conclusies en doen wij aanbevelingen op basis van de analyses uit de eerdere hoofdstukken 3, 4 en 5. Vervolgens komt in par. 6.5 een sectoroverstijgende vergelijking van de wetgeving inzake gedwongen zorg aan de orde, op basis van een aantal specifieke (deel)thema's binnen de rechtspositie van betrokkenen. In par. 6.6 sluiten wij af met enkele beschouwingen op systeemniveau, in relatie tot de hiervoor genoemde onderzoeksvragen.

## 6.2 De hoofdpunten uit het empirisch onderzoek

In het kader van deze evaluatie is naast de analyse van de wetgeving ook een uitvoerig empirisch onderzoek verricht. De uitkomsten daarvan zijn geïntegreerd in de 'sectorhoofdstukken' 3, 4 en 5. In deze paragraaf worden de hoofdpunten uit het empirisch onderzoek weergegeven. In hoofdstuk 1 werd benadrukt dat het in deze wetsevaluatie niet alleen gaat over geldende wettelijke regelingen, maar ook over wetsvoorstellen in verschillende stadia van parlementaire behandeling. Het empirisch onderzoek beperkte zich vanzelfsprekend tot de geldende wetgeving. Wel is het zo dat sommige empirische resultaten een zekere 'voorspellende' betekenis kunnen hebben met betrekking tot de gevolgen en impact van wetgeving die aanstaande is. Hierna komt allereerst de werking van de regelingen in de praktijk aan de orde. Daarbij gaan we in par. 6.2.1 vooral in op de belangrijkste verschillen tussen de sectoren. In par. 6.2.2 wordt een aantal knelpunten binnen de sectoren gepresenteerd. In par. 6.2.3 volgt een korte conclusie.

### 6.2.1 Werking van de regelingen

Over het algemeen kan geconcludeerd worden dat actoren binnen een bepaalde sector redelijk gewend zijn aan de daarbinnen geldende regels. Men heeft geleerd te werken met de regelgeving, ook als de regels niet optimaal zijn toegesneden op de sector, wat bijvoorbeeld het geval is bij de toepassing van de Wet Bopz op de zorg voor verstandelijk beperkten. Problemen ontstaan vooral wanneer patiënten, cliënten en jeugdigen met meerdere titels onder één dak verblijven. In dat geval krijgen hulpverleners en medewerkers te maken met andere regelgeving – soms ook regelgeving waar men minder goed in thuis is – en ontstaat er onduidelijkheid over welke stappen op het gebied van zorg en dwang er wel en niet mogen worden gezet. Dit punt wordt in 6.6.3 onder 'knelpunten' nader uitgewerkt.

#### **Meerdere titels onder één dak**

In vrijwel alle instellingen verblijven patiënten, cliënten en jeugdigen met uiteenlopende titels. Binnen justitiële jeugdinrichtingen verblijven jeugdigen met verschillende strafrechtelijke titels als de Pij-maatregel, jeugddetentie en voorlopige hechtenis. De jeugdigen met een Pij-maatregel zijn negatief over de samenplaatsing met jeugdigen met de titel jeugddetentie. De doorstroming van deze



jeugdigen is groter en ze hebben anders dan de Pij-ers een vaste einddatum zodat ze minder gemotiveerd zijn om goed gedrag te vertonen, wat een negatieve weerslag zou hebben op het behandelproces van de Pij-jeugdigen. Binnen GGZ-instellingen, psychogeriatrische instellingen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten verblijven patiënten met een Bopz-titel (rechterlijke machtiging, ibs of artikel 60 indicatie), maar ook patiënten zonder titel. Voor het personeel levert het verschil tussen een Bopz-titel en een vrijwillige status soms onduidelijkheden op. In de forensische zorg verblijven ook patiënten met diverse titels in een instelling. In de forensische GGZ is dit vaker het geval dan in FPC's. Waarschijnlijk is dit ook de reden dat men in een FPC minder goed kan omgaan met de verschillen tussen de titels bij het toepassen van dwang, dan in de forensische GGZ. Dat er patiënten/cliënten/jeugdigen met meerdere titels in een instelling verblijven, lijkt haast onvermijdelijk, gezien overeenkomsten in zorg- en beveiligingsbehoeften. Tegelijkertijd moet niet uit het oog worden verloren dat dit onduidelijke situaties kan opleveren voor het personeel. Verder zijn de ongelijkheden in rechtspositie in de ogen van patiënten/cliënten/jeugdigen moeilijk te rechtvaardigen.

### **Informatievoorziening**

De informatievoorziening over de interne rechtspositie in de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatricie is op een andere manier georganiseerd dan in de GGZ en de forensische zorg. De verschillen zijn te verklaren door de verschillen in het juridisch systeem en door de verschillen tussen de doelgroepen. In de forensische zorg en de GGZ is een en ander sterk geformaliseerd; er wordt bijvoorbeeld informatie uitgereikt bij het opleggen van een dwangmaatregel. De casestudie in de forensische zorg bracht aan het licht dat het taalgebruik van de informatie in die sector erg juridisch is en niet structureel is aangepast aan het niveau van de patiënten/cliënten. In de psychogeriatricie en verstandelijk gehandicapten zorg wordt vaak geen schriftelijke informatie uitgereikt, omdat de patiënten deze informatie niet zouden snappen. Dit heeft te maken met het begripsniveau van de patiënt. De informatievoorziening is daar vooral gericht op de vertegenwoordiger. Bij de jeugdsectoren zijn de jeugdigen in de jeugdzorgplus over het algemeen van oordeel dat ze goed worden geïnformeerd. Bronnen van informatie zijn het hulpverleningsplan en de huisregels en de mondelinge toelichting daarop door begeleiders en onderlinge informatie-uitwisseling. In de justitiële jeugdinrichtingen zijn er klachten over de begrijpelijkheid van de regels. De daar verstrekte huisregels worden niet standaard mondeling toegelicht, zoals in de jeugdzorgplus.

Doordat patiënten/cliënten/jeugdigen met verschillende titels in een instelling verblijven, komt het voor dat ze op uiteenlopende wijze worden geïnformeerd. Dit levert ook in de ervaring van betrokkenen onverklaarbare verschillen op.

### **Klachtrecht**

In de drie Bopz-deelgebieden worden weinig formele klachten ingediend, vooral omdat klachten al in een vroeg stadium informeel worden opgelost door de bemiddeling van de patiëntvertrouwenspersoon. In de verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatricie wisselen zorgverleners veel van gedachten met vertegenwoordigers. Zij hebben opvoedkundige en preventieve manieren om met verzet om te gaan. In de forensische zorg (hier exclusief de forensische GGZ) worden wel veel formele klachten ingediend. Volgens hulpverleners kan dit verklaard worden doordat

gebruikmaking van het klachtrecht patiënten/cliënten het gevoel geeft 'in control' te zijn over hun leven. Door de maandcommissaris wordt hier geprobeerd te bemiddelen tussen de patiënt en de instelling. Indien de bemiddelingspoging niet slaagt, buigt de beklagcommissie zich over de klacht. Om de onafhankelijkheid van de commissie te waarborgen maakt de maandcommissaris die betrokken was bij een poging tot bemiddeling geen deel uit van deze commissie. Ook in de justitiële jeugdinstellingen is sprake van veel formele klachten. Ook daar geldt dat het klachtrecht de jongeren behalve een mogelijkheid om te klagen over misstanden ook een belangrijke uitlaatklep biedt. Het trajectverloop is op dezelfde wijze ingericht als in forensische zorg; er vindt bij voorkeur eerst een bemiddelingspoging plaats door de maandcommissaris, waarna – indien deze bemiddelingspoging niet slaagt – een beklagcommissie zich buigt over de klacht als de klacht een klachtwaardige beslissing is. In de jeugdzorgplusinstellingen lijken er minder vaak klachten te worden ingediend en wordt er ook minder vaak beroep ingesteld bij de RSJ. Een belangrijk verschil is dat er daar een cliëntvertrouwenspersoon is die de jeugdige kan bijstaan als er wordt bemiddeld en bij de behandeling van de klacht terwijl de maandcommissaris in de justitiële jeugdinstellingen een dubbelrol heeft en jeugdigen daarom niet kan bijstaan bij de bemiddeling of de beklagprocedure. De verschillen in de toepassing van het klachtrecht tussen de verschillende sectoren zijn te verklaren door de verschillen in het systeem van de wet en de context waarbinnen de zorg wordt geboden. In de forensische zorg is alles juridisch 'dichtgetimmerd' en sterk geformaliseerd. Het feit dat er in de forensische zorg meer wordt geklaagd houdt daarnaast verband met het feit dat de patiënten in de forensische setting vaak al veel ervaring hebben met juridische procedures en gewend zijn tegen beslissingen in het geweer te komen. In deze gedwongen setting is verder het indienen van een klacht de enige wijze om nog enigszins het initiatief in eigen hand te houden.

## 6.2.2 Knelpunten

### **Toeleiding van zaken en overplaatsing (tussen en binnen de sectoren)**

Uit het empirisch onderzoek blijkt dat het traject dat wordt gekozen door de initiatiefnemer bepaalt hoe de rest van de procedure er uit ziet en daarmee waar de persoon terecht komt. Er bestaan knelpunten met betrekking tot multiproblematiek en overplaatsing binnen de Bopz-sector en tussen de onderzochte jeugdsectoren. Bij zowel jeugdigen als bij volwassen patiënten/cliënten lijkt het soms van het toeval afhankelijk in welke sector of welk deelgebied de patiënt/cliënt/jeugdige terecht komt. Bij de volwassen patiënt is de eerste indicatie van het ziektebeeld van de patiënt enorm van belang, waarbij niet alleen wordt gedoeld op de psychiater die de diagnose stelt, maar ook op betrokkenheid van de huisarts in het voortraject of op het feit of al of niet aangifte is gedaan bij de politie. Bij de jeugd-GGZ worden strenge criteria gehanteerd, waardoor veel jeugdigen met een psychische stoornis die het beste zouden kunnen worden behandeld in de jeugd-GGZ, in de jeugdzorgplusinstellingen en justitiële jeugdinstellingen terecht komen. Voor alle genoemde sectoren geldt dat overplaatsing niet snel (genoeg) kan plaatsvinden, ook niet als blijkt dat sprake is van dringende andere problematiek. Dat heeft er onder meer toe geleid dat er in de justitiële jeugdinstellingen landelijke afdelingen zijn ingericht voor deze zorgbehoevende en groepsongeschikte jeugdigen.

In alle sectoren zijn problemen geconstateerd waar het gaat om de overplaatsing naar een andere sector of deelgebied. In de Bopz-sector en in de forensische sector geldt onder andere dat de

problematiek van de patiënt een belemmering vormt voor overplaatsing. Overplaatsing van een TBS'er vanuit een FPC naar een GGZ-instelling wordt bijvoorbeeld belemmerd doordat de vervolginstellingen terughoudend zijn bij het accepteren van patiënten die worstelen met zware problematiek. Hetzelfde geldt voor (tijdelijke) overplaatsing van psychogeriatrische patiënten of patiënten met een verstandelijke handicap naar een GGZ-instelling vanwege een psychiatrische aandoening. Bij deze laatste groep gaat het om patiënten met multiproblematiek, waarvoor niet elke ggz-instelling toegerust is. Het omgekeerde geldt ook: instellingen voor verstandelijk gehandicapten en psychogeriatrische cliënten zijn meestal niet of onvoldoende toegerust voor patiënten die daarnaast een psychiatrische aandoening hebben. In de forensische zorg geldt voorts dat financiering een belemmering vormt bij de overplaatsing, mede omdat financiering soms nog plaatsvindt op basis van juridische titels. Ook de tijd die het kost om financiering aan te vragen werkt vertragend en belemmerend voor een tijdige overgang. In de onderzochte jeugdsectoren wordt het knelpunt met name gevormd door wachtlijsten, waardoor doorstroming naar passende woonvormen, zoals begeleid wonen, problematisch is. Daarnaast vallen jeugdigen met een Pij-maatregel vaak in een gat na de behandeling in de justitiële jeugdinrichting. Dat wordt veroorzaakt door het feit dat weinig instellingen, bedrijven of scholen de verantwoordelijkheid aandurven om Pij-jongeren aan te nemen en door financiële en bureaucratische beletselen bij het vinden van nieuwe zorg. Problemen met het vinden van een goede plek na beëindiging van de Pij-maatregel blijkt in de praktijk ook invloed te hebben op de beslissing van rechters om de PIJ-maatregel al of niet te verlengen. Deze wordt bij twijfel dan maar verlengd.

Voorts wordt het van belang geacht dat de patiënt/cliënt op de juiste plek komt. Een goede indicatie is daarvoor essentieel. Maar wanneer blijkt dat de oorspronkelijke diagnose niet de juiste of enige diagnose is, zou een aanvullende of gecorrigeerde diagnose moeten kunnen leiden tot overplaatsing naar een meer geschikte plaats. Ook wanneer de patiënt/cliënt in verband met de behandeling toe is aan overplaatsing zou dat mogelijk moeten zijn. In alle sectoren blijkt overplaatsing echter problemen op te leveren. Deze problemen worden niet zo zeer veroorzaakt door de toepasselijke wetgeving, maar door de financieringssysteematiek en de beschikbaarheid van plaatsen.

### **Rechtspositie van patiënten met een Bopz-titel in FPC's**

De opname van patiënten met een Bopz-titel in een FPC en de opname van patiënten met een forensische titel in de GGZ levert een ander knelpunt op. De mate van beveiliging die GGZ-instellingen kunnen bieden en de beveiliging die patiënten nodig hebben, komen niet altijd overeen. Wanneer daarop wordt besloten tot opname van de Bopz-patiënt in een FPC ontstaan knelpunten met betrekking tot de rechtspositie van de patiënt. Een voorbeeld daarvan is het sluiten van de deuren. Patiënten met een Bopz-titel hebben een ruimer recht op bewegingsvrijheid dan ter beschikking gestelden. De inrichting van een FPC en de werkwijze van het personeel zijn momenteel onvoldoende toegesneden op deze verschillen, waardoor de indruk bestaat dat de Bopz-patiënt in een FPC zijn aanspraken niet gemakkelijk kan verzilveren.

### **Terugdringen van dwang en drang in instellingen**

Het empirisch onderzoek laat zien dat binnen alle sectoren een tendens bestaat het toepassen van directe dwang terug te dringen. In de praktijk blijkt dat de toepassing van dwang met name in de

Bopz-sector, in de jeugdzorgplusinstellingen en in de justitiële jeugdinrichtingen wordt afgebouwd. Instellingen en koepelorganisaties ontwikkelen alternatieven voor dwang en er wordt meer ingezet op preventie. In de jeugdzorgplusinstellingen en justitiële jeugdinrichtingen ligt de focus meer op opvoeding en behandeling vanuit interne motivatie. In de Bopz-sectoren komt daar soms een vorm van indirecte dwang (drang) voor in de plaats. Die vergt in vergelijking met bestraffende maatregelen vaak een veel intensievere benadering waarvoor ook pedagogische vaardigheden noodzakelijk zijn. De vraag is in hoeverre alternatieve maatregelen voldoende rechtswaarborgen kennen; worden de patiënten over deze maatregelen goed geïnformeerd, kunnen er klachten ingediend worden en wordt deze vorm van dwang voldoende geëvalueerd? Soms is het voor het personeel en de betrokkenen niet goed duidelijk of er sprake is van dwang in een concrete situatie; met name in de gesloten jeugdzorg en verstandelijk gehandicaptenzorg worden 'opvoedkundige' afspraken zoals huisregels over bedtijden of over hygiëne, niet als dwang aangemerkt. Duidelijk is dat het voorkomen van dwang niet zelden arbeidsintensieve zorg tot gevolg heeft, waarbij specifiek geschoold personeel nodig is. In de GGZ en de jeugdzorgplusinstellingen is dit geschoolde personeel vaak wel aanwezig, maar met name in de verstandelijk gehandicaptenzorg en de psychogeriatric wordt veel zorg door 'verzorgend' personeel geboden, waardoor specifieke kennis over het gedrag van de doelgroep en de omstandigheden waaronder dwangmaatregelen kunnen worden toegepast niet altijd voldoende voorhanden is.

### **Werkbaarheid van criteria dwang en drang**

In de Bopz-sector zijn medewerkers het minst tevreden (minder dan de helft is tevreden) over de werkbaarheid van de criteria voor dwang, zo blijkt uit de enquête die in het kader van dit onderzoek is uitgevoerd. In de forensische zorg en forensische GGZ is tweederde van de medewerkers tevreden over de werkbaarheid van de criteria. In de gesloten jeugdzorg en justitiële jeugdinrichtingen is men het meest positief; driekwart van de medewerkers vindt de criteria werkbaar. In alle onderzochte sectoren is aangegeven dat de werkelijkheid complexer kan zijn dan de criteria impliceren en dat de criteria multi-interpretabel, subjectief, omslachtig, tegenstrijdig of op andere wijze niet duidelijk zijn. In de justitiële jeugdinrichtingen wordt voorts aangegeven dat het verkrijgen van toestemming van de directie van inrichtingen niet altijd mogelijk is, omdat snel moet worden gehandeld bij incidenten. In de Bopz-sector wordt verder genoemd dat het kennisniveau van medewerkers in verpleeghuizen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten onvoldoende is en dat met name de interpretatie van verzet en wilsonbekwaamheid lastig is. Ook blijkt dat medewerkers het lastig vinden onderscheid te maken tussen het opleggen van dwang bij vrijwillige opgenomen patiënten en gedwongen opgenomen patiënten. In de forensische zorg wordt ook het aantal administratieve handelingen dat de toepassing van dwang met zich meebrengt als niet-werkbaar gezien.

Het is niet duidelijk waarom medewerkers in de Bopz-sector minder tevreden zijn over de werkbaarheid van de criteria van dwang dan de andere sectoren. Het kan zijn dat er een verband is met het feit dat niet alle instellingen in deze sector in dezelfde mate met het toepassen van dwang in aanraking komen, bijvoorbeeld omdat er veel patiënten/cliënten met een vrijwillige status in de instelling verblijven, waardoor men minder gewend is aan de toepassing van de criteria.

## Rol van het Ministerie

Ten aanzien van de forensische zorg is sinds 2008 naar aanleiding van het rapport van de commissie Houtman (2005), de financiering overgegaan naar Justitie. Dat heeft tot gevolg dat er vanuit VWS weinig aandacht wordt besteed aan dit gebied. Aan de andere kant besteedt VenJ binnen de TBS, zeker qua regelgeving, de afgelopen jaren meer aandacht aan veiligheid dan aan zorg. Naar het oordeel van onze respondenten hebben incidenten een grote invloed op het beleid van het ministerie van VenJ. Zij stellen vast dat als een tbs'er zich onttrekt aan verlop – en daarvan is al snel sprake – direct alle vrijheden van de betreffende persoon worden ingetrokken. Deze maatregel wordt vaak beschouwd als buitenproportioneel en heeft dikwijls een negatief effect op de behandeling van de patiënt. Een andere observatie van onze respondenten is dat verlofaanvragen een lange doorlooptijd hebben. Ook dit leidt tot stagnatie in de behandeling. Eenzelfde waarneming is er in de justitiële jeugdinrichtingen waar het ministerie van VenJ zo voorzichtig is met het verlenen van verlop dat dat soms op gespannen voet staat met het resocialisatieproces.

Een laatste observatie is dat voor een adequate behandeling in de forensische zorg de balans tussen zorg en veiligheid in evenwicht moet zijn. Er zou minder nadruk moeten liggen op de titel en de behandeling van de patiënt zou meer centraal moeten komen te staan. VenJ heeft financieel belang bij een snelle doorstroming van patiënten en zou ook in dat kader in de TBS en het gevangeniswezen meer aandacht moeten besteden aan het zorgaspect van de forensische zorg, ook bij de ontwikkeling van beleid. De WFZ scheidt de verwachting dat er meer aandacht aan dit punt zal worden besteed.

## Klachtenafhandeling

Naar het oordeel van de respondenten is de doorlooptijd van klachtenafhandeling in de forensische zorg te lang. Ook in justitiële jeugdinrichtingen zijn jeugdigen van oordeel dat de weg naar de klachtencommissie te lang is. De bemiddeling door de maandcommissaris is weliswaar zinvol, maar werkt sterk vertragend in beide sectoren. De vertraging wordt ook veroorzaakt door het feit dat de reactie van de instelling soms lang op zich laat wachten. Dat alles neemt niet weg dat het indienen van klachten regelmatig leidt tot aanpassingen in de praktijk. Klachten kunnen waardevol zijn om bepaalde signalen op te vangen. Ook geeft het indienen van een klacht patiënten/cliënten/jeugdigen het gevoel dat zij 'in control' zijn over hun leven. Het is daarom belangrijk dat klachten tijdig worden behandeld. Administratieve onderbezetting zou hierbij geen belangrijke rol mogen spelen.

### 6.2.3 Conclusies met betrekking tot het empirisch onderzoek

Het empirisch onderzoek heeft een aantal verschillen aan het licht gebracht tussen de Bopz-sector (inclusief jeugdigen), de forensische sector en de gedwongen zorg voor jeugdigen in het jeugdstrafrecht en in de jeugdzorg. Veelal zijn die verschillen te verklaren door de doelstellingen van de achterliggende wetgeving. Niet alle verschillen zijn echter te rechtvaardigen. Doordat er in instellingen cliënten, patiënten en jeugdigen met diverse juridische titels en rechtsposities verblijven, ontstaat er soms lastig uit te leggen ongelijkheid in de rechtspositie van cliënten, patiënten en jeugdigen. Deze ongelijkheid is lang niet altijd inhoudelijk gemakkelijk te rechtvaardigen. Het zou daarom wenselijk zijn de interne rechtspositie zo veel mogelijk te harmoniseren. Hiermee kan ook een deel van de knelpunten worden opgelost. Niet alle knelpunten vinden echter hun oorsprong in het

wettelijk systeem. Een deel ervan is ook gelegen in het gebrek aan beschikbaarheid van de juiste plaatsen, het financieringssysteem en capaciteitstekorten. Naast harmonisatie van wetgeving verdienen derhalve ook die aspecten de aandacht.

## 6.3 De context van de wetgeving

Deze thematische wetsevaluatie bestrijkt een zeer breed en complex wetgevingsterrein. Tijdens het onderzoek kwamen tal van specifieke punten inzake de wet- en regelgeving rond gedwongen zorg aan de orde, maar ook onderwerpen die niet zozeer de inhoud als wel de context van de wetgeving en het wetgevingsbeleid betreffen. Het gaat daarbij om thema's die in sterke mate kunnen bepalen in welke mate de doelstellingen van wettelijke regelingen worden bereikt, of thema's die van belang zijn met betrekking tot de uitgangspunten en de opzet van wettelijke regelingen binnen het onderzochte gebied. In zoverre zijn de hieronder te behandelen onderwerpen van directe betekenis voor het wetgevingsbeleid in algemene zin op het terrein van gedwongen zorg. Enkele van de te behandelen onderwerpen werden al aangestipt in par. 6.2

### **Totstandkoming van de wetgeving, wetgevingsregie**

Zoals uit de vorige hoofdstukken van dit rapport duidelijk naar voren komt, is er op het terrein van gedwongen zorg sprake van een zeer omvangrijk en heterogeen wetgevingscomplex. Er is binnen en tussen sectoren sprake van aanzienlijke verschillen, zowel waar het gaat om de doelstelling en de systematiek als om de inhoud van de wet- en regelgeving. Deze verschillen houden verband met de karakteristieken van de verschillende sectoren (of deelgebieden daarbinnen), maar ook het ontstaansmoment en de ontstaansgeschiedenis van de betreffende wettelijke regelingen. Sommige regelingen zijn van recente datum, andere lijken relatief nieuw maar zijn geconcipeerd in een ver verleden. Een voorbeeld uit de laatste categorie is de Wet Bopz, die in 1994 in werking trad, na een parlementaire behandeling van 23 jaar. De aan de orde zijnde wettelijke regelingen dateren dus uit verschillende tijdvakken, de betrokken ministeries (of verschillende afdelingen binnen eenzelfde ministerie) hebben, vanwege hun specifieke beleidsopdracht, bij de totstandkoming ervan verschillende doelen voor ogen gehad en de regelingen zijn, op een enkele uitzondering na, nimmer in de sleutel van vergelijking en (eventuele) harmonisatie geplaatst. Daar komt nog bij dat er sprake is geweest van bevoegdheidsverschuivingen tussen ministeries en dat veel wettelijke regelingen tijdens de parlementaire behandeling op onderdelen zijn gewijzigd als gevolg van een politiek momentum dat min of meer toevallig ontstond, en waarbij niet altijd acht werd geslagen op de structuur van de wet of de daaraan ten grondslag liggende gedachten en uitgangspunten. Het onderzoek legt bovendien tal van raakpunten tussen wettelijke regelingen en/of wetsvoorstellen bloot die tijdens de parlementaire behandeling van de betreffende regelingen niet aan de orde zijn gekomen. Dit alles pleit ervoor te zoeken naar mogelijkheden voor de intensivering van wat wij 'wetgevingsregie' noemen: momenten van reflectie aan de zijde van het ministerie of de ministeries die benut (kunnen) worden om naar een wetgevingscomplex als geheel te kijken, om te voorkomen dat wettelijke regelingen die thematisch samenhangen los van elkaar worden geconcipeerd of tussentijds worden gewijzigd. Overigens zijn wij ons ervan bewust dat het op een reguleringsterrein als het onderhavige niet eenvoudig is om wetgevingsregie als hiervoor bedoeld te realiseren en dat

daartoe, zoals de eerdere hoofdstukken ook laten zien, op diverse gebieden wel degelijk pogingen zijn ondernomen, zij het dat het daarbij vooral ging om regie en afstemming binnen deelsectoren.

## **Internationale verdragen en richtlijnen**

In hoofdstuk 2 is een overzicht gegeven van de inhoud van internationale verdragen en richtlijnen op het terrein van de gedwongen zorg. Uit dat overzicht komt naar voren dat de Nederlandse wet- en regelgeving in het algemeen voldoet aan de vereisten die voortvloeien uit de internationale verdragen die in de Nederlandse rechtsorde verbindend zijn. Wel zijn er enkele twijfel- en discussiepunten, waaronder de vraag hoe moet worden omgegaan met de dwangbehandeling van een wilsbekwame patiënt. Dit vraagstuk kwam al aan de orde in de derde evaluatie van de Wet Bopz (2007) en in de thematische wetsevaluatie wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging (2011). In beide gevallen is tegen de achtergrond van een analyse van het EVRM en de jurisprudentie van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens aanbevolen in de Nederlandse wetgeving de rechtspositie van de wilsbekwame patiënt te versterken. In het licht van de uitleg die het Europese Hof voor de Rechten van de Mens geeft aan art. 5 EVRM kunnen voorts kritische kanttekeningen worden geplaatst bij de WZD, met name dat deze wet onvrijwillige zorg mogelijk maakt zonder dat een rechter daarover beslist, of zonder gemakkelijke toegang tot de rechter.

Uit de analyse van de internationale teksten komt naar voren dat een onderscheid moet worden gemaakt tussen 'hard law' en 'soft law'. De bindende internationale verdragen bevatten 'hard law'. Daarbij gaat het doorgaans om globaal geformuleerde grondrechten, die dus vaak (wel) een ieder verbindend zijn in de zin van de artikelen 93 en 94 Grondwet. De nadere inkleuring van deze grondrechten vindt plaats door jurisprudentie (van bijvoorbeeld het EHRM) en door internationale richtlijnen die weliswaar niet bindend zijn, maar wel richtinggevend ('soft law'). Het onderscheid tussen 'hard' en 'soft law' is overigens vloeiend. Het komt regelmatig voor dat instanties als het EHRM in de motivering van uitspraken verwijzen naar 'soft law', waardoor kan worden gesteld dat aan de betreffende internationale richtlijnen, hoewel deze formeel niet bindend zijn, toch een belangrijke juridische betekenis toekomt. Waar het gaat om de inhoud van de internationale richtlijnen vallen drie zaken op.

De eerste is, dat in een aantal van deze richtlijnen sterk wordt benadrukt dat zeer terughoudend moet worden omgegaan met dwangmiddelen als separatie en fixatie. Het is de vraag of de Nederlandse regelgeving voldoende blijkt geeft van die terughoudendheid. Weliswaar zijn in Nederland de laatste jaren tal van projecten gestart die zijn gericht op het terugdringen van dwang in de verschillende sectoren waarop dit onderzoek betrekking geeft, maar de wet- en regelgeving bevat, in vergelijking met de in de internationale 'soft law' genoemde aandachtspunten, maar betrekkelijk weinig materiële en procedurele bepalingen betreffende de rechtspositie van betrokkene.

Een tweede onderwerp komt naar voren uit de internationale richtlijnen die betrekking hebben op de (rechts)positie van jeugdigen. Deze richtlijnen maken een veel minder sterk onderscheid tussen de positie van jeugdigen die van hun vrijheid zijn beroofd, op welke titel dan ook, dan thans in de Nederlandse regelgeving het geval is, en bevatten bovendien veel uitvoeriger en op de uitgangspunten van opvoeding, behandeling en terugkeer naar de samenleving gerichte bepalingen dan de Nederlandse wetgeving. In de internationale richtlijnen komt het belang van een context die gericht is op opvoeding veel duidelijker naar voren dan in de Jeugdwet, de wet Bopz en zelfs in de

uitvoerig geregelde Bjj het geval is. Onder meer daaruit blijkt dat de Bjj, zoals hiervoor al gesteld, mogelijk te veel naar 'grotere broers' Pbw en Bvt is gemodelleerd.

Een derde onderwerp waar internationale 'soft law' een bron van inspiratie kan zijn voor Nederlandse beleidsmakers is het pleidooi dat daarin wordt gehouden om juist ook in een context van gedwongen zorg zoveel als mogelijk rekening te houden met de opvattingen en voorkeuren van de mensen die deze zorg moeten ondergaan. Binnen het Nederlandse stelsel van (voorgenomen) wet- en regelgeving gaat de Wvvgz hierin het verst. Ook in andere regelingen op het terrein van gedwongen zorg zouden bepalingen passen die waar mogelijk ruimte maken voor de erkenning en realisatie van wensen en voorkeuren van de betrokkene zelf. Daarbij gaat het niet alleen om het meewegen van de voorkeuren van betrokkene bij concrete beslissingen over dwangbehandeling of vormen van beveiliging, maar ook om diens positie in de juridische procedure die kan leiden tot een titel voor gedwongen opname of verblijf. Het meest extreme voorbeeld daarvan is blijkens dit onderzoek de rechtspositie van de jeugdige die met een civielrechtelijke machtiging op grond van artikel 1:261 BW gedwongen uit huis wordt geplaatst in bijvoorbeeld een residentiële voorziening. Deze jeugdige heeft ten aanzien van deze beslissing geen zelfstandige rechtspositie en geen zelfstandig recht op beroep inzake deze beslissing wat op gespannen voet staat met artikel 9 lid 2 en 12 lid 2 IVRK. De parlementaire stukken inzake de wettelijke regelingen die in deze evaluatie aan de orde zijn, gaan slechts zelden in op het bestaan en de relevantie van de internationale 'soft law'. Daardoor worden op het terrein van de regulering van de rechtspositie van personen die gedwongen zorg moeten ondergaan kansen gemist.

### **De betekenis van cultuur(verschillen)**

Wetsevaluaties laten vrijwel altijd zien dat de effecten en de impact van een wettelijke regeling in belangrijke mate kunnen worden bepaald door oorzaken en omstandigheden die met de inhoud van die wet als zodanig weinig te maken hebben. Een van die omstandigheden is de op enig moment heersende cultuur, bijvoorbeeld binnen een deelgebied of zelfs binnen een instelling. Daarvan laat ook dit onderzoek tal van voorbeelden zien. Daarbij kan het gaan om cultuurverschillen tussen deelgebieden of sectoren, maar ook om dergelijke verschillen binnen hetzelfde veld. Een voorbeeld van het eerste zijn de verschillen tussen de sectoren jeugd-GGZ en gesloten jeugdhulp, tussen welke sectoren regelmatig sprake is van grensverkeer. Vooral uit de interviews is naar voren gekomen dat de betekenis van terughoudendheid en rechtsbescherming in de sector GGZ anders wordt beleefd en geïmplementeerd dan binnen de gesloten jeugdzorg het geval is. In die laatste sector, maar overigens ook in de zorg voor verstandelijk gehandicapten, is de opvoedingsgedachte belangrijk, en is er minder aandacht voor een nauwgezette monitoring en registratie van dwanginterventies. Dat laatste is bij gedwongen zorg in de GGZ nu juist wel het geval. Cultuurverschillen kunnen er ook toe leiden dat min of meer vergelijkbare wettelijke instrumenten of bevoegdheden in de praktijk toch verschillend uitpakken. In hoofdstuk 5 noemden wij het voorbeeld dat voor onderzoek aan het lichaam jeugdigen in een justitiële jeugdinrichting zich meestal helemaal moeten ontkleden, terwijl een jongere in de gesloten jeugdzorg zich mag uitkleden onder een scheurjurk en dus niet naakt voor de groepsleiding hoeft te staan. Dit niet te rechtvaardigen verschil zien we op het niveau van de wetgeving niet terug. De gesloten jeugdzorg liet ons ook voorbeelden zien van cultuurverschillen tussen instellingen binnen hetzelfde deelgebied; instellingen die jongeren een grote mate van vrijheid geven versus instellingen met een veel strikter beleid. Dat zich cultuurverschillen voordoen, is geen argument tegen de harmonisatie van wet- en regelgeving (binnen een sector of over sectoren heen). Denkbaar is zelfs dat



harmonisatie juist zodanig kan inwerken op de praktijk dat die cultuurverschillen worden gemitigeerd of weggenomen. Maar is wel zo dat de effecten van harmonisatie, voor zover die het oog hebben op het verminderen of wegnemen van verschillen, niet moeten worden overschat. Wettelijke regelingen die van elkaar verschillen, kunnen in de praktijk tot min of meer dezelfde effecten leiden. Wettelijke bepalingen die (nagenoeg) identiek zijn aan elkaar, kunnen niettemin op verschillende manieren worden toegepast. Wetgeving die formeel de schijn van rechtsbescherming biedt, kan materieel veel minder goed uitpakken. Het gaat dus in bepaalde gevallen niet alleen om een harmonisatie van regelgeving, maar ook om een harmonisatie van cultuur.

### **Passende zorg, plaatsgebrek, financieringsschotten**

Belangrijk is dat de persoon die in aanmerking komt voor (gedwongen) zorg de zorg krijgt die in zijn of haar belang het meest passend is. Hierbij gaat het niet alleen om het recht van betrokkene op adequate zorg van goede kwaliteit, maar ook om de relatie met vrijheidsbeneming en -beperking: naarmate de geboden zorg passender en (dus) effectiever is, hoeft een vrijheidsbenemend of –beperkend regime minder lang te duren. Het bieden van passende zorg is een (impliciete of expliciete) doelstelling van veel van de in dit onderzoek onderzochte wetten. Sommige regelingen bevatten bepalingen die direct of indirect met het recht op passende zorg te maken hebben, zoals wettelijke opnameverplichtingen of bepalingen betreffende de rol van een plaatsings- of selectiefunctionaris. Ook zijn in de praktijk initiatieven ontstaan om te bewerkstelligen dat betrokkene op de juiste plek terecht komt. Te denken valt aan het organiseren van ‘combi-zittingen’ van jeugdstrafzaken en civiele jeugdzaken. Toch is het maar beperkt mogelijk om door middel van wetgeving passende zorg te garanderen.

Het onderzoek illustreert namelijk dat de praktijk zich niet altijd voegt naar de logica van de wettelijke onderscheidingen en daar zelfs door belemmerd kan worden. En waar betrokkene uiteindelijk terecht komt, wordt niet alleen of uitsluitend door zorgbehoefte bepaald, maar niet zelden door toeval. Dat is, zo komt uit de door ons gehouden interviews en focusgroepen naar voren, het meest pregnant aan de orde in de sector jeugd. De grootste problemen lijken niet op het vlak van de (gebrekige afstemming tussen) wetgeving te liggen. Veel bepalender zijn aspecten als plaatsruimte (en niet zelden: plaatsgebrek) en financiering. De sturende werking van financierings(on)mogelijkheden is sterk toegenomen. Dat blijkt ook duidelijk het geval te zijn in de forensische GGZ, met name ook door de ontwikkeling dat oplegging van een maatregel en plaatsing steeds meer van elkaar losgekoppeld zijn. Anderzijds komt er door het verminderde aantal terbeschikkinggestelden in de FPC's ruimte voor mensen die niet alleen een andere titel hebben, maar ook andere rechtsposities en financieringsvormen.

Door de Wet forensische zorg, die uitgaat van een meer dynamisch model waarbij gezocht wordt naar de juiste plek voor de delinquent in een optimale combinatie van zorg en beveiliging, zal de ont koppeling van ‘oplegging titel’ en ‘indicatiestelling plek’ nog verder worden doorgezet. In een dergelijke, meer dynamische doelstelling doemen bij de plaatsing in instellingen en bij het grensverkeer tussen (deelgebieden binnen) sectoren hinderpalen op die weliswaar relaties kunnen hebben met vigerende wetgeving, maar daar ook in belangrijke mate los van staan en een dominante impact kunnen hebben op de praktijk.

Tenslotte is er nog een andere factor die het bewerkstelligen van passende zorg kan belemmeren, namelijk het ontbreken, op de plaats van ‘bestemming’, van voldoende beveiligingsmogelijkheden.

Dan wordt uitgeweken naar een 'second best' locatie, waar de mogelijkheden tot zorgverlening niet optimaal zijn, maar wel voldoende beveiligingsmaatregelen kunnen worden genomen.

### **Toenemende ambulantisering**

Van oudsher wordt met betrekking tot de wetgeving inzake gedwongen zorg onderscheid gemaakt tussen de externe en de interne rechtspositie. Met de externe rechtspositie wordt bedoeld op de procedure tot gedwongen opname en ontslag. De interne rechtspositie betreft de rechtspositie van betrokkene tijdens het onvrijwillige verblijf in een instelling. Beide aspecten van de rechtspositie zijn van grote betekenis, tezamen met het recht van betrokkene op goede informatie over zijn rechten. Door de toenemende ambulantisering van de zorg begint het traditionele onderscheid tussen de externe en de interne rechtspositie steeds meer te vervagen. Dit was in de context van de Wet Bopz al aan de orde, door de opname in de wet van het instrument van de voorwaardelijke rechterlijke machtiging, maar zal door de komst van de Wvvgz en de WZD nog verder toenemen. In deze beide wetsvoorstellen staat gedwongen zorg in een ambulante context voorop en is onvrijwillige opname vooral een laatste redmiddel.

De ontwikkeling naar ambulantisering van de (gedwongen) zorg is in alle onderzochte sectoren zichtbaar, maar wel met tempo- en accentverschillen. Deze ontwikkeling is het sterkst zichtbaar in de beide wetsvoorstellen tot vervanging van de Wet Bopz, maar ook in de wetgeving met een strafrechtelijke connotatie en in de Jeugdwet. Daarin duiken immers steeds meer modaliteiten op waarin zorg een voorwaarde wordt van een vrijheidsbeperkende sanctie, waarvan de voorwaardelijke veroordeling, voorwaardelijke invrijheidstelling en de TBS met voorwaarden de traditionele voorbeelden zijn. Dit is verder van belang bij de toepassing door de strafrechter van diens toekomstige bevoegdheid uit de Wfz om, gekoppeld aan een groot aantal strafrechtelijke titels een zorgmachtiging als bedoeld in de Wvvgz en de WZD te kunnen geven. Deze voorziening is bedoeld om de verbinding tussen de GGZ en forensische zorg te verbeteren.

Belangrijk is te onderkennen dat, gezien vanuit het perspectief van de rechtspositie van betrokkene, gedwongen zorg in een ambulante setting op verschillende manieren kan worden gerealiseerd. De Wvvgz en de WZD maken zowel directe als indirecte vormen van ambulante gedwongen zorg mogelijk. Directe vormen houden in dat feitelijk gedwongen zorg kan worden toegepast, bijvoorbeeld in de thuissituatie van de patiënt. Indirecte vormen houden in dat de niet-naleving van voorwaarden kan leiden tot gevolgen, bijvoorbeeld de onvrijwillige opname in een instelling (in de vorm van een voorwaardelijke machtiging) of de tenuitvoerlegging van vormen van justitiële vrijheidsbeneming, zoals (voorwaardelijk opgelegde) vrijheidsstraf of vrijheidsbenemende maatregel zoals de Pij-maatregel of – bij de TBS – alsnog dwangverpleging. In de forensische sector voorziet de wetgeving op tal van plaatsen in dergelijke indirecte vormen van gedwongen zorg, met als stok achter de deur de (terug)plaatsing van een (ambulante, vrijwillige) behandelingssetting naar een niet of veel minder op zorg gericht justitieel regime. Het onderzoek wijst uit dat de toepassing van indirecte, voorwaardelijke gedwongen zorg in de forensische sector problematisch is, aangezien voorwaardelijke strafrechtelijke modaliteiten in de GGZ veelal gelden als een vrijwillige titel. De rechtspositie van betrokkenen wordt dan bepaald door de Wgbo, en beperkingen van rechten of het toepassen van dwangmaatregelen zijn niet mogelijk. Dit kan het in de toekomst voor de strafrechter aantrekkelijk maken (ook) te kiezen voor directe gedwongen zorg, door het opleggen van een zorgmachtiging, vooral in die gevallen waarin de bereidheid van betrokkene tot medewerking aan

zorg wegvalt of wordt betwijfeld. Gezien vanuit het perspectief van het subsidiariteitsbeginsel is echter van belang dat directe vormen van gedwongen zorg zoveel mogelijk worden vermeden. De toegenomen ambulantisering roept ook nieuwe vragen op, met name bij de toepassing van directe vormen in het domein van de Wvvgz en de WZD. Hoe kunnen directe vormen van dwang buiten een instellingscontext worden gecontroleerd? Wat zijn adequate vormen van toezicht in dat verband? Deze vragen krijgen in de parlementaire stukken betreffende de Wvvgz en de WZD relatief weinig aandacht, terwijl het om kwesties gaat die voor de rechtspositie van betrokkenen van groot belang zijn.

### **Verschillende juridische titels onder één dak**

Het onderzoek wijst uit dat in alle onderzochte sectoren in enige mate aan de orde is dat mensen met verschillende juridische titels binnen één en dezelfde instelling verblijven. In een aantal gevallen neemt dit toe, niet zozeer ten gevolge van wetgeving (saanpassingen) maar door ontwikkelingen rond zorgorganisatie en zorginkoop. Zo laat het empirisch onderzoek zien dat door de meeste hulpverleners (87%) uit FPK's/FPA's is aangegeven dat zij werken op een afdeling waarop patiënten met meerdere titels verblijven. Bij FPC's is daarvan in weliswaar minder dan de helft sprake (41%), maar dat is nog steeds een substantieel aantal gevallen. Het plaatsen van mensen met verschillende titels onder één dak is in een aantal gevallen een bewuste keuze van beleid of wetgeving, en in andere gevallen het resultaat van ontwikkelingen die zich buiten de wetgeving om hebben voltrokken (zoals de afname van het aantal TBS-gestelden, waardoor de betreffende instellingen een deel van hun capaciteit zijn gaan gebruiken voor patiënten met andere titels). De gedragsproblematiek van sommige patiënten met een Bopz-titel kan ook aanleiding zijn voor een (tijdelijke) plaatsing in een instelling in de forensische sector. Ook komt het voor dat jeugdigen in instellingen voor gesloten jeugdzorg een strafbaar feit plegen en dan een dubbele titel hebben. De situatie waarin onder één dak patiënten met verschillende juridische titels en rechtsposities verblijven is min of meer een gegeven. Maar deze situatie is in de praktijk wel uiterst ingewikkeld en resulteert in veel vragen en onduidelijkheden. In één van de focusgroepen werd opgemerkt dat deze situatie in de praktijk vaak leidt tot “een niet uit te leggen ongelijkheid tussen patiënten”. Een integrale oplossing voor dit probleem is niet voor handen, nu een strikte fysieke scheiding van groepen justitiabelen met verschillende titels en rechtsposities geen optie lijkt te zijn. Ook scheiding van groepen binnen een instelling of behandelsetting zal vaak onwenselijk en inefficiënt zijn nu personen met verschillende titels en rechtsposities dezelfde (gedwongen) zorgbehoefte kunnen hebben. Dan ligt plaatsing van deze mensen bij elkaar om therapeutische redenen voor de hand. Ook de noodzaak tot beveiliging kan, hoewel de titels verschillen, identiek zijn. Wel is het dan aangewezen te streven naar harmonisatie in de zin van: het wegnemen van ongerechtvaardigde verschillen tussen rechtsposities. In par. 6.5 komen wij daarop terug.

### **Harmonisering in het licht van verschillen in opzet en uitgangspunten tussen wettelijke regelingen**

Het onderzoek laat zien dat met betrekking tot de vraag in welke mate het harmoniseren van wetgeving mogelijk en gewenst is, verschillende niveaus kunnen worden onderscheiden. In par. 6.5 zullen wij mogelijkheden verkennen om relatief concrete deelaspecten van de rechtspositie van

betrokkene te harmoniseren. De mogelijkheid en wenselijkheid om dat te doen, kunnen echter niet los worden gezien van de opzet en de uitgangspunten van de wettelijke regelingen op het gebied van gedwongen zorg. Tussen die opzet en uitgangspunten bestaan aanzienlijke verschillen, bijvoorbeeld waar het gaat om de mate van detaillering van wettelijke regelingen. De drie justitiële beginselenwetten (Pbw, Bvt, Bjj) laten, als we die regelingen en hun uitvoeringsbesluiten tezamen nemen, de meest verregaande mate van detaillering zien. De wettelijke regeling van de gedwongen jeugdhulp (eerst in de Wjz, nu in de Jeugdwet) laat het andere uiterste zien: cruciale onderwerpen zijn daarin bewust globaal geregeld, om ruimte te laten voor zorg op maat in het hulpverleningsplan. De huidige Wet Bopz bevat met betrekking tot een aantal onderwerpen vrij specifieke bepalingen, veelal nader uitgewerkt in een AMvB. Daarentegen kiest de Wvvgz voor een opener aanpak, die veel meer op uitgangspunten is gericht en waarin de nadruk veel meer ligt op de invulling door de geneesheer-directeur (die een voorstel doet voor) en de rechter (die beslist over) de op de persoon toegesneden zorgmachtiging. Hoewel aan de bedoelde verschillen dus veelal een bepaalde logica van de wetgever ten grondslag ligt, roepen deze vragen omtrent rechtszekerheid en rechtsbescherming op. Zijn, nu het op het gebied van de gedwongen zorg veelal gaat om qua aard en intensiteit vergelijkbare (dwang)interventies, wezenlijke verschillen in opzet en uitgangspunten van wetgeving te verdedigen? Genoemd kunnen worden de kritiek indertijd van de Raad van State op het verschil in opzet tussen het wetsvoorstel gesloten jeugdzorg en de Bjj alsmede de verschillen tussen Wvvgz en WZD betreffende de rechterlijke bemoeienis met vrijheidsbeperking en vrijheidsontneming. Een punt van aandacht is voorts dat de laatste jaren een aantal relevante wetten in sectoren buiten de GGZ is gemodelleerd naar de Wet Bopz, terwijl die wet nu op het punt staat om vervangen te worden door een regeling (de Wvvgz) die op belangrijke punten andere uitgangspunten, benaderingen en procedures hanteert. Aldus gezien worden door de komst van de Wvvgz, die op zichzelf gezien een te waarden regeling is, wetgevingsverschillen tussen verschillende sectoren van gedwongen zorg vergroot.

Verschillen hebben ook betrekking op de vormgeving van (vrijheids)beperkingen. Bijvoorbeeld in de drie justitiële beginselenwetten worden rechten van betrokkenen gecombineerd met wettelijke beperkingsmogelijkheden. Daardoor wordt benadrukt dat beperkingen uitzonderingen op rechten zijn, en om die reden dienen te worden onderbouwd. Daarentegen komen in de Jeugdwet vrijwel uitsluitend beperkingen aan de orde, die niet of veel minder in de sleutel van een recht staan, waardoor de betreffende beperkingen eerder het karakter van een automatisme kunnen krijgen. Het komt erop neer dat de onderzochte wettelijke regelingen conceptueel nogal van elkaar verschillen, zowel waar het gaat om de gehanteerde uitgangspunten voor rechtsbescherming, de in de wet genoemde rechten en de mate van uitwerking daarvan en de arrangementen voor registratie van interventies, kwaliteitscontrole en toezicht. Aan elk van de wetten liggen dus eigen afwegingen en concepten ten grondslag liggen, waarvoor doorgaans door de wetgever bewust is gekozen. Daarmee dient bij harmonisering op (deel)themaniveau rekening gehouden te worden. Met andere woorden: bij harmonisering op (deel)themaniveau dient met de eigen kenmerken van de betreffende wetten rekening te worden gehouden. Ook harmonisering op het niveau van de opzet en uitgangspunten van wetgeving is van belang.

## 6.4 Conclusies en aanbevelingen op basis van de sectorhoofdstukken

In deze paragraaf formuleren wij conclusies en aanbevelingen op basis van de analyses uit de sectorhoofdstukken 3, 4 en 5, waar nodig ook in samenhang met de bevindingen uit hoofdstuk 2. Daarbij gaat het om conclusies en aanbevelingen die uit deze hoofdstukken als zodanig voortvloeien, maar ook om conclusies en aanbevelingen die naar voren komen uit de samenhang tussen deze hoofdstukken en de daarin onderzochte (deel)sectoren. De conclusies en aanbevelingen zijn vooral gericht op de samenhang en de relaties tussen wetgeving, maar hebben soms ook betrekking op wezenlijke aspecten van een specifieke wettelijke regeling. Daarnaast komen ook randvoorwaardelijke aspecten aan de orde: aspecten die niet zozeer de inhoud van de wetgeving betreffen, maar die wel de werking of gevolgen van wetgeving kunnen beïnvloeden. Uit een oogpunt van ordening presenteren wij de conclusies en aanbevelingen sectorgewijs, maar zullen deze in een aantal gevallen juist de relaties tussen sectoren betreffen, zoals ook het geval is met de analyses in de hoofdstukken 3, 4 en 5. Per sector wordt steeds ook een korte typering gegeven van de voornaamste discussiepunten en kenmerken, gezien vanuit de optiek van deze wetsevaluatie.

### 6.4.1 Het domein van de huidige Wet Bopz (in de toekomst de Wvggz en de WZD)

#### Inleiding

Binnen het domein dat thans bestreken wordt door de Wet Bopz zijn vooral de inhoud en de impact van de Wvggz en de WZD van belang. De Wet Bopz zal naar verwachting binnen afzienbare termijn door beide wetsvoorstellen worden vervangen. De Wvggz richt zich anders dan de WZD op personen met een psychische stoornis (bij wie veelal nog behandeling mogelijk is). Beide nieuwe wetten delen enkele belangrijke uitgangspunten: het toepassen van dwang dient zoveel mogelijk te worden voorkomen; het zijn beide persoonsgebonden, en niet locatiegebonden regelingen; de erin opgenomen rechtsbescherming is overwegend procedureel van aard. Tegelijk zijn er ook belangrijke verschillen. Een belangrijk punt is dat beide wetten hun eigen omschrijving kennen van gedwongen zorg; de Wvggz regelt de voorwaarden voor 'verplichte zorg', dat wil zeggen zorg die ondanks verzet kan worden verleend, terwijl voor 'onvrijwilligheid' in de WZD geen verzet is vereist. Alles bijeen genomen – en ondanks een aantal gemeenschappelijke uitgangspunten – verschillen de Wvggz en de WZD aanzienlijk in grondbegrippen en benadering. De vraag is in hoeverre die verschillen gerechtvaardigd worden door het uiteenlopend karakter van de doelgroepen. Is een aparte wet voor de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg wel echt nodig? De regering houdt blijkens de toelichtende stukken op de WZD vooralsnog vast aan die keuze; zij wil niet weer in de valkuil stappen om een regeling voor één doelgroep te ontwerpen en daar andere doelgroepen in te voegen. Zij acht het wel zinvol te onderzoeken of beide regelingen op termijn kunnen samengaan, maar wil ze eerst een periode afzonderlijk van elkaar laten werken en hun waarde laten bewijzen in de praktijk. Voor die keuze valt, vooral gelet op de huidige stand van zaken met betrekking tot beide wetsvoorstellen, begrip op te brengen. Voor de langere termijn zijn er echter sterke argumenten om de samenhang tussen Wvggz en WZD, en meer in het bijzonder de systematiek van de WZD, nog eens zeer kritisch te bezien. Goed denkbaar is een scenario waarin de Wvggz als kaderwet ook voor de WZD-sectoren gaat gelden, met mogelijk op een aantal punten een voor die sectoren afwijkende

regeling. De WZD roept ook vragen op met betrekking tot het EVRM, nu dit wetsvoorstel interventies mogelijk maakt die de facto kunnen neerkomen op vrijheidsbeneming, zonder (voorafgaande) bemoeienis van de rechter. Enkele van de hieronder te noemen aanbevelingen hebben op de WZD of de relatie Wvggz-WZD betrekking.

De Wet Bopz noch de Wvggz en de WZD bevatten specifieke regelingen of bepalingen met betrekking tot minderjarigen. Deze wetten gelden zowel voor meerderjarigen als minderjarigen en differentiëren op geen enkel punt tussen beide groepen patiënten. Dit is een opmerkelijk punt, mede gelet op de in hoofdstuk 2 beschreven internationale normen, waaruit kan worden afgeleid dat in het geval van gedwongen zorg betreffende minderjarigen specifieke uitgangspunten en waarborgen aan de orde zijn. Die uitgangspunten en waarborgen zijn tot op zekere hoogte in de wetgeving betreffende de gedwongen jeugdhulp (Jeugdwet) en het jeugdstrafrecht (Bjj) wel in de wetgeving verdisconteerd. Daarnaast werd in par. 6.3 al geconstateerd dat, waar het gaat om rechtsbescherming, de opzet en uitgangspunten van Wet Bopz/Wvggz enerzijds en Jeugdwet anderzijds nogal van elkaar verschillen: relatief precieze regelingen en waarborgen in Wet Bopz/Wvggz, maar op onderdelen globalere bepalingen in de Jeugdwet. Dit terwijl het in beide sectoren kan gaan om vergelijkbare (dwang)interventies, de (gezondheids)kenmerken van de cliënten in beide sectoren nogal eens overeenkomen en het niet zelden toevallig is in welke sector men in het geval van problemen terecht komt (zie nader par. 6.4.2). Het gaat overigens niet alleen om wettelijke verschillen met betrekking tot elementen van de interne rechtspositie, maar ook om de rechtsbescherming en waarborgen in het kader van de rechterlijke besluitvormingsprocedures. Elementen hiervan komen aan de orde in de aanbevelingen hieronder, maar ook in die in par. 6.4.3 en in de themagewijze vergelijking van rechtsposities in par. 6.5.

## **Aanbevelingen**

Alles bijeen genomen – en ondanks een aantal gemeenschappelijke uitgangspunten – verschillen de Wvggz en de WZD aanzienlijk van elkaar, zowel wat betreft hun grondbegrippen als hun benadering. De verschillen lijken maar ten dele te rechtvaardigen vanuit het uiteenlopende karakter van de doelgroepen. Zo is niet goed te beredeneren dat dat uiteenlopende karakter een argument kan vormen om bijvoorbeeld waar het gaat om een zo ingrijpende interventie als dwangmedicatie in de Wvggz voor een ander (en strikter) systeem van rechtsbescherming te kiezen dan in de WZD. In hoofdstuk 3 worden tal van andere verschillen tussen beide regelingen genoemd waarvoor geen goede verklaring is te geven (zoals het onderscheid tussen de kernbegrippen uit beide wetten, beperktere mogelijkheden voor schadevergoeding in de WZD dan in de Wvggz en het ontbreken in de WZD van een melding aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat de gedwongen zorg ernstig tekort schiet (art. 14:2 Wvggz).

De Wvggz zonder meer laten gelden voor de psychogeriatric en verstandelijk gehandicapten zorg is echter een te simpele oplossing: dat zou bijvoorbeeld (wederom) een disproportioneel beroep op de rechterlijke macht betekenen, ook waar het om minder ingrijpende zorginterventies gaat. Dit neemt echter niet weg dat één samenhangende wettelijke regeling de voorkeur verdient. Wanneer alleen de Wvggz wordt gehandhaafd, zouden daaronder in elk geval de zwaardere vormen van gedwongen zorg bij de VG/PG-patiënten kunnen worden gebracht. Voor de mildere vormen van dwang zou een lichter regime kunnen gelden, waarbij te denken valt aan toevoeging van elementen uit de WZD (zoals wettelijke opnemings zonder rechterlijke tussenkomst bij patiënten die geen bereidheid en geen

bezwaar kunnen uiten) aan de Wvvgz resp. de huidige regeling voor dwang in de WGBO. Dit zou vormgegeven kunnen worden in een specifiek op VG/PG-patiënten gericht onderdeel van een aangepaste Wvvgz. Voor VG/PG-patiënten gelden dan de algemene regels en uitgangspunten van de Wvvgz, tenzij die wet op onderdelen anders bepaalt.

### *Aanbeveling 1*

*Het verdient vanuit een oogpunt van overzichtelijkheid, toegankelijkheid en consistentie van wetgeving de voorkeur één wettelijke regeling te hanteren voor zowel de GGZ- als de PG/VG-sector, binnen welke regeling enige differentiatie tussen sectoren mogelijk is.*

Gelet op de huidige stand van de parlementaire behandeling van de Wvvgz en de WZD komt de vraag op hoe aanbeveling 1 het beste kan worden gerealiseerd. Dit is mogelijk door de WZD in te trekken en de Wvvgz aan te passen op de wijze zoals hiervoor genoemd, maar ook door beide wetten enige jaren naast elkaar te laten functioneren, en deze vervolgens te integreren. Denkbaar is ook dat de Wvvgz voor de psychiatrie alvast in werking treedt, en dat voor de PG/VG de Wet Bopz blijft gelden tot het moment waarop de Wvvgz is aangepast zoals in aanbeveling 1 wordt bepleit. Aldus kan voorkomen worden dat invoering van de Wvvgz voor de psychiatrie onnodig wordt vertraagd. Dit onderzoek levert geen dwingende argumenten op voor een van de genoemde opties: die keuze moet worden gemaakt door de regering en het parlement. Wordt gekozen voor de optie om de Wvvgz en de WZD enige tijd naast elkaar te laten functioneren, dan is een betere afstemming tussen beide wetsvoorstellen zeer gewenst. Om die reden zijn in het vervolg van dit hoofdstuk enkele aanbevelingen te vinden die de inhoud van de WZD of de verhouding tussen Wvvgz en WZD betreffen.

Dat de WZD met betrekking tot gedwongen zorg kiest voor een ander model van rechtsbescherming dan de Wvvgz roept ook vanuit mensenrechtelijk perspectief vragen op. De WZD kent slechts een beperkte rol voor de rechter waar het gaat om het vooraf accorderen van gedwongen zorg. Het wetsvoorstel laat toe dat de zorgverantwoordelijke besluit tot gedwongen zorg die de facto tot vrijheidsbeneming leidt, maar waarover niet door een rechter is geoordeeld. De WZD bevat weliswaar tal van procedurele waarborgen met betrekking tot de besluitvorming, maar het is de vraag of die waarborgen in alle gevallen kunnen gelden als de in art. 5 lid 1 EVRM voorgeschreven “wettelijke procedure” (zoals het EHRM deze verdragsbepaling interpreteert). Ook het recht van betrokkene om op te komen tegen een beslissing tot vrijheidsbeneming als bedoeld in art. 5 lid 4 EVRM lijkt door de mogelijkheid van gedwongen zorg zonder rechterlijke tussenkomst onvoldoende in de WZD tot uitdrukking gebracht. In verband met dit laatste is een nadere analyse van het onderscheid dat het EHRM maakt tussen vrijheidsbeneming en vrijheidsbeperking geboden.

### *Aanbeveling 2*

*Onderbouw de opzet en uitgangspunten van de WZD met een grondiger mensenrechtelijke analyse, in het licht van de jurisprudentie van het EHRM over art. 5 EVRM en het daarbij van belang zijnde onderscheid tussen vrijheidsbeneming en vrijheidsbeperking.*

De WZD bevat een zeer gedetailleerde regeling van het 'stappenplan' dat moet worden doorlopen voordat onvrijwillige zorg kan worden toegepast. Ofschoon de betreffende regels van belang zijn voor de procedurele rechtsbescherming van de patiënt bij onvrijwillige zorg en onmisbaar voor de legitimering van dergelijke zorg wanneer daarvoor geen tussenkomst van de rechter is vereist, zijn er aspecten van die regeling die niet op het niveau van een formele wet geregeld behoeven te worden. Die elementen zouden zelfs evengoed of beter onderwerp kunnen zijn van (geconditioneerde) zelfregulering, vergelijkbaar met de richtlijnontwikkeling met betrekking tot de toepassing van verplichte zorg waarop artikel 8:5 Wvvgz doelt. Voorbeelden hiervan zijn de regels in artikel 9 lid 3 en artikel 10 lid 4 WZD over wat door de zorgverantwoordelijke in het overleg met deskundigen moet worden besproken.

### *Aanbeveling 3*

*De artikelen 5 – 15 WZD dienen kritisch tegen het licht te worden gehouden en er moet worden bezien wat daarvan naar lagere regelgeving kan worden overgebracht resp. (binnen het wettelijk kader) aan zelfregulering door het veld kan worden overgelaten.*

In een aantal wetten zijn bepalingen opgenomen die de overgang naar het betreffende wettelijke regime van personen uit andere wettelijke 'domeinen' proberen te faciliteren. Een voorbeeld daarvan is art. 49 lid 1 WZD. Deze bepaling houdt in dat een persoon die op grond van een beslissing op grond van Sv, Sr, Pbw, Bvt, Bjj of Gratiewet in een WZD-accommodatie verblijft, wordt aangemerkt als een cliënt die met een rechterlijke machtiging als bedoeld in de WZD is opgenomen. Deze bepaling schept in een aantal gevallen duidelijkheid, maar lijkt te miskennen dat een aantal van de genoemde beslissingen initieel niet is gericht op vrijheidsbeneming. Te denken valt aan de beslissing tot gratieverlening onder voorwaarden als bedoeld in art. 13 Gratiewet. Als deze voorwaarde inhoudt dat betrokkene zich laat opnemen en behandelen in een WZD-accommodatie, vloeit kennelijk uit art. 49 WZD voort, dat die opneming tot vrijheidsbeneming leidt.

### *Aanbeveling 4*

*Heroverweeg art. 49 WZD, om te voorkomen dat beslissingen waarbij de opneming in een WZD-accommodatie het karakter van een voorwaarde draagt, in een onvrijwillige opneming resulteert.*

In de systematiek van de WZD is ten onrechte niet voorzien in een rol zoals die in de Wvvgz wordt vervuld door de geneesheer-directeur. Hierdoor wordt de kans gemist om een dergelijke actor bij onder andere het interne toezicht op toepassing van dwang binnen en buiten de instelling (in het bijzonder de dwang die niet aan rechterlijke besluitvorming is onderworpen), zoals die wel in de Wvvgz is voorzien, een belangrijke rol te laten vervullen. Deze omissie moet worden hersteld door ook in de WZD een dergelijke actor te benoemen en hem bepaalde taken toe te bedelen.



### *Aanbeveling 5*

*Aan de WZD dient, zoveel mogelijk in lijn met de Wvvgz, een positie vergelijkbaar met die van de geneesheer-directeur te worden toegevoegd.*

Vanwege zijn rol als centrale actor binnen de wet en zijn sturende rol bij de rechterlijke besluitvorming is het van groot belang dat de geneesheer-directeur zijn taken op onafhankelijke wijze kan uitoefenen. Artikel 2:3 Wvvgz bepaalt slechts dat de zorgaanbieder voordat deze de geneesheer-directeur aanwijst (artikel 1 sub h wetsvoorstel) advies vraagt aan de cliëntenraad (zoals bedoeld in artikel 2 Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen) en dat deze ervoor zorgdraagt dat de geneesheer-directeur zijn taken op onafhankelijke wijze, en zonder diens aanwijzingen kan uitvoeren. Vraag is of de onafhankelijke positie van de geneesheer-directeur daarmee voldoende is gewaarborgd; het bestuur van de zorgaanbieder beslist in deze constellatie immers nog steeds over de aanstelling en het ontslag van de geneesheer-directeur. Een mogelijkheid om diens onafhankelijkheid beter te waarborgen is in de Wvvgz te regelen dat de geneesheer-directeur door de Raad van Toezicht van de instelling wordt benoemd (en ontslagen) en dat deze voor diens benoeming en functioneren mede verantwoordelijk is.

### *Aanbeveling 6*

*De onafhankelijke positie van de geneesheer-directeur dient beter in de Wvvgz te worden verankerd. Een mogelijkheid hiertoe is deze door de Raad van Toezicht (RvT) te laten benoemen en de RvT voor diens benoeming en functioneren mede verantwoordelijk te maken.*

De praktijk leert dat de Wvvgz en de WZD weliswaar betrekking hebben op verschillende patiënten groepen, maar dat tussen beide deelgebieden relatief frequent sprake is van grensverkeer. Te denken valt een aan verstandelijke gehandicapte bij wie ook sprake is van een psychische stoornis, waardoor tijdelijke overplaatsing van een WZD-accommodatie naar een psychiatrisch ziekenhuis nodig is. Omgekeerd kan zich dat ook voordoen. Dit wordt vergemakkelijkt door in beide wetten te bepalen dat een WZD-machtiging en een zorgmachtiging Wvvgz (voor zover daarin is voorzien in opneming) 'uitwisselbaar' zijn: een WZD-machtiging legitimeert ook tot opneming in een psychiatrisch ziekenhuis en omgekeerd.

### *Aanbeveling 7*

*Richt de verhouding tussen de Wvvgz en de WZD zo in dat een zorgmachtiging op grond van de Wvvgz (indien deze voorziet in de mogelijkheid van opneming) en een machtiging op grond van de WZD kunnen legitimeren tot een opneming in het domein van elk van beide wetten.*

Deze aanbeveling kan overigens alleen worden gerealiseerd als de kernbegrippen van beide wetten op elkaar worden afgestemd (zie par. 6.5, aanbeveling 39).

Uit het bepaaldheidsvereiste vloeit voort dat wettelijke inbreuken op grondrechten zo nauwkeurig mogelijk in de wet worden omschreven. Daarin gaan de drie justitiële beginselenwetten het verst.

Daarin zijn tal van inbreuken behoorlijk minutieus geformuleerd. De Wvvgz kiest voor een veel globalere omschrijving van de maatregelen die als verplichte zorg kunnen worden opgelegd. Dat levert vragen en onduidelijkheden op over de inhoud en strekking van de verplichte zorg waartoe de rechter kan besluiten. Dit is een onwenselijke situatie. Het gaat er niet om de mate van detaillering uit de justitiële beginselenwetten over te nemen, hetgeen zich niet zou verdragen met het 'open' systeem van de Wvvgz, maar wel om al te globale omschrijvingen iets meer te preciseren. Zie voor een specifiek voorbeeld ook hierna par. 6.5, aanbeveling 52).

#### *Aanbeveling 8*

*Heroverweeg art. 3:2 Wvvgz in het licht van het bepaaldheids criterium. Omschrijf de in dit wetsartikel genoemde vormen van (verplichte) zorg preciezer.*

Toepassing van dwang en drang bij patiënten in al zijn facetten ligt (wanneer de zorgmachtiging eenmaal is afgegeven) grotendeels in handen van de zorgverantwoordelijke of hoofdbehandelaar van de patiënt. Die professional bepaalt binnen de ruimte van de door de rechter of burgemeester afgegeven modaliteit welke maatregelen, hoe lang en in welke mate ten aanzien van de betrokkene worden toegepast. Bij nadere vormgeving van professionele richtlijnen voor verplichte zorg dient, in zoverre dat mogelijk is gelet op de specifieke setting, recht te worden gedaan aan de in de Wvvgz verankerde principes van verplichte zorg: subsidiariteit, proportionaliteit, doelmatigheid en veiligheid van de verplichte zorg; de mogelijke nadelen van verplichte zorg op lange termijn; de voorwaarden die noodzakelijk zijn om deelname van betrokkene aan het maatschappelijk leven te waarborgen; de wensen en voorkeuren van de betrokkene ten aanzien van de zorg; en de visie van de familie, directe naasten en de huisarts van de betrokkene.

#### *Aanbeveling 9*

*Het ontwikkelen van richtlijnen met betrekking tot de toepassing van verplichte zorg in verschillende contexten (ambulant, intramuraal, transmuraal) respectievelijk bij verschillende doelgroepen (minderjarigen, patiënten die gevaarlijk zijn, verslaafden, patiënten uit de VG/PG-groep, patiënten met een verschillende etnische achtergrond), zoals bedoeld in artikel 8:5 Wvvgz, dient voordat de wet in werking treedt reeds ter hand te worden genomen. De belangrijkste, bij verplichte zorg betrokken partijen alsmede de Inspectie voor de Gezondheidszorg dienen bij het proces van richtlijnontwikkeling betrokken te zijn.*

Een patiënt die ten gevolge van zijn psychische stoornis louter gevaar voor zich zelf veroorzaakt (zoals maatschappelijke teloorgang) kan, ook al is hij tot een redelijke waardering van zijn belangen in staat, onder de Wet Bopz toch gedwongen worden opgenomen en aan dwangbehandeling worden onderworpen. Hierop is in de derde evaluatie kritiek geuit. De evaluatiecommissie stelde voor wilsbekwaam verzet tegen een interventie in deze situatie te respecteren, zelfs als de patiënt op het moment dat de interventie noodzakelijk is, wilsonbekwaam is ter zake van die interventie. Het standpunt van de derde evaluatiecommissie sluit ook aan bij de rechtspraak van het EHRM en 25

internationale documenten. Ook de evaluatiecommissie van de Thematische wetsevaluatie wilsbekwaamheid en vertegenwoordiging (ZonMw 2011) stelde voor in de Wet Bopz en de toekomstige Wvvggz het respecteren van wilsbekwaam verzet te waarborgen. Maar de aanbeveling van deze evaluatiecommissies werd in de Wvvggz toch niet (helemaal) overgenomen. Het voorstel bepaalt in artikel 2:1 lid 6 dat '[de] wensen en voorkeuren van betrokkene worden gehonoreerd, tenzij: a. betrokkene niet tot een redelijke waardering van zijn belangen ter zake in staat is, of b. deze in strijd zijn met de aan hem te verlenen verplichte zorg'. De nota van toelichting vermeldt dat er ' (...) niet voor het criterium gekozen [is] dat dit gehonoreerd moet worden indien het gedrag van betrokkene geen schade berokken[t] aan anderen, maar wel dat dit niet gehonoreerd hoeft te worden indien deze wensen en voorkeuren in strijd zijn met de aan hem te verlenen verplichte zorg zoals omschreven in de zorgmachtiging'. Door deze toch tamelijk algemeen geformuleerde uitzondering lijkt de wet nog steeds behoorlijk wat ruimte te laten voor toepassing van dwang bij een wilsbekwame patiënt wier stoornis alleen een aanzienlijk risico op ernstige schade voor hemzelf veroorzaakt. De wetgever dient de Wvvggz zodanig aan te passen dat hieruit volgt dat wilsbekwaam verzet wordt gerespecteerd indien de psychische stoornis van de patiënt alleen een aanmerkelijke kans op schade voor de betrokkene zelf veroorzaakt.

#### *Aanbeveling 10*

*De tekst van het wetsvoorstel Wvvggz dient zodanig te worden gewijzigd dat daarin wordt vastgelegd dat wilsbekwaam verzet moet worden gerespecteerd indien de psychische stoornis van de patiënt alleen een aanmerkelijke kans op schade voor de betrokkene zelf veroorzaakt.*

De Wvvggz is, net als de Wet Bopz, onverkort van toepassing op jeugdigen (psychische stoornissen doen zich immers ook bij deze groep voor). Het ligt in de lijn der verwachting dat de Wvvggz betere mogelijkheden biedt om jeugdigen met psychische problemen te behandelen. Een belangrijke rol in dit verband speelt de vervanging van het gevaarscriterium door het schadecriterium: hierdoor wordt het mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen (zoals tijdelijke afzondering of het verbieden van alcohol- en drugsgebruik) toe te passen die niet zijn gericht op het wegnemen van gevaar, maar op het voorkomen van ernstige, door een psychische ziekte veroorzaakte problemen bij de ontwikkeling van een jeugdige. Ook kan onder de Wvvggz een breder arsenaal aan maatregelen worden toegepast, zoals pedagogische maatregelen. Voorts wordt het mogelijk om voor jeugdigen een continuüm van zorg te creëren (de Wvvggz laat ruimte voor een machtiging die bijvoorbeeld eerst gedwongen opname in een GGZ-instelling, en vervolgens in een accommodatie voor gesloten jeugdzorg zorg legitimeert). Bij een eerste evaluatie van de Wvvggz verdienen de bruikbaarheid van de wet bij het behandelen van psychische stoornissen bij deze doelgroep, de uitleg van begrippen als wils(on)bekwaamheid, verzet en een psychische stoornis bij jeugdigen en de precieze rol van het gezin bij het opstellen van het zorgplan en de zorgkaart nadere aandacht.

#### *Aanbeveling 11*

*Bij de eerste evaluatie van de Wvvggz dient nadrukkelijk de toepassing van de wet op de groep van jeugdigen onder de loep te worden genomen. In dat verband behoeven zowel de*

*bruikbaarheid van de wet voor deze doelgroep als de bijzondere, op deze doelgroep toegesneden begrippen en bepalingen nadere aandacht.*

De door het wetsvoorstel Wvvggz beoogde doelen van stepped-care en continuïteit van zorg hebben voor de privacybescherming van patiënten substantiële gevolgen. Deze doelen kunnen immers alleen worden bereikt als de gegevens van patiënten, althans tot op zekere hoogte, door alle bij de zorg betrokken instanties en zorgverleners worden gedeeld. Ook het feit dat de familie meer nog dan vroeger bij de verplichte zorg is betrokken kan betekenen dat gevoelige informatie zonder toestemming van de patiënt (mogelijk zelfs tegen diens zin) met familieleden wordt gedeeld. Ook de ambulante setting waarin verplichte zorg kan worden toegepast, kan de privacy van patiënten aantasten. Men denke daarbij aan het ongevraagd binnentreden van de woning door een zorgverlener of aan de inzet van camera's om demente patiënten in de gaten te houden. Het veld moet zorgdragen voor reglementen waarin het uitwisselen van gegevens over patiënten in het kader van de (verplichte) zorgverlening en het beperken van hun persoonlijke levenssfeer bij toepassing van verplichte zorg in de thuissituatie aan duidelijke regels wordt gebonden. Het wettelijk kader daarvoor wordt mede gevormd door de Wet bescherming persoonsgegevens. Uitgangspunt in die reglementen moet steeds zijn dat een inbreuk op de persoonlijke levenssfeer volstrekt noodzakelijk is en niet verder gaat dan strikt noodzakelijk is.

#### *Aanbeveling 12*

*Voor het uitwisselen van gegevens over patiënten in het kader van de (verplichte) zorgverlening en het beperken van hun persoonlijke levenssfeer bij toepassing van verplichte zorg in de thuissituatie dienen binnen de context van de Wet bescherming persoonsgegevens privacyreglementen te worden opgesteld.*

Zoals uitvoerig beschreven is in hoofdstuk 4 zal de Wet forensische zorg de mogelijkheid introduceren voor het opleggen door de strafrechter van een zorgmachtiging als bedoeld in de Wvvggz en de WZD. Die zorgmachtiging kan ten uitvoer gelegd worden voorafgaand, tijdens of na afloop van een eveneens opgelegde strafrechtelijke maatregel. Tenzij de zorgmachtiging altijd als eerste ten uitvoer wordt gelegd, kan zulks betekenen dat een door de strafrechter opgelegde zorgmachtiging niet altijd ten uitvoer gelegd zal (kunnen) worden binnen de door art. 8:1 Wvvggz en art. 39 lid 7 WZD genoemde termijn van twee respectievelijk vier weken. In deze wetsbepalingen zal een uitzondering moeten worden opgenomen voor de executietermijn van een door de strafrechter opgelegde machtiging als men de op zichzelf wenselijke mogelijkheid wil behouden dat de strafrechter de zorgmachtiging alvast oplegt voor het geval de inzet er van in de tenuitvoerlegging (bijvoorbeeld van voorwaardelijke titels), noodzakelijk wordt.

#### *Aanbeveling 13*

*Pas de artikelen 8:1 Wvvggz en 39 lid 7 WZD aan in verband met de langere executietermijn die nodig kan zijn in het geval van een door de strafrechter opgelegde machtiging.*

## 6.4.2 De forensische zorg voor volwassenen

### Inleiding

De drie deelgebieden binnen de forensische zorg zijn het gevangeniswezen, de TBS en de forensische GGZ. Het onderzoek laat zien, dat voor de interne en externe rechtspositie op alle terreinen en in komende wetgeving, sprake is van grote dynamiek en van in-, door-, en uitstroom van patiënten in de forensische zorg. De daarmee gediende doelstelling om iedere forensische patiënt de zorg te bieden waarop hij aanspraak heeft, binnen het beveiligingskader dat noodzakelijk is en met de doelstelling door middel van die forensische zorg recidiverisico te verminderen, vindt brede ondersteuning. Met de Wfz wordt de stap naar wettelijke organisatie van de forensische zorg gezet. De doelstelling veronderstelt dat er maximaal gedifferentieerd zal moeten kunnen worden naar de individuele patiënt. Met het oog op deze toekomst, is er in elk van de drie deelgebieden nog wat te verbeteren. Kort en krachtig, en aansluitend bij eerder onderzoek (zie daarvoor hoofdstuk 4, par. 4.5.4):

- in het gevangeniswezen wordt de kwaliteit van zorg en behandeling nog erg beknot door detentiecultuur, terwijl er binnen de juridische grenzen meer mogelijk is en gevraagd wordt;
- in de TBS schiet door de toegenomen nadruk op beveiliging de mogelijkheid tot (snelle) voortgang in behandeling en verloftrajecten en met name ook de rechtsbescherming ten aanzien daarvan te kort;
- de (forensische) GGZ lijkt qua beveiliging, zowel binnen intramuraal als ambulante setting, nog te weinig berekend op de verwachte instroom vanuit het strafrecht.

De gewenste differentiatie vereist tevens (nog) meer afstemming, ook in de wettelijke regeling van de externe en interne rechtspositie en de aanwending daarvan in de praktijk. Het voornaamste bezwaar dat gehoord wordt tegen maximale flexibiliteit, harmonisatie tussen sectoren waartussen ook cultuurverschillen bestaan en samensmelting van patiëntengroepen, is dat daarmee mogelijk 'de goeden onder de kwaden lijden'. Anderzijds is het bijeenbrengen van patiënten met verschillende titels en rechtsposities onder één dak al geruime tijd praktijk en is het eenvoudigweg niet reëel dat een strikte scheiding van personen met verschillende rechtsposities te realiseren is, zeker nu ze op basis van zorg- en beveiligingsbehoefte niet altijd te scheiden zijn. Het bezwaar wordt hoofdzakelijk geformuleerd vanuit de belangen van patiënten in de reguliere GGZ die weinig beveiliging vragen ('de goeden'). Vanuit de instellingen, die met wisselende patiëntgroepen geconfronteerd worden, klinkt veeleer de roep om flexibiliteit.

De wenselijkheid van en discussie over harmonisatie van de interne rechtspositie is van oudsher gekoppeld aan (het wegnemen van) belemmeringen voor grensverkeer. Dat betrof dan vooral het grensverkeer tussen het TBS-veld en de GGZ/de Wet Bopz. De gedachte was en is dat harmonisatie van rechtspositie het grensverkeer versoepelt. Voorts wordt van belang geacht dat er bij wederkerige overgangen geen grote op- of neergang in rechtsbescherming optreedt die belemmerend werkt en moeilijk te rechtvaardigen is. En ten derde dat gezien de zorg- en beveiligingsbehoefte van een patiënt een overgang verantwoord moet kunnen plaatsvinden. Immers, als het voor de veiligheid bijvoorbeeld nodig is om post mee te lezen of bij binnenkomst al bewegingsvrijheid te beperken, dan moet het regime van de vervolgvoorziening waarin iemand vooral vanwege zijn zorgbehoefte wordt opgenomen, daarin kunnen voorzien. Maar omgekeerd geldt ook dat als een GGZ-patiënt bijvoorbeeld het beveiligingsniveau van een PPC nodig zou hebben, de zorg aldaar van hetzelfde niveau moet zijn. Deze voorbeelden geven al aan dat het onvermijdelijk is - wil men de uitersten van de

voorzieningenmatrix kunnen inzetten voor wie daar qua problematiek het beste thuishoort - dat er in de wettelijke regeling een brede basis moet zijn voor zowel zorg als beveiliging. Voor de reguliere GGZ betekent dit dat er meer inperkingen van rechten mogelijk moeten zijn om forensische patiënten goed te kunnen herbergen.

Uit het onderzoek komt bovendien het in de regelgeving doorgedrongen cultuurverschil naar voren van meer algemene inbreuken op rechten (bijvoorbeeld per afdeling) en opbouw van vrijheden tegenover meer individueel bepaalde inbreukmogelijkheden en het uitgaan van vrijheden die zonnig worden afgebouwd. In de toekomst wordt dit verschil groter doordat het systeem van de Wvvgz meer afwijkt van dat van Pbw en Bvt dan de Wet Bopz doet, vanwege het meer geïndividualiseerde systeem ten aanzien van de interne rechtspositie: per patiënt en in de door de rechter afgegeven zorgmachtiging (ook in geval aanvulling of wijziging nodig is), in plaats van een wettelijke regeling van meer algemeen geregelde mogelijkheden van inbreuken op geregelde rechten. Dat is zeker voor de overgang van strafrecht naar GGZ een uitdaging. Echter, hoewel de procedure een hogere drempel oproept, zou de Wvvgz in materiële zin meer mogelijkheden kunnen bieden voor inbreuken op rechten ten behoeve van de veiligheid dan de Wet Bopz. Dat hangt bijvoorbeeld af van de interpretatie van enkele inperkingsmogelijkheden en/of de toevoeging daarvan voor invoering van de wet (zie 6.5).

## **Aanbevelingen**

Zowel voor de bestaande wetgeving als de toekomstige geldt dat met name bij grensverkeer tussen de deelgebieden van forensische zorg (of richting reguliere GGZ) de duidelijkheid ten aanzien van de geldende (interne) rechtspositie problematisch is. In de huidige situatie komt uit de verschillende schakelbepalingen waarin een bepaalde rechtspositieregeling van toepassing wordt verklaard op voor dat deelgebied minder gangbare (forensische) titels (zoals art. 51 Wet Bopz en art. 4 Bvt) geen eenduidig systeem naar voren, terwijl tevens bepaalde titels worden gemist. De aanvulling van art. 51 Wet Bopz via wetsvoorstel 33771 brengt in deze situatie niet zonder meer in alle gevallen en bovendien slechts tijdelijk (namelijk zolang de Wet Bopz bestaat) meer duidelijkheid.

In de toekomst (na invoering van de Wfz, Wvvgz en WZD) wordt de situatie bemoeilijkt doordat de systematiek van de Wvvgz dergelijke schakelbepalingen niet langer mogelijk maakt. Immers, de daarin voorgestelde zorgmachtiging door de rechter bepaalt tevens de interne rechtspositie, indien opnemng überhaupt aan de orde is. Voor het van toepassing verklaren van 'een' interne rechtspositie onder de Wvvgz is dus per definitie een (nieuwe) rechterlijke uitspraak, betreffende de inrichting van de opnemng voor deze individuele patiënt, vereist.

Een belangrijk doel van de Wfz is het bevorderen van soepele overgangen tussen de deelgebieden van forensische zorg (en de reguliere GGZ). De vrees bestaat dat het systeem van de Wvvgz dat doel juist frustreert. Een adequate uitvoering van de Wfz staat of valt bij de mogelijkheid om in voorkomende gevallen op soepele wijze een Wvvgz-machtiging te verkrijgen. Al moet ervoor gewaakt worden dat deze 'soepelheid' leidt tot het vanzelfsprekend machtigen van alle inbreukmogelijkheden; een dergelijke 'blanco cheque' geeft de voorafgaande rechterlijke toets niet het beoogde karakter van meer rechtsbescherming.

Bij de onderstaande aanbevelingen gaan wij uit van de toekomstige situatie. Waar de Wfz meer lijkt te passen bij het systeem van de Wet Bopz vanwege de gemakkelijkere regeling van de overgang van

de interne rechtspositie via de constructie van art. 51, biedt nochtans artikel 6.7 Wfz een helder en eenvormig kader, passend bij de Wvvgz. Bij overplaatsing vanuit de andere deelgebieden richting GGZ geldt het principe ‘instemming of machtiging’. Dat betekent voor de interne rechtspositie dat bij instemming met de doorplaatsing de interne rechtspositie van de WGBO geldt en in de andere situatie de interne rechtspositie zoals neergelegd in de machtiging. Voor de duidelijkheid is ook goed dat hiermee het onderscheid forensische GGZ versus reguliere GGZ (tenminste qua regeling van de rechtspositie) door harmonisatie van de ‘ingang’ lijkt te verdwijnen.

#### *Aanbeveling 14*

*Voor meer duidelijkheid ten aanzien van doorplaatsing en de daarna geldende (interne) rechtspositie zou in de verdere uitwerking van de toekomstige wetgeving de systematiek van artikel 6.7 Wfz als uitgangspunt kunnen worden genomen en in al haar consequenties kunnen worden doordacht.*

Twee bijzondere ‘casus’ verdienen, aanvullend aan deze hoofdlijnen, dan enige aparte aandacht omdat zij ook in de discussie en in de praktijk van betekenis zijn. Dat betreft enerzijds art. 13 Sr, in het bijzonder lid 1 daarvan, en de regeling van de interne rechtspositie van Bopz-patiënten die in een FPC verblijven.

Art. 13 lid 1 Sr - overplaatsing van gevangenisstraf naar TBS-kliniek - heeft een wat eigenaardiger achtergrond dan de doorplaatsingsmogelijkheden richting GGZ vanuit de regimes van de Pbw of Bvt, hetgeen ook de aparte plek in het Wetboek van Strafrecht verklaart. Vanwege de overgang van vrijheidsbeneming sec naar vrijheidsbeneming in een specifiek zorg- en beveiligingsregime - ook al blijft de externe rechtspositie van kracht - is in de literatuur al wel kritiek geuit op het feit dat aan die overgang geen rechter te pas komt (noch vergelijkbare ingangscriteria), terwijl instemming van de betrokkene niet expliciet wordt vereist. Het dwangkarakter van de overgang blijkt uit de van toepassing verklaring van de Bvt (in art. 4 van die wet) op deze (nu kleine) groep. Bij een dergelijke overgang past in het kader van harmonisatie van overgangen en het wegnemen van moeilijk te rechtvaardigen verschillen instemming of een beslissing van een rechter. Dit laatste zou bijvoorbeeld via een zorgmachtiging kunnen, waarin de rechter uitdrukkelijk plaatsing in een FPC opneemt (zie aanbeveling 16). Het past ook bij de nieuwe systematiek waarin het TBS-veld meer als deel van het geheel van forensische zorg wordt beschouwd. Anders dan de overplaatsingsmogelijkheid richting GGZ is art. 13 lid 1 Sr nu gelimiteerd tot veroordeelden tot gevangenisstraf, maar uitgaand van een FPC als een specifieke mix van zorg- en beveiligingsniveau zou een dergelijke overplaatsing ook voor andere detentietitels aangewezen kunnen zijn.

#### *Aanbeveling 15*

*De doorplaatsingsmogelijkheid van artikel 13 lid 1 Sr, van een tot gevangenisstraf veroordeelde richting een inrichting voor ter beschikking gestelden, zou kunnen opgaan in (het systeem van) art. 6.7 Wfz.*

Art. 6.7 Wfz sluit aan bij de huidige situatie ten aanzien van overplaatsing van gedetineerden richting GGZ (art. 15 lid 5 Pbw); voor deze overgang van vrijheidsbeneming sec naar vrijheidsbeneming in een specifiek zorgregime geldt al 'instemming of machtiging'. Anders dan nu wordt in art. 6.7 Wfz ook voor de overgang van TBS naar GGZ een machtiging verlangd. Hoewel dit voor doorplaatsing meer barrières lijkt op te roepen, past dit dus bij het systeem dat voor overgang tussen elk van de drie deelgebieden en bijbehorende wisseling van de interne rechtspositie geldt: 'instemming of machtiging'. De voorgestelde traditionele schakelbepaling van art. 49 WZD, dat (een deel van) de WZD automatisch van toepassing verklaart op forensische titels past niet bij (harmonisatie met) dit nieuwe systeem.

Dit systeem werpt ook een nieuw licht op de huidige situatie dat voor Bopz-patiënten verblijvend in FPC's niet de interne rechtspositieregeling van de Bvt, maar van de Bopz geldt. Een situatie die vanuit bescherming tegen teruggang in rechtsbescherming te begrijpen is, maar problemen oproept ten aanzien van beveiligingsmogelijkheden, omgaan met verschillende rechtsposities op een afdeling en onbegrip van patiënten. Een eventuele 'simpele' oplossing van de ervaren problemen zou zijn het opnemen van de Bopz-machtiging als titel in art. 4 Bvt, die dan de Bvt ook op die groep van toepassing zou verklaren. Echter, die oplossing - als al gewenst - zou vervolgens als algemene wetsduiding wringen met de bij rechterlijke zorgmachtiging individueel bepaalde interne rechtspositie op het moment dat de Wvggz de Wet Bopz vervangt. Dat geldt ook voor het in het Wfz-beleid voorgestelde meerderheids criterium: onder één dak geldt de rechtspositieregeling die past bij de titel die de meerderheid van de patiënten draagt. Zijn er dan nog oplossingen voorradig? Eventuele fysieke scheiding (bijvoorbeeld op afdelingsniveau) gaat in tegen het idee van maximale flexibiliteit en is niet per se een kwestie van regelgeving. Harmonisatie van de interne rechtspositie tussen - in ieder geval - FPC's en GGZ is in theorie een mooie oplossing, maar lijkt een keuze te vergen tussen het systeem van een algemene wettelijke regeling of individuele regeling in een rechterlijke machtiging. Een keuze voor het eerste maakt een soort 'Beginselenwet Gedwongen Zorg' mogelijk, maar vergt weer moeilijke keuzes tussen culturen, mogelijkheden tot inperking, etcetera. Harmonisatie via individuele regeling in de rechterlijke machtiging past minder bij de strafrechtelijke praktijk en cultuur, maar biedt wellicht meer waarborgen tegen het 'lijden van goeden onder kwaden'. De vaker genoemde optie van 'opsplitsing' van de Wet Bopz in een deel met meer inperkingsmogelijkheden voor de (kleine) groep die meer beveiliging vraagt, lijkt lastiger te combineren met de Wvggz. Daarnaast is de toevoeging van een interne rechtspositieregeling het tegenovergestelde van harmonisatie. Toch is er binnen het nieuwe, hier verder uitgewerkte, systeem ook zonder volledige harmonisatie wellicht een compromis denkbaar, zoals in onderstaande aanbeveling.

#### *Aanbeveling 16*

*Als, bij invoering, de Wvggz qua materiële regeling van de (interne) rechtspositie bij opnemings nog aanzienlijk verschilt van de Bvt, is te overwegen om in aangewezen gevallen mogelijk te maken de plaatsing op basis van de Wvggz in een FPC, inclusief gelding van de interne rechtspositie van de Bvt, in de zorgmachtiging op te nemen.*

Mogelijk vraagt dit compromisvoorstel om meer rechtswaarborgen in de regeling, bijvoorbeeld ten aanzien van de procedurele en materiële criteria (meer advisering, een vergelijkbaar gevaarscriterium als voor de TBS?). Het past bij het empirische gegeven van een kleine groep civielrechtelijk



geplaatsten die de beveiliging nodig heeft van een TBS-kliniek. Eventueel zou het nog te overwegen zijn om deze optie ook voor bijvoorbeeld (bepaalde) FPK's of FPA's mogelijk te maken. Dan zou dit ook een extra mogelijkheid voor doorstroom vanuit de TBS bieden. Individuele machtiging van de gelding van een meer beperkende interne rechtspositie is in ieder geval beter te rechtvaardigen dan gelding daarvan op grond van een enkele algemene wetsduiding (schakelbepaling) dan wel omdat de meerderheid van de overige patiënten een andere titel draagt.

Het hier verder uitgewerkte systeem van overgangen aan de hand van art. 6.7 Wfz ligt als gezegd minder in de rede als de interne rechtspositie geldend in de TBS en in de GGZ/VG/PG zo ver wordt geharmoniseerd dat van een overgang in interne rechtspositie nauwelijks meer sprake is. Bij verdere harmonisatie van de interne rechtspositie zou het 'zorgdeel' van het gevangeniswezen kunnen worden betrokken - vergelijkbaar met hoe nu in de Pbw de nieuwe mogelijkheden tot dwangbehandeling slechts voor dat 'zorgdeel' (in de Pbw specifiek benoemde zorgvoorzieningen in het GW) zijn geharmoniseerd met Bvt/Wet Bopz. Daarmee zou ook in die voorzieningen beter aan de doelstellingen van forensische zorg kunnen worden voldaan doordat de aard van de zorg meer vergelijkbaar is met de andere terreinen van forensische zorg. De gevangenisstraf zou dan bijvoorbeeld ook meer voor gedragsbeïnvloeding gebruikt kunnen worden. En bijvoorbeeld desgewenst PPC's gemakkelijker worden betrokken in de voorzieningendifferentiatie van de forensische zorg. Overgang van vrijheidsbeneming sec in het gevangeniswezen, waarvoor logischerwijs een eigenstandige rechtspositie moet blijven gelden, richting zorg (met veranderde rechtspositie, bijvoorbeeld ten aanzien van dwangbehandeling), blijft dan wel een systeem van 'instemming of machtiging' rechtvaardigen. Dat geldt dan niet alleen voor de overgang naar het TBS- of reguliere zorgveld, maar ook voor de overgang naar een zorgomgeving binnen het gevangeniswezen (denk bijvoorbeeld aan PPC-plaatsing). Overigens vraagt invoering van de Wvvgz met een (ook procedureel) andere regeling van dwangbehandeling wellicht ook weer om nieuwe harmonisatie op het punt van dwangbehandeling.

#### *Aanbeveling 17*

*Betrek, naar analogie van de recente wijziging van de regeling van dwangbehandeling, bij verdere harmonisatie van het gehele veld van gedwongen zorg, ook het 'zorgdeel' van het gevangeniswezen zoals te onderscheiden op grond van de Pbw.*

Ook zorgverlening op basis van een voorwaarde bij een voorwaardelijke strafrechtelijke titel wordt over het algemeen slechts met instemming/bereidverklaring van de betrokkene mogelijk. Bij opnemng in een GGZ-instelling als bijzondere voorwaarde geldt dan ook de WGBO. Het leidt tot ingewikkelde of mogelijk gevaarlijke situaties als de betrokkene besluit zich niet meer aan de voorwaarde(n) te houden en bijvoorbeeld besluit te vertrekken uit een instelling of (binnen die instelling) niet behandeld kan worden omdat medicatie wordt geweigerd. In dat soort gevallen biedt ook nu al een Wet Bopz-machtiging uitkomst door in een dwangkader te voorzien en via de genoemde verzamelwet (wetsvoorstel 33771) wordt de Wet Bopz van toepassing verklaard op bepaalde voorwaardelijke titels. In het toekomstige systeem van de Wvvgz kan dit niet en zou een zorgmachtiging als stok achter de deur kunnen worden gebruikt, die direct kan worden geëxecuteerd als de bereidheid wegvalt. Ook bij de hierboven behandelde 'overplaatsingen' onder instemming zou in voorkomende gevallen al een zorgmachtiging kunnen worden afgegeven. Voor deze oplossing is

het wel van essentieel belang dat aanbeveling 13 (over de executietermijn van de zorgmachtiging) wordt uitgevoerd.

#### *Aanbeveling 18*

*Bij zorgverlening op basis van voorwaardelijke strafrechtelijke titels (of overplaatsing met instemming) dient de zorgmachtiging zo nodig als stok achter de deur te worden gebruikt.*

Art. 4 Bvt verklaart een dwangkader (grotendeels) van toepassing op ter beschikking gestelden met voorwaarden die in een FPC zijn opgenomen. Dit komt in de praktijk sporadisch voor, maar in theorie komt deze van toepassing verklaring ook niet overeen met het hier voorgestane systeem. Daar komt bij dat de onderbouwing ervoor in de MVT foutief uitgaat van het idee dat TBS met voorwaarden vrijheidsbeneming inhoudt in plaats van vrijheidsbeperking. Overigens wordt dezelfde fout gemaakt bij de onderbouwing van art. 49 WZD (zie hiervoor par. 6.4.1. en aanbeveling 4).

Uiteraard is het op dit moment al zo dat dan de Bvt niet in volle omvang geldt. Maar bij een verdere harmonisatie van de interne rechtspositieregelingen binnen TBS en GGZ zou ook eenzelfde duidelijk onderscheid vrijwillig - gedwongen meer in de rede liggen.

#### *Aanbeveling 19*

*Het dwangkader van de BVT zou niet van toepassing moeten zijn op 'vrijwillig' geplaatsten.*

Er zijn veel modaliteiten van vrijwillige opname, bij instemming met een voorwaarde of overplaatsing. De wettelijke eis van vrijwilligheid, bereidverklaring of instemming, verschilt en is soms wel en soms niet in de wet uitgedrukt. Zo kent de wettelijke regeling van de voorwaardelijke veroordeling die eis niet en zo is waarschijnlijk per ongeluk door enkele wetswijzigingen die eis weggevallen voor de voorwaardelijke beëindiging van de TBS met dwangverpleging. Eenvormigheid is wenselijk, alsmede bewoordingen die geen twijfel over de vrijwilligheid en dus de geldende interne rechtspositieregeling laten bestaan.

#### *Aanbeveling 20*

*De eis van instemming met een voorwaarde of overplaatsing zou in alle betreffende wettelijke regelingen gelijklopend moeten zijn. De bewoordingen van art. 6.7 Wfz kunnen daarbij inspiratie bieden.*

In vergelijking tot het bestaande art. 37 Sr vallen in art. 37 Sr nieuw jo. art. 2.3. Wfz alle bestaande belemmeringen en beperkingen weg die in bestaande wetgeving en jurisprudentie voorkomen, ook ten aanzien van samenloop tussen een strafrechtelijke titel en een (zorg)machtiging. Voor de toepassing van alle nieuwe mogelijkheden zijn richtlijnen aangewezen. Ter begeleiding van de invoering van de wetgeving in de praktijk zouden, ter informatie van die praktijk, conceptrichtlijnen en uitgangspunten kunnen worden geformuleerd. Richtinggevend hierbij zouden de criteria kunnen zijn uit het arrest HR 18 april 2003, NJ 2003, 628: 'in de praktijk hanteerbare oplossingen' respectievelijk 'voorkoming van ongewenste doorkruisingen van beslissingen' en het voorkomen van

‘onzekerheid’ over de titel waarop de betrokken burger rechtens van zijn vrijheid is beroofd. Dit gold de door de HR ongewenste samenloop van TBS en een Bopz-machtiging, waarvoor een uitzondering werd gemaakt aan het eind van een TBS-traject. Overigens zou voor alle duidelijkheid in art. 2.3 kunnen worden geformuleerd dat een (zorg)machtiging ook mogelijk is naast TBS-verlenging (nu staat het slechts benoemd bij beëindiging). De RSJ stelde ook al dat zo’n machtiging van belang kan zijn om de overgang en uitstroom naar de GGZ gedurende de verlengde TBS te kunnen voorbereiden en vergemakkelijken.

Overigens geldt veel breder dat het van belang is al voor invoering meer duidelijkheid verschaffen over uitvoering van de regeling; nadrukkelijk is dat ook aan de orde bij het voorzien in een strafvorderlijke procedure voor het verlenen van een machtiging als bedoeld in art. 2.3 Wfz op afzonderlijke vordering van het OM. Ontwikkeling van dergelijke richtlijnen, in overleg met de praktijk, kan de acceptatie van het voorstel vergroten en voor een geleidelijke invoering/zachte(re) landing in de praktijk zorgen.

#### *Aanbeveling 21*

*Werk al voor de verdere behandeling/inwerkingtreding van de Wfz uitvoeringsregelingen uit. Dat geldt met name de invulling van alle samenloopmogelijkheden van art. 2.3 Wfz.*

Het nieuwe artikel 37 Sr, zoals voorgesteld door het wetsvoorstel forensische zorg, bevat de mogelijkheid voor de strafrechter om een machtiging af te geven als aan de criteria van de Wet Bopz, de Wvvggz en/of de WZD voldaan is. Strafrechtelijke voorwaarden worden niet meer gesteld, zodat het niet meer nodig is om deze mogelijkheid in het Wetboek van Strafrecht op te nemen. Artikel 2.3 Wfz kan zelfstandig bestaan en regelt vervolgens de titels waarnaast een dergelijke machtiging (in samenloop) kan worden gegeven. Als op die manier art. 37 Sr zou verdwijnen (uit een deel van het wetboek dat ziet op volwassenen), zou 2:3 Wfz naar de letter ook van toepassing kunnen zijn in het jeugdstrafrecht (breder dan voor de Pij-verlengingsrechter). Nu 2:3 Wfz niet (meer) als forensische zorg geldt, staat ook de definitie daarvan als zorg voor volwassenen aan die interpretatie niet in de weg.

#### *Aanbeveling 22*

*Door art. 2.3 Wfz kan art. 37 Sr (nieuw) vervallen.*

Niet duidelijk is in welke gevallen een zorgmachtiging via de strafrechter dan wel via de civiele rechter moet worden verkregen. Het gewenste onderscheid zou eruit kunnen bestaan dat het bij art. 2.3 Wfz gaat om de beslissing van een strafrechter omdat een strafbaar feit is begaan, welke vaststelling ook onderdeel van die rechterlijke beslissing zou kunnen zijn. Dat is zeker aangewezen als die vaststelling nog niet in het proces heeft plaatsgevonden, wat bijvoorbeeld zou kunnen in geval van machtiging bij afzonderlijke rechterlijke beschikking.

Het tot uitdrukking brengen van die laatstgenoemde eis dat een strafbaar feit is begaan in de wet kan ook de, in art. 7.6 Wfz uitgezonderde, bemoeienis van de minister van VenJ in geval van vrijspraak of ontslag van alle rechtsvervolgving beter rechtvaardigen. Ook bij vrijspraak en ontslag van alle rechtsvervolgving kan in veel gevallen worden vastgesteld dat een strafbaar feit is begaan, ook door

deze verdachte. Dat laatste bijvoorbeeld in geval van ontoerekenbaarheid. Die vaststelling is dan de grondslag om de uitzondering van vrijspraak en ontslag van alle rechtsvervolging in art. 7.6 Wfz te laten vervallen. Dit doet recht aan de constatering dat juist bij het huidige artikel 37 Sr dergelijke bemoeienis vanuit het oogpunt van beveiliging nog wel eens werd gemist. De zorgmachtiging wordt overigens alleen opgelegd als aan de criteria daarvoor in de GGZ-wetgeving is voldaan en in zoverre niet wegens het vastgestelde strafbare feit.

#### *Aanbeveling 23*

*In geval de strafrechter de zorgmachtiging oplegt naast een strafrechtelijke titel als genoemd in art. 2.3 Wfz die niet reeds de vaststelling van een strafbaar feit bevat of in het kader van de executie van de berechting plaatsvindt, zou moeten worden voorgeschreven dat de strafrechter dient vast te stellen dat een strafbaar feit is begaan.*

Binnen het gevangeniswezen en de TBS bestaan voor verschillende onderdelen van de interne rechtspositie uitvoeringsregelingen, zoals in geval van separatie, bloedonderzoek of geweldgebruik. Die bevatten verschillen die niet uit de eigen aard van het deelgebied kunnen worden verklaard. Hoewel dit niet altijd met gedwongen zorg te maken heeft, is dit vanuit het oogpunt van adequate wetgeving hier en daar aangewezen. Soms zijn de verschillen ook wezenlijk, zoals het alleen in de Pbw definiëren van een raam als iets waardoor de cyclus van dag en nacht is waar te nemen.

#### *Aanbeveling 24*

*Harmoniseer de uitvoeringsregelingen van de verschillende onderdelen van de interne rechtspositie (van Pbw en Bvt) zoveel mogelijk.*

### 6.4.3 Gesloten jeugdhulp en jeugdstrafrecht, mede in relatie tot de jeugd-GGZ

#### **Inleiding**

Jeugdigen in de drie jeugdsectoren (gedwongen jeugdhulp, jeugdstrafrecht en jeugd-GGZ) hebben onder meer gemeen dat ze zich in een kwetsbare positie bevinden. Ze zijn zowel lichamelijk als geestelijk nog in ontwikkeling, hebben opvoeding nodig, gaan naar school en zijn voor woonruimte en verzorging afhankelijk van de ouders of voogd die het gezag hebben. Uit het onderzoek blijkt dat het scherpe onderscheid dat wordt gemaakt tussen de drie groepen jeugdigen als 'zielige', 'slechte' en 'zieke' kinderen, in de praktijk niet zo scherp te maken is. Veel jeugdigen in de justitiële jeugdinrichtingen hebben dezelfde opgroei- en opvoedingsproblemen als jeugdigen in gesloten jeugdzorg, zijn vaak onder toezicht gesteld en hebben eerder in residentiële of gesloten jeugdzorginstellingen verbleven. Een deel van de jeugdigen in de jeugdzorgplusinstellingen heeft ook strafbare feiten gepleegd waarvoor ze strafrechtelijk zijn of zouden kunnen worden vervolgd. Daarbij kampt een aanzienlijk deel van de jeugdigen in beide soorten instellingen en inrichtingen met psychische stoornissen of een verstandelijke beperking terwijl er onder de jeugdigen in de gesloten jeugd-GGZ ook jeugdigen zijn die strafbare feiten plegen of waarbij sprake is van ernstige opgroei- en

opvoedingsproblemen.

Waar de jeugdigen en hun problematiek niet veel verschillen geldt dat wel voor hun rechtsposities. De rechtspositie bij de oplegging van het regime van gedwongen zorg ofwel de externe rechtspositie ziet er in de verschillende trajecten richting gedwongen zorg heel anders uit. In het jeugdstrafrecht worden ingrijpende beslissingen genomen door een meervoudige kamer die zich bij de keuze van de meest passende vorm van zorg behalve op de door de officier van justitie onderbouwde strafeis baseert op diverse uitvoerige rapportages over de persoon van de jeugdige. Daarentegen wordt de machtiging gesloten jeugdzorg meestal door een enkelvoudige kinderrechter verleend op basis van een onderbouwd verzoek van Bureau Jeugdzorg, een instemmingsverklaring van een gedragswetenschapper en een indicatiebesluit. Hoewel de rapportages in het jeugdstrafproces ook dienen om de toerekeningsvatbaarheid vast te stellen en er bij de machtiging gesloten jeugdzorg in de meeste gevallen ook een beschermingsonderzoek is gedaan door de Raad voor de Kinderbescherming met het oog op de ondertoezichtstelling, zijn de verschillen groot, ook waar het de positie van de rechter betreft. Die heeft in de jeugdstrafzaak veel meer vrijheid dan bij het verlenen van de machtiging gesloten jeugdzorg.

Een ander verschil betreft de regeling van de voorwaardelijke varianten. In het jeugdstrafrecht worden ze veelvuldig gebruikt als basis voor een ambulante gedragsinterventie of behandeling in de GGZ of als steun bij de overgang vanuit de geslotenheid naar meer vrijheden. Het gebruik ervan is zo populair geworden dat de wettelijke regeling de laatste jaren meermaals is herzien en uitgebreid, ook waar het gaat om vervolgbeslissingen daarover tijdens de tenuitvoerlegging. Zo kan de rechter de tenuitvoerlegging van de voorwaardelijke straf of maatregel bevelen, maar de jeugdige ook een nieuwe kans geven door de proeftijd of de periode van voorwaardelijke beëindiging te verlengen, de voorwaarden te wijzigen of de jeugdige tijdelijk terug te plaatsen teneinde het gedrag alsnog positief te beïnvloeden. Ambulante en minder gesloten vormen van gedwongen zorg zijn in het civielrechtelijke circuit veel minder uitvoerig geregeld en worden vooral toegepast in het kader van de jeugdbeschermingsmaatregelen door aanwijzingen van de gezinsvoogd of de gedwongen uithuisplaatsing in een niet gesloten setting. In de nieuwe Jeugdwet komt er nu wel een voorwaardelijke machtiging gesloten jeugdhulp. De memorie van toelichting laat nog wel ruimte voor interpretatie van het karakter daarvan: is het een ambulante of residentieel alternatief met gesloten jeugdhulp als stok achter de deur, een mogelijkheid om de machtiging voorwaardelijk te beëindigen of een instrument van de jeugdzorgplusinstelling om de trajectbenadering vorm te geven? En, in het laatste geval, hoe verhoudt dit zich dan tot de schorsing die eveneens bedoeld is om een trajectbenadering mogelijk te maken?

Een belangrijk verschil tussen jeugdigen in een justitiële jeugdinrichting en die in de jeugdzorgplusinstellingen is de mate waarin de rechtspositie tijdens het regime is geregeld. Voor de eerste groep zijn de rechten en plichten tot in detail uitgewerkt in de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen en de daarop gebaseerde nadere regelgeving. Voor de jeugdigen in de jeugdzorgplusinstellingen zijn de beperkende maatregelen, het verlof en het klachtrecht veel minder gedetailleerd geregeld in een aantal artikelen van de Wet op de jeugdzorg. De wetgever rechtvaardigde het verschil doordat het regime van de jeugdzorgplusinstellingen zou worden beheerst door het beginsel van verantwoorde hulp en het regime reeds op basis van de Grondwet moeten worden bepaald door het beginsel van minimale beperkingen. Dit lijken echter geen onderscheidende argumenten te zijn nu in de justitiële jeugdinrichtingen dezelfde doelen van

opvoeding, behandeling en terugkeer naar de samenleving voorop staan en het regime ook daar moet worden bepaald door het beginsel van minimale beperkingen.

## **Aanbevelingen**

Bij een samenloop van ernstige opgroei- en opvoedingsproblemen, strafbare feiten en psychische stoornissen moet worden voorkomen dat het van toevallige keuzes afhangt, zoals de bevindingen van het empirisch onderzoek lijken te indiceren, welk traject wordt ingezet. Dat is met het oog op het gelijkheidsbeginsel niet te rechtvaardigen. Door de instanties die betrokken zijn bij de toeleiding van de jeugdige naar een juridische titel heldere richtlijnen te bieden, die ook openbaar zijn en bespreekbaar zijn, kan een belangrijke waarborg worden geboden tegen willekeur.

### *Aanbeveling 25*

*Stel een AMvB op met richtlijnen op basis waarvan de instanties die betrokken zijn bij de toeleiding van de jeugdige naar een juridische titel daarin een weloverwogen keuze kunnen maken.*

Op dit moment heeft de rechter alleen tijdens het strafproces de mogelijkheid om de zaak aan te houden om alternatieven te laten onderzoeken. In vervolg op de hiervoor voorgestelde amvb met richtlijnen voor de toeleiding naar een juridische titel zou de rechter in alle procedures waarin een beslissing wordt genomen over gedwongen zorg een mogelijkheid moeten hebben om de eerder gemaakte keuze te kunnen corrigeren en de jeugdige door te geleiden richting een andere meer geëigende titel. Om mogelijk te maken dat een jeugdige wanneer dat noodzakelijk is direct in een GGZ-instelling kan worden opgenomen (of aan de noodzakelijk geachte verplichte zorg kan worden onderworpen), dient - naar analogie van artikel 5:20 Wvggz - de bevoegdheid aan de kinderrechter te worden toegekend om in de jeugdstrafzaak of in plaats van de machtiging gesloten jeugdhulp een machtiging tot verplichte jeugd-GGZ te kunnen afgeven. Dit ook naar het voorbeeld van de bevoegdheid die ter zake in de nieuwe Wet forensische zorg aan de strafrechter wordt gegeven met betrekking tot volwassenen in de forensische zorg. Door de rechter niet te binden aan de formeel gevorderde maatregel, maar hem de mogelijkheid te geven zo nodig 'uit te wijken' naar een andere optie, kan beter en sneller op de zorgbehoefte van de jeugdige worden ingespeeld.

### *Aanbeveling 26*

*Geef de rechter tijdens de behandeling van jeugdzaken een expliciet in de wet genoemde mogelijkheid om, indien hij dat nodig acht, de zaak aan te houden om te laten onderzoeken of een andere juridische titel de jeugdige van een beter op zijn situatie toegepaste vorm van zorg kan voorzien. In dat kader dienen parallel aan artikel 5:20 Wvggz in de Wvggz en de WZD voorzieningen te worden getroffen die het mogelijk maken dat de kinderrechter in een jeugdstrafzaak of in plaats van de verzochte machtiging gesloten jeugdhulp een zorgmachtiging kan verlenen.*

Een dergelijk systeem zou nog verder kunnen worden uitgebouwd in de richting van een 'trajectmachtiging': een rechterlijke beslissing die op voorhand rekening houdt met de plaatsing van betrokkene in verschillende sectoren (jeugd-GGZ, gesloten jeugdzorg), waardoor soepele en snelle overplaatsingen tussen sectoren mogelijk zijn.

Dit onderzoek laat zien dat de wet een verschil in rechtspositie creëert tussen de machtiging uithuisplaatsing in een residentiële instelling die is geregeld in het Burgerlijk Wetboek en de machtiging gesloten jeugdzorg die nu is geregeld in de Wet op de jeugdzorg en vanaf 2015 onder de naam gesloten jeugdhulp in de Jeugdwet. Dit verschil in rechtspositie bestaat ook ten opzichte van de ondertoezichtstelling zelf, maar als die gepaard gaat met een machtiging uithuisplaatsing in een residentiële instelling springt dit nog meer in het oog omdat de jeugdige in dat geval, net als bij de gesloten jeugdzorg, uit huis wordt gehaald, in een instelling verblijft en daar aan regels wordt onderworpen en in zijn vrijheid wordt beperkt. Het verschil in rechtspositie is in die situatie niet te rechtvaardigen en het feit dat de jeugdige bij zo'n ingrijpende beslissing geen zelfstandige rechtspositie heeft, staat tevens op gespannen voet met internationale normen in onder meer artikel 9 lid 2 en 12 lid 2 IVRK. Behalve het verschil in rechtspositie van de jeugdigen, blijkt uit de gesprekken met rechters dat zich ook in praktische zin een probleem voordoet, doordat de rechter moet werken met het Burgerlijk Wetboek enerzijds en de Jeugdwet anderzijds, waarvan de regelingen niet in alle opzichten op elkaar aansluiten. Opname in een residentiële instelling is te beschouwen als jeugdhulp en de machtiging zou daarom beter, net als de gesloten jeugdhulp, kunnen worden geregeld in de Jeugdwet.

#### *Aanbeveling 27*

*Neem de regeling van de onvrijwillige uithuisplaatsing in een residentiële instelling, die nu nog valt onder de regeling van artikel 1:261 BW, op in de Jeugdwet. Verschaf de jeugdige daarbij dezelfde rechtspositie als de jeugdige waarvoor een machtiging gesloten plaatsing wordt verzocht.*

Uit het onderzoek blijkt dat er in de praktijk verschillen bestaan in de duur waarvoor een eerste machtiging gesloten jeugdzorg wordt verleend. Sommige rechtbanken leggen die standaard op voor 6 maanden, andere rechtbanken voor een jaar. Nu dit beleid, dat is gebaseerd op interne afspraken binnen een rechtbank, laat zien dat praktisch gezien met een eerste machtiging van 6 maanden kan worden volstaan, verdient het aanbeveling de wet aan de praktijk aan te passen. Hiermee kan worden voorkomen dat in de rechtspraktijk te grote verschillen ontstaan en wordt beter voldaan aan de internationale norm dat vrijheidsbeneming bij jeugdigen altijd een ultimatum remedium moet zijn.

#### *Aanbeveling 28*

*Beperk de duur van de eerste machtiging om de jeugdige in een gesloten accommodatie te doen opnemen en te doen verblijven in artikel 6.1.12 lid 2 Jw tot ten hoogste zes maanden.*

Uit de evaluatie blijkt tevens dat er in de praktijk verschillend wordt omgegaan met en er verschillende opvattingen bestaan over de combinatie van een voorwaardelijke jeugdsanctie met een

machtiging gesloten jeugdzorg. Opname van de machtiging gesloten jeugdzorg als bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijke jeugdsanctie zorgt echter voor een ongewenste vermenging van titels die bij wet zou moeten worden uitgesloten. De in de memorie van toelichting opgenomen opmerking dat de GBM zich niet laat verenigen met plaatsing in een gesloten accommodatie, zou bij die gelegenheid eveneens een plaats in de wet kunnen vinden.

#### *Aanbeveling 29*

*Vermeld ter voorkoming van een ongewenste vermenging van titels in de regeling van de bijzondere voorwaarden bij de voorwaardelijke sancties in artikel 77z lid 2 sub 10 Sr dat de voorwaarde van opnemng van de veroordeelde in een zorginstelling niet de opnemng in een gesloten accommodatie omvat. Pas tevens artikel 77w lid 3 Sr. zo aan dat de door de rechter aan te wijzen instelling in het kader van de GBM geen gesloten accommodatie kan zijn.*

Gezien de behoefte aan toepassing van ambulante interventies en het gebrek aan juridische kaders daarvoor in de Wet op de jeugdzorg is de nieuwe in de Jeugdwet opgenomen voorwaardelijke machtiging gesloten jeugdhulp een welkome aanvulling. Vanwege de ruimte voor interpretatie die de huidige toelichting daarop laat dient de wetgever meer helderheid te verschaffen over het karakter daarvan en de verhouding van deze machtiging tot de schorsing van de machtiging gesloten jeugdhulp. Daarnaast kan de uitgebreide regeling van de tenuitvoerlegging van de voorwaardelijke varianten in het jeugdstrafrecht, die steeds verder is verfijnd op basis van ervaringen in de praktijk, op termijn als voorbeeld dienen voor de regeling van de vervolgbeslissingen in het kader van de tenuitvoerlegging van de voorwaardelijke machtiging. Hierbij kan onder andere worden gedacht aan een regeling van de ‘time out’ die in het jeugdstrafrecht in de praktijk is ontstaan door bezwaar te maken tegen de vordering tenuitvoerlegging en die nu, op basis van goede ervaringen in de praktijk als zelfstandige mogelijkheid is geregeld en waarover de rechter beslist.

#### *Aanbeveling 30*

*Licht het karakter van voorwaardelijke machtiging gesloten jeugdhulp in de memorie van toelichting bij de Jeugdwet nader toe alsmede de relatie tussen deze voorwaardelijke machtiging en de schorsing van de machtiging gesloten jeugdhulp. Het verdient aanbeveling om op termijn ook de vervolgbeslissingen naar voorbeeld van het jeugdstrafrecht van een breder juridisch kader te voorzien.*

Uit het voorgaande onderzoek blijkt dat de beslissing in welke justitiële jeugdinrichting of in welke accommodatie voor gesloten jeugdzorg een jeugdige wordt geplaatst, vooral in ministeriële regelingen en protocollen is geregeld. Omdat de plaatsingsbeslissing vanwege de enorme diversiteit aan instellingen en inrichtingen een cruciale beslissing is die feitelijk belangrijker kan zijn voor de jeugdige dan de beslissing over de titel zelf, verdienen in ieder geval de criteria voor plaatsing een regeling in de wet in formele zin, voor wat betreft de gesloten jeugdhulp een regeling in de Jeugdwet en voor wat betreft de justitiële jeugdinrichtingen een uitvoeriger regeling in de Bjj. Met het oog op het belang van de jeugdige en de gezamenlijke doelstelling van opvoeding, behandeling en terugkeer naar de samenleving moet het belangrijkste criterium daarbij zijn welke instelling die doelstellingen



gezien de problematiek van de jeugdige het beste kan bereiken. De in hoofdstuk 2 opgenomen regels onder E.3. Placement van de European Rules for juvenile offenders subject to sanctions and measures kunnen daarbij als inspiratiebron dienen.

#### *Aanbeveling 31*

*Regel de criteria voor de plaatsingsbeslissing in de wet in formele zin. Het belangrijkste criterium voor plaatsing moet zijn welke instelling of inrichting gezien de problematiek van de betreffende jeugdige het meest adequaat kan voorzien in de doelen van opvoeding, behandeling en terugkeer naar de samenleving.*

De rechtspositie van jeugdigen blijkt in de praktijk voornamelijk te worden bepaald door het klimaat in de instelling of inrichting waar de jeugdige wordt geplaatst en daarbij maakt het groot verschil of deze in een als gevangenis aandoend gebouw met weinig buitenruimte wordt geplaatst of in een als internaat aandoend gebouw waar zelfs in de gesloten afdelingen ruimte is voor sport en recreatie in de buitenlucht. Waar de Staat volgens internationale en Europese normen moet voorzien in geschikte instellingen met een pedagogisch gericht behandelklimaat om de jeugdige te kunnen plaatsen, moet het aanbod daar ook op worden aangepast. Dit pleit ook voor een landelijke aanbesteding van gesloten jeugdzorg in plaats van bovenregionale afspraken met uiteindelijk per regio of per gemeente een contract.

#### *Aanbeveling 32*

*Maak met het oog op de plaatsingsbeslissing en de rechtsmiddelen daartegen per jeugdsector openbare overzichten met het actuele aanbod van instellingen en inrichtingen waar de jeugdige kan worden geplaatst. Daarbij dienen alleen die instellingen en inrichtingen te worden opgenomen die aantoonbaar voorzien in een klimaat gericht op opvoeding, behandeling en terugkeer naar de samenleving.*

Een belangrijk verschil tussen de regeling van het regime in de justitiële jeugdinrichtingen en dat in de jeugdzorgplusinstellingen is de mate waarin de rechten en de beperkingen daarop in de wet zijn geregeld. Voor de eerste groep zijn die op landelijk niveau tot in de details uitgewerkt, voor de tweede groep wordt de uitwerking grotendeels overgelaten aan de gedragsdeskundigen en de instellingen zelf. Nu uit het empirisch onderzoek naar voren komt dat er niet minder gebruik wordt gemaakt van dwangmaatregelen in de gesloten jeugdzorginstellingen dan in de justitiële jeugdinrichtingen en dat vrijwel alle beperkende maatregelen die in de justitiële jeugdinrichtingen worden toegepast, ook daar worden toegepast, zouden toch in ieder geval de belangrijkste rechten en beperkingen daarop op nationaal niveau moeten worden geregeld, met vermelding van de persoon die de maatregel mag toepassen, onder welke omstandigheden en voor welke maximale duur.

#### *Aanbeveling 33*

*Regel de minimumrechten en minimumwaarborgen voor het regime in de jeugdzorgplusinstellingen in een aparte Beginselenwet voor gesloten jeugdinstanties.*

In de justitiële jeugdinrichtingen leert de ervaring dat regulering op zichzelf onvoldoende waarborgen biedt dat er in de geest van de wet wordt gehandeld en dat een te vergaande juridisering van de omgang van de pedagogisch medewerkers met de jeugdigen moet worden voorkomen. Om het gewenste klimaat te bereiken kunnen beginselen zoals het door de wetgever genoemde beginsel van verantwoorde hulp een belangrijke rol vervullen. In dat licht zou het passend zijn om ook de doelen van de tenuitvoerlegging, te weten opvoeding, behandeling en terugkeer naar de samenleving alsmede het beginsel van minimale beperkingen uitdrukkelijk in de Jeugdwet op te nemen of in een nog op te stellen aparte Beginselenwet voor gesloten jeugdinstellingen.

#### *Aanbeveling 34*

*Neem de algemene beginselen die leidend zijn voor de tenuitvoerlegging van gesloten jeugdhulp, te weten opvoeding, behandeling en voorbereiding op de terugkeer in de samenleving alsmede het beginsel van minimale beperkingen, naar voorbeeld van artikel 2 lid 2 en 4 Bjj, op in de Jeugdwet of een aparte Beginselenwet voor gesloten jeugdinstellingen.*

In het licht van de voorgaande voorstellen, het opnemen van beginselen voor het regime en het regelen van minimumrechten en minimumwaarborgen, verdient het aanbeveling om ook voor de jeugdigen in de gesloten accommodaties een eigen beginselenwet te maken, net als voor de jeugdigen in de justitiële jeugdinrichtingen. De Jeugdwet biedt daarvoor te weinig ruimte. Het verdient dan aanbeveling om met het oog op gemakkelijke overplaatsing, een aparte Beginselenwet voor gesloten jeugdinstellingen te maken die ook geldt voor jeugdigen in de justitiële jeugdinrichtingen. Omdat het regime ook daar moet zijn gericht op opvoeding, behandeling en terugkeer naar de samenleving en wordt gereguleerd door het beginsel van minimale beperkingen kunnen de regimes in grote lijnen gelijk kunnen worden geregeld en hoeft er slechts op enkele punten, bijvoorbeeld beperkingen vanwege het lopende strafonderzoek of beperkingen op het bezoek of verlof in verband met de bescherming van slachtoffers, een verschillende regeling te worden gemaakt.

Daarbij kunnen de beide soorten instellingen en inrichtingen gebruik maken van elkaar 'best practices'. Het regime in de justitiële jeugdinrichtingen kan meer worden geleid door de beginselen achter de regels en de jeugdzorgplusinstellingen door de regels die grenzen stellen aan de bevoegdheden. Voor de justitiële jeugdinrichtingen die al bezig zijn met het creëren van een meer pedagogisch behandelklimaat, zal dat in de praktijk niet veel veranderen, maar wel voor de inrichtingen die vooral zijn gefocust op beveiliging. En voor sommige jeugdzorgplusinstellingen die vanuit een pedagogische instelling rechten verschaffen en daar weinig inbreuken op maakten, zal dat in de praktijk weinig veranderen, maar wel voor jeugdzorgplusinstellingen die zich daarin de praktijk minder rekenschap van geven.

#### *Aanbeveling 35*

*Ontwerp een aparte 'Beginselenwet voor gesloten jeugdinstellingen' waarin enerzijds rechten en mogelijke beperkingen daarop worden uitgewerkt naar voorbeeld van de Bjj, maar waarin anderzijds meer ruimte is voor het creëren van een pedagogisch klimaat dat in het teken staat*

*van het beginsel van verantwoorde hulp en de doelen van opvoeding, behandeling, voorbereiding op de terugkeer in de samenleving.*

Uit het empirisch onderzoek blijkt dat jeugdigen het belangrijk vinden om te weten wat de regels zijn, maar daar niet altijd even goed zicht op krijgen. De huisregels, die in beide soorten instellingen en inrichtingen ter beschikking worden gesteld, spelen daarbij een belangrijke rol. Een best practice die kan worden overgenomen uit de Jeugdwet is het voorschrift om jeugdigen mondeling toelichting te geven op de huisregels. Een best practice die kan worden overgenomen uit de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen is om een model huisregels vast te stellen zodat zeker is gesteld dat alle belangrijke onderwerpen daarin voorkomen.

### *Aanbeveling 36*

*Regel in artikel 60 lid 1 Bjj naar voorbeeld van artikel 6.1.4 lid 10 Jeugdwet dat de jeugdigen mondeling worden ingelicht over hun rechten en de mogelijke beperkingen daarop, die tevens zijn neergelegd in de huisregels. Vervang 6.2.4 lid 3 Jeugdwet door een bepaling naar voorbeeld van artikel 4 lid 1 Bjj dat voor het opstellen van huisregels gebruik moet worden gemaakt van een model huisregels.*

Bijzondere aandacht vraagt de rechtspositie van jeugdigen die binnen de justitiële jeugdinrichtingen zijn opgenomen in de landelijke afdelingen voor intensieve zorg en intensieve begeleiding en de individuele trajectafdelingen. Hierin worden jeugdigen met een aantoonbare psychische stoornis met het oog daarop in verregaande mate in hun vrijheid beperkt. Het verblijf op de groep kan worden beperkt tot 4 (weekend) - 6 uur per dag wat betekent dat deze jeugdigen 18 - 20 uur per dag op hun afgesloten “kamer” zitten. Het gegeven dat deze jeugdigen groepsongeschikt zijn, kan het verschil tussen de wekelijkse dagen en het weekend echter niet rechtvaardigen noch de tenuitvoerlegging van dit regime binnen de muren van een justitiële jeugdinrichting. Het door de wetgever aangevoerde argument dat overplaatsing naar de GGZ in de praktijk moeizaam blijkt te verlopen, biedt evenmin een rechtvaardiging voor deze situatie. De wetgever zou ook kunnen bevorderen om die overplaatsing te vergemakkelijken. Dat sluit ook beter aan bij regel 57 van de eerder genoemde European Rules, te weten: ‘Juveniles who are suffering from mental illness and who are to be deprived of their liberty shall be held in mental institutions’ en bij het eerder geformuleerde criterium voor plaatsing, te weten de instelling of inrichting die gezien de problematiek van de jeugdige het meest adequaat kan voorzien in de doelen van opvoeding, behandeling en terugkeer naar de samenleving.

### *Aanbeveling 37*

*Trek in het eerste lid van respectievelijk artikel 22a, artikel 22b en artikel 22c Bjj de zinsnede ‘door de week en gedurende ten minste vier uren per dag in het weekeinde’ zodat jeugdigen die op de landelijke afdelingen voor intensieve zorg en intensieve begeleiding en de individuele trajectafdelingen verblijven, ook in het weekeinde recht hebben op tenminste zes uur per dag aan gemeenschappelijke activiteiten. Waarborg in de wet dat jeugdigen met een psychische stoornis zo spoedig mogelijk worden overgeplaatst naar de instelling die het meest adequaat kan voorzien in de behandeling van deze jeugdigen.*

In aansluiting op het voorgaande moet het mogelijk zijn om jeugdigen ook na het opleggen van de titel door de rechter elders te plaatsen of over te plaatsen naar die instelling waar gezien zijn problematiek het meest adequaat kan worden voorzien in opvoeding, behandeling en terugkeer van de jeugdige naar de samenleving. Artikel 77 s lid 6 Sr geeft de minister van VenJ en daarmee de selectiefunctionaris de mogelijkheid om de tot een Pij-maatregel veroordeelde behalve in een justitiële jeugdinrichting elders op te nemen. Ook geeft artikel 12 lid 8 Bjj de selectiefunctionaris de mogelijkheid om in geval van gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens van een jeugdige met inachtneming van de Wet Bopz te bepalen dat de jeugdige wordt overgebracht naar een psychiatrisch ziekenhuis om daar zolang als dat noodzakelijk is te worden verpleegd. Deze wettelijke mogelijkheden tot plaatsing elders of overplaatsing naar een psychiatrisch ziekenhuis zijn er niet in het geval van de machtiging gesloten jeugdhulp. Deze kan uitsluitend ten uitvoer worden gelegd in een geregistreerde gesloten accommodatie met een uitzonderingsmogelijkheid voor de jeugdige die al in een justitiële jeugdinrichting verbleef en daar met zijn instemming zijn behandeling afmaakt (art.6.2.2 Jeugdwet).

#### *Aanbeveling 38*

*Vervang artikel 6.2.2 lid 1 Jeugdwet naar voorbeeld van artikel 77s lid 6 Sr door de bepaling dat de jeugdige behalve in een gesloten accommodatie ook elders kan worden opgenomen en vul deze bepaling en die in artikel 77s lid 6 Sr aan met het criterium 'als daar gezien de problematiek van de jeugdige adequater kan voorzien in de met de machtiging (art.6.2.2 lid 1 Jeugdwet)/de maatregel (art.77s lid 6 Sr.) beoogde doelen'.*

## **6.5 Een intersectorale vergelijking op hoofdpunten**

In de hoofdstukken 3, 4 en 5 zijn uitvoerige beschrijvingen en analyses opgenomen van de wetgeving die in de drie onderzochte sectoren aan de orde is. De detailinformatie over de onderzochte wetgeving is verwerkt in een vijftal schema's, die als bijlage bij dit rapport zijn gevoegd. In deze paragraaf vergelijken wij, mede op basis van de informatie uit deze schema's, op een aantal hoofdpunten de wettelijke regelingen uit de verschillende sectoren met elkaar. De 'breedte' van deze vergelijking kan variëren, afhankelijk van het betreffende thema. In sommige gevallen betreft de vergelijking de volle breedte van dit onderzoek, in andere gevallen maken wij vergelijkingen op specifieke onderdelen (bijvoorbeeld binnen de sector jeugd, of tussen de forensische zorg en de GGZ voor volwassenen).

### **Thema 1: Begrippen**

Uit de hoofdstukken 3, 4 en 5 komt naar voren dat voor de in de wetgeving met betrekking tot gedwongen zorg opgenomen inhoudelijk overeenkomstige maatregelen en interventies soms verschillende termen worden gehanteerd. Dat geldt ook voor algemene begrippen in de wetgeving. Die verschillen worden in komende wettelijke regelingen zelfs nog vergroot. Het meest in het oog springende voorbeeld is te vinden in de wetsvoorstellen die de Wet Bopz moeten gaan vervangen. De Wvvgz spreekt van 'verplichte zorg', terwijl de WZD over 'onvrijwillige zorg' gaat. Het inhoudelijke criterium voor gedwongen zorg in de Wvvgz is het afwenden van 'ernstige schade', in de WZD gaat

het om het voorkomen van 'ernstig nadeel'. De in hoofdstuk 3 opgenomen analyses van beide wetsvoorstellen leveren geen dwingende argumenten op voor een dergelijk verschil in kernbegrippen. In een sector waar tussen beide regelingen, en de patiënten/cliënten waarop deze betrekking hebben, sterke relaties en wisselwerkingen bestaan, is er een aanzienlijke kans dat een verschil in kernbegrippen verwarring en onduidelijkheid in de hand werkt. Ook als de huidige verschillen tussen beide wetten zouden blijven bestaan (zie par. 6.4.1, aanbeveling 1), zien wij geen dwingende redenen om die kernbegrippen van elkaar te laten verschillen. Onnodige verschillen tussen kernbegrippen kunnen er voorts toe leiden dat de aansluiting van en de samenwerking tussen de deelgebieden van de Wvggz en de WZD wordt bemoeilijkt.

### *Aanbeveling 39*

*Kies in de Wvggz en de WZD voor dezelfde kernbegrippen, waar het gaat om zowel de omschrijving als het criterium voor gedwongen zorg.*

Deze aanbeveling maakt het ook mogelijk een betere 'doorplaatsing' van Wvggz naar WZD te realiseren.

Op tal van andere punten is er in de wetgeving ook sprake van verschillende benamingen en typeringen van maatregelen of bevoegde personen die qua inhoud of positie met elkaar overeenkomen. Zo wordt wel onderscheiden tussen 'separatie' en 'afzondering', terwijl dat terminologische onderscheid niet altijd wettelijke implicaties heeft. Andere verschillen doen zich voor met betrekking tot de omschrijving van het rechtssubject (patiënt, cliënt, betrokkene), de zorgaanbieder (verschillende wettelijke definities van dit begrip in bijvoorbeeld de Wfz en de WZD). Voor een deel zijn de bedoelde terminologische verschillen terug te voeren op cultuurverschillen tussen sectoren of op historische ontwikkelingen. Ook is het zo dat de gehanteerde definities soms verschillen om redenen die te maken hebben met verschillen in financiering van de zorg of met de reikwijdte van de betreffende wet. Aldus bezien is een zekere mate van 'begrippenongelijkheid' niet te voorkomen. In het algemeen is het van belang verschillen in de begrippen en definities zoveel mogelijk tegen te gaan, en daarvoor alleen te kiezen als er (sector- of deelgebied)specifieke argumenten zijn om dat te doen. Daarbij ligt in de rede de begrippen die in de (volwassen) GGZ gehanteerd worden, als standaardbegrippen te hanteren.

## **Thema 2: Rechtsbescherming in het kader van de rechterlijke besluitvorming**

In de onderzochte wetgeving inzake gedwongen zorg is sprake van een grote variatie aan rechterlijke procedures die tot een gedwongen opname of andere vormen van gedwongen zorg kunnen leiden. Daarbij kan het, zoals al eerder aan de orde was, ook om voorwaardelijke vormen van zorg gaan. Gelet op de breedte van het onderzochte veld en de van oudsher bestaande uitgangspunten van rechterlijke procedures binnen het civiele recht, het jeugdrecht en het strafrecht, is te begrijpen dat rechterlijke besluitvormingsprocedures met betrekking tot gedwongen zorg niet op alle punten identiek zijn. Anderzijds gaat het in alle gevallen om (varianten van) gedwongen zorg, en mag worden verwacht dat in elk geval op twee punten zoveel mogelijk overeenkomsten bestaan:

- waar het gaat om de zelfstandige positie van de betrokkene in de procedure en de rechtswaARBorgen ter zake;

— waar het gaat om de aard, de omvang en de onafhankelijkheid van de informatie op basis waarvan de rechter tot (verlenging van) gedwongen zorg kan besluiten.

Op dit punt springen enkele opmerkelijke verschillen in het oog. In par. 6.4.3 (aanbeveling 27) vroegen wij al de aandacht voor het verschil in rechtspositie van de jeugdige tussen de procedure voor rechterlijke besluitvorming inzake de machtiging gesloten jeugdhulp en die inzake de machtiging uithuisplaatsing in een residentiële instelling.

Bij een sectoroverstijgende analyse valt op dat waar het gaat om de verlenging van juridische titels in de TBS na zes jaar een extra toetsing wordt ingezet, waarbij twee gedragsdeskundigen van buiten de instelling naar de noodzaak van verlenging kijken. In de Wet Bopz noch in de Wvggz is een dergelijke extra toetsing bij een langdurige toepassing van een rechterlijke machtiging geregeld. In de Wvggz is het veeleer zo dat naarmate de duur van de gedwongen zorg toeneemt, de rechter minder vaak over verlenging hoeft te oordelen. Een dergelijke regeling is in de context van de WZD nog wel voorstelbaar, gelet op de kenmerken van de doelgroepen van die wet, maar geeft uit een oogpunt van rechtsbescherming te denken waar het gaat om de Wvggz. Het ligt voor de hand ook in het kader van die wet te kiezen voor meer rechtsbescherming naarmate de duur van de gedwongen zorg toeneemt. Dit sluit ook aan bij de overwegingen uit de jurisprudentie van het EVRM met betrekking tot langer durende gedwongen zorg. Dat de Wvggz-rechter in individuele gevallen een zorgmachtiging kan geven voor een kortere duur dan het wettelijk maximum moet op dit punt niet toereikend worden geacht.

#### *Aanbeveling 40*

*Pas de Wvggz zodanig aan, dat de rechtswaarborgen met betrekking tot besluitvorming over langerdurende gedwongen zorg worden uitgebreid (onder meer waar het gaat om de frequentie van rechterlijke herbeoordeling en om de mate van onafhankelijke informatie over de noodzaak van continuering van gedwongen zorg).*

Over de vergelijking tussen Wet Bopz en Wvggz enerzijds en de procedure betreffende de machtiging gesloten jeugdhulp anderzijds het volgende. De Wvggz-rechter zal kunnen beslissen op basis van relatief brede informatie, naar hem toegeleid in het kader van de voorbereiding van een aanvraag van een zorgmachtiging door de geneesheer-directeur. Die aanvraag moet worden ondersteund door de medische verklaring van een psychiater die onafhankelijk is. Waar het gaat om de gesloten jeugdhulp staan in de rechterlijke procedure die kan leiden tot een machtiging gesloten jeugdhulp een verzoekschrift van Bjz en een instemmende verklaring van een gekwalificeerde gedragswetenschapper centraal. De Jeugdwet stelt niet de voorwaarde dat de gedragswetenschapper een onafhankelijke positie moet hebben. Waar het gaat om de aard en onafhankelijkheid van deze informatie is er niet alleen een verschil met de procedure van de Wvggz, maar ook met de gang van zaken die binnen het jeugdstrafrecht tot een Pij-maatregel kan leiden. Daar is een advies van tenminste twee onafhankelijke gedragsdeskundigen van verschillende disciplines, waaronder een advies van een psychiater, vereist, en gaat het bovendien om besluitvorming door de meervoudige kamer (over de machtiging gesloten jeugdhulp beslist de enkelvoudige kinderrechter). Het ligt voor de hand de rechterlijke besluitvormingsprocedure met betrekking tot de machtiging gesloten jeugdhulp

te 'verstevigen', door meer eisen te stellen aan de aard en onafhankelijkheid van de informatie op grond waarvan de rechter beslist.

#### *Aanbeveling 41*

*Bepaal expliciet in de Jeugdwet dat de kinderrechter die over een machtiging gesloten jeugdhulp beslist, moet beschikken over informatie van een onafhankelijke beoordelaar.*

In de verhouding tussen de Wvvgz en de WZD wezen wij al eerder op een verschil in de reikwijdte van de rechterlijke beslissing. Bepaalde vormen van gedwongen zorg waarover in het Wvvgz-domein de rechter beslist, behoren onder de WZD tot de competentie van de zorgverantwoordelijke. Daar komt geen rechter aan te pas. Dit houdt verband met de uiteenlopende vormen van rechtsbescherming die in beide wetten worden gehanteerd. Zie daarover par. 6.4.1 en de aanbevelingen 1 en 2).

### **Thema 3: het recht op bewegingsvrijheid**

Het recht op bewegingsvrijheid is een onderwerp dat vanouds in de verschillende sectoren anders wordt gezien. In het systeem van de Wet Bopz en Wvvgz is bewegingsvrijheid een recht dat men heeft, tenzij er in een individueel geval gronden zijn het te beperken. Het gaat daarbij om bewegingsvrijheid "in en rond het ziekenhuis" (huidig art. 40 lid 3 Bopz). Bewegingsvrijheid 'rond het ziekenhuis' komt in die context neer op een verregaande mate van bewegingsvrijheid, aangezien psychiatrische ziekenhuizen al lang geen ommuurde vestingen meer zijn, maar in vrijwel alle gevallen een open verbinding hebben met de omgeving waarin zij zijn gevestigd.

Beperking van bewegingsvrijheid in de gesloten jeugdzorg is mogelijk op basis van het in de Jeugdwet geregelde hulpverleningsplan, als de jeugdige zich dreigt te onttrekken aan de noodzakelijke jeugdzorg of als dat nodig is voor de veiligheid van de jeugdige of anderen. Het gaat dan meestal om de opsluiting op kamer gedurende de nacht. In de Bjj wordt van een geheel ander model uitgegaan. Daar is beperking van de bewegingsvrijheid (in de vorm van opsluiting) de regel, en bepaalt de wet dat de jeugdige er recht op heeft minimaal 8,5 uur per dag in een leefgroep te verblijven en deel te nemen aan gemeenschappelijke activiteiten. Vaste insluiting gedurende de nacht is in die context dus de regel. In het domein van de Pbw en de Bvt is dezelfde benadering aan de orde.

Hier doet zich dus een principiële verschil op systeemniveau voor tussen GGZ en gesloten jeugdhulp aan de ene kant en de benaderingen van Pbw, Bvt en Bjj aan de andere kant: het verschil tussen de uitgangspunten 'bewegingsvrijheid, tenzij...' en 'geen bewegingsvrijheid, tenzij...'. Dit onderscheid gaat hand in hand met een verschil tussen een individueel gerichte benadering en een meer collectieve aanpak (groepsregime). In de sfeer van GGZ en gesloten jeugdhulp staan individuele indicaties voor beperkingen van de bewegingsvrijheid centraal. In de andere sectoren gaat de wetgeving uit van een regime waarin de groepsbenadering voorop staat. Beperkingen hebben dan eerder een collectief dan een individueel karakter: voor alle betrokkenen geldt dan dat zij worden ingesloten nadat het aantal uren gedurende welke men recht heeft op gemeenschappelijk verblijf en activiteiten is verstreken.

Dit is een onderscheid dat duidelijk samenhangt met duidelijke wettelijke verschillen tussen de sectoren maar ook met verschillen in cultuur en aard en achtergrond van de titel van insluiting en dat zich om die reden niet gemakkelijk leent voor harmonisatie. Er is daarom geen aanleiding te bepleiten in de Pbw en de Bvt het uitgangspunt 'bewegingsvrijheid, tenzij' op te nemen. Anderzijds past dat uitgangspunt wel goed bij de veel meer op zorg gerichte domeinen van Wet Bopz/Wvvgz en Jeugdwet, en moet voorkomen worden dat, bijvoorbeeld onder invloed van toenemend grensverkeer uit de forensische zorg richting GGZ, in de GGZ gemakkelijker met beperkingen van de bewegingsvrijheid wordt omgegaan dan in het individuele geval te rechtvaardigen is. Een geval apart betreft het onderscheid op dit punt tussen de gesloten jeugdhulp (Jeugdwet) en de justitiële jeugdinrichtingen. Daarbij is het de vraag of het verschil in uitgangspunten en uitwerking tussen twee wettelijke regimes die betrekking hebben op jeugdigen met (grotendeels) dezelfde zorgproblematiek niet te groot is. Op dat punt zijn onze bevindingen echter niet concludent, omdat we hierbij te maken hebben een gecompliceerde en subtiele wisselwerking tussen wetgeving en praktijk (zie de par. 5.3.9 en 5.3.10), waardoor het niet eenvoudig is een richting voor eventuele harmonisatie van wetgeving aan te geven. Te verdedigen is wel, dat de specifieke positie en belangen van jeugdigen om een minder groot verschil vragen tussen de benaderingen van Jeugdwet en Bjj, ten faveure van het uitgangspunt 'bewegingsvrijheid, tenzij'. De in de hoofdstukken 2 en 5 genoemde Europese richtlijnen wijzen ook in die richting.

#### **Thema 4: dwangbehandeling**

Onder een dwangbehandeling wordt in de psychiatrie van oudsher verstaan: het zonder toestemming van betrokkene (of zijn vertegenwoordiger) uitvoeren van een behandelingsplan. De betreffende regelingen van de justitiële beginselenwetten komen op hetzelfde neer. In de Wvvgz wordt niet langer expliciet een behandelingsplan of een (intramurale) dwangbehandeling onderscheiden. In die regeling is dwangbehandeling een van de operationalisering van het bredere begrip 'verplichte zorg'. Een dwangbehandeling zoals hier bedoeld bestaat in veel gevallen uit het (meer of minder langdurig) toedienen van medicatie. Dat is dwang met een (deels) therapeutische intentie. Die vorm van dwangmedicatie moet worden onderscheiden van dwangmedicatie om beveiligingsdoeleinden. Die vorm van dwangtoepassing valt onder de wettelijke regels inzake dwang in een noodsituatie (zie ook thema 5).

Een algemene tendens in alle sectoren is om het toepassen van directe dwang terug te dringen. Het voorkomen van dwang is ingebed in de professionaliteit van de hulpverleners. Door meer oplettendheid van de hulpverleners voor de emotionele gesteldheid van patiënten, hen indien nodig afleiden enzovoort, wordt getracht dwang minder toe te passen. Vaak komt daar dan overigens een vorm van indirecte dwang (drang) voor in de plaats. In de GGZ-sectoren gaat het bijvoorbeeld om kamerprogramma's – de patiënt moet dan in zijn kamer blijven, maar wordt niet ingesloten – waarbij het dus niet om wettelijke dwang gaat, maar de patiënt zich wel verplicht voelt (drang), waardoor raakvlakken bestaan met de – wel als dwangmaatregelen aangemerkte – afzondering en separatie. Een andere bevinding is dat – in de dagelijkse praktijk – niet alle dwang en drang door medewerkers, maar ook door cliënten zelf, als zodanig bestempeld wordt, omdat het om vanzelfsprekende regels gaat waar iedereen zich aan houdt en er meer op preventie wordt ingezet om dwang te voorkomen. Denk bijvoorbeeld aan de huisregels in de gesloten jeugdhulp waar afspraken over bedtijden gemaakt



worden of over hygiëne. Maar ook in de verstandelijk gehandicaptenzorg worden dergelijke afspraken gemaakt en daar niet als dwang aangemerkt. Respondenten en geïnterviewden geven aan dat het hier gaat om noodzakelijke afspraken en voorwaarden die vaak opvoedkundig van aard zijn.

Binnen de wettelijke mogelijkheden voor gedwongen zorg is het onderwerp dwangbehandeling van groot belang, onder meer vanwege de impact daarvan op de (rechts)positie van betrokkene. Een dwangbehandeling is een van de meest directe en harde vormen van gedwongen zorg. Ten aanzien van dit onderwerp zijn de afgelopen jaren al enige aanpassingen van de wetgeving gerealiseerd. Daarbij ging het zowel om de verruiming van de criteria voor dwangbehandeling, als om harmonisatie van deze criteria tussen de Wet Bopz enerzijds en de Pbw, Bvt en Bjj anderzijds. Deze harmonisatie zal door de Wvvgz in procedureel opzicht weer enigszins doorbroken worden, aangezien deze wet dwangbehandeling in de psychiatrie binnen het beslissingsdomein van de rechter brengt (als onderdeel van de zorgmachtiging) terwijl in de drie justitiële beginselenwetten de besluitvorming daarover toebedeeld blijft aan uitvoerenden binnen de instelling. Dit geeft de toekomstige Wvvgz-patiënten in een aantal opzichten een betere rechtspositie met betrekking tot dwangbehandeling dan justitiabelen die in de sfeer van Pbw, Bvt en Bjj met dwangbehandeling worden geconfronteerd en dan de jeugdigen die onder de Jeugdwet aan dwangbehandeling worden onderworpen. Een nadere vergelijking van de betreffende wettelijke regelingen leert dat er nog wel meer verschilpunten zijn. Deze betreffen onder meer de persoon die tot dwangbehandeling kan besluiten (in de Wet Bopz/Wvvgz en de Jeugdwet de behandelaar of zorgverantwoordelijke, in de justitiële wetten de directeur of het hoofd van de instelling), meldingsverplichtingen (in de Wet Bopz aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg, in de justitiële wetten bijvoorbeeld ook aan de Commissie van Toezicht) en rechtswaarborgen (na een melding dwangbehandeling betreffende een gedetineerde aan de Commissie van Toezicht wordt deze bezocht door de maandcommissaris, in de Wet Bopz/Wvvgz wordt de patiënt geïnformeerd over de mogelijkheid om een patiëntenvertrouwenspersoon in te schakelen, maar komt deze niet automatisch langs). Daarnaast zijn de ter zake geldende uitvoeringsregelingen betreffende de justitiële wetten in het algemeen veel uitvoeriger dan die van de Wet Bopz/Wvvgz en de Jeugdwet. Daardoor zijn in die wetten meer voor de rechtspositie relevante waarborgen en aspecten geëxpliciteerd dan in Wet Bopz/Wvvgz en de Jeugdwet het geval is. Een voorbeeld is art. 22d PM, waarin bepaald wordt dat een gedetineerde die onder dwang wordt behandeld zo vaak als nodig is wordt bezocht door een arts of een verpleegkundige. Aan te nemen valt dat van een dergelijke praktijk in de GGZ ook sprake is, maar in de praktijk van de gesloten jeugdhulp is dit maar zeer de vraag, nu maar enkele van deze instellingen over een arts beschikken. Daarbij komt de vraag komt natuurlijk op waarom zo'n aspect in de ene sector wel wettelijk geregeld is terwijl het in de andere sector wordt overgelaten aan de operationalisering van de veel bredere wettelijke verplichting om 'verantwoorde' zorg te bieden (art. 2 Kwaliteitswet zorginstellingen). Een punt is dat gedwongen medische handelingen in instellingen waar geen artsen zijn, op gespannen voet staan met de Europese normen.

#### *Aanbeveling 42*

*Bepaal in de Jeugdwet dat bij de besluitvorming over dwangbehandeling op grond van deze wet een arts betrokken moet zijn.*

Een vergelijking van de wettelijke regelingen inzake dwangbehandeling laat dus een gemengd beeld zien. Het format van de Wvvgz, de (in het kader van de zorgmachtiging) verplichte voorafgaande toetsing van een dwangbehandeling door de rechter, moet in beginsel als een verbetering van de rechtspositie worden getypeerd. In de Wet Bopz is dat niet het geval, en dat is de wet waarop de huidige regelingen in de justitiële beginselenwetten zijn geënt. In die wetten is een voorafgaande rechterlijke beoordeling van dwangbehandeling niet eenvoudig in te passen, maar het verschil tussen deze wetten en de toekomstige Wvvgz is op het punt van de rechterlijke rol dusdanig groot, dat dat niet zonder gevolgen kan blijven. Te denken valt aan een rol voor de Commissie van Toezicht.

#### *Aanbeveling 43*

*Voorzie ook in de dwangbehandelingsregelingen van de drie justitiële beginselenwetten in een of andere vorm van verplichte voorafgaande onafhankelijke toetsing van een voorgenomen besluit tot dwangbehandeling.*

Anderzijds is het zo dat de justitiële beginselenwetten belangrijke procedurele bepalingen bevatten, zoals het ongevraagde bezoek van de maandcommissaris aan een persoon die onder dwang wordt behandeld. Dit biedt betere mogelijkheden voor de rechtsbescherming van betrokkene dan de enkele informatieplicht zoals deze is geregeld in art. 40a Bopz en art. 8:13 lid 3 Wvvgz. In de Jeugdwet is zelfs van zo'n informatieplicht geen sprake.

#### *Aanbeveling 44*

*Neem in de de Wvvgz en de Jeugdwet de bepaling op dat dwangbehandelingen worden gemeld aan de (patiënten)vertrouwenspersoon en dat deze zo spoedig mogelijk betrokkene bezoekt.*

De realisatie van deze aanbeveling in de praktijk zal niet altijd eenvoudig zijn, niet alleen omdat de Wvvgz ook voorziet in dwang in een ambulante setting, maar ook omdat dwangbehandeling in die wet geen zelfstandige vorm van verplichte zorg is. Dat vraagt om een goede afbakening van situaties waarin wel en niet een meldplicht richting (patiënten)vertrouwenspersoon geldt. Dat doet naar onze mening aan het belang van de zojuist geformuleerde aanbeveling niet af.

Zowel in de huidige Wet Bopz als in de dwangbehandelingsregelingen van Pbw, Bvt en Bjj is het zo dat de dwangbehandeling om te voorkomen dat de stoornis niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen, ten hoogste drie maanden kan duren. De Wvvgz en de Jeugdwet voorzien niet in een dergelijke termijn. De zorgmachtiging die de basis biedt voor een dergelijke dwangbehandeling heeft een geldigheidsduur van maximaal zes maanden (art. 6:4 onder b Wvvgz). Dit leidt tot een zekere achteruitgang in rechtspositie. Daarnaast is dit, naast de rol van de rechter, een ander punt waar het (nieuwe) systeem van de Wvvgz tot een discongruentie zal gaan leiden tussen die wet enerzijds en de op de Wet Bopz geënte regelingen van Pbw, Bvt en Bjj anderzijds.

Over de relatie tussen de jeugd-GGZ en de gesloten jeugdhulp op het punt van de dwangbehandeling ook nog het volgende. Voor jeugdigen die nu onder de Wet Bopz of in de toekomst onder de Wvvgz worden opgenomen, gelden met betrekking tot dwangbehandeling de criteria en procedurele

voorwaarden van deze beide wetten. Beide wetten differentiëren zoals eerder opgemerkt niet tussen de rechtspositie van minderjarigen en meerderjarigen. Dit levert een aanzienlijk contrast op met de regeling van gedwongen geneeskundige behandeling in de wetgeving betreffende de gesloten jeugdhulp. Niet alleen zijn in de Jeugdwet de criteria anders georiënteerd, ook is in die regeling sprake van minder strakke bepalingen waar het gaat om termijnen, evaluatie, registratie en verantwoording. In de Jeugdwet staat het hulpverleningsplan centraal. In de Bij worden daarentegen weer de hoofdlijnen van het Bopz-systeem gevolgd. De vraag is of de situatie binnen de gesloten jeugdhulp zozeer verschilt van die in het Bopz/Wvvggz-domein en de justitiële jeugdinstanties dat dergelijke verschillen te rechtvaardigen zijn. Wij hebben daar geen goede gronden voor gevonden. Een pijnpunt is vooral de mogelijkheid om in de gesloten jeugdhulp een dwangbehandeling te kunnen toepassen als dat nodig is om “de met de jeugdhulp beoogde doelen te bereiken”. Dat is een nogal onbepaald criterium voor de toepassing van een zeer ingrijpende vorm van gedwongen zorg. Hier ligt het voor de hand door aanpassing van de wetgeving en/of het ontwikkelen van richtlijnen meer aansluiting te zoeken bij de benadering van Bopz/Wvvggz, waarin beter dan in het systeem van de Jeugdwet het beginsel van de minst ingrijpende maatregel aan de orde is. Doordat in de gesloten jeugdhulp evenmin sprake is van wettelijke registratie- en interne monitoringsverplichtingen staat de rechtspositie van de jeugdige daar als het ware ‘dubbel’ onder druk: er gelden ruimere criteria en minder procedurele vereisten voor dwangtoepassing en er is minder interne registratie en monitoring.

#### *Aanbeveling 45*

*Verklein, door aanpassing van wetgeving, de verschillen in rechtspositie bij de dwangbehandeling van jeugdigen tussen de Jeugdwet enerzijds en Wet Bopz/Wvvggz/Bij anderzijds (zowel waar het gaat om de criteria als om de procedurele waarborgen).*

### **Thema 5: toepassing mechanische middelen/fixatie**

Het toepassen van mechanische middelen (fixatie) is een ingrijpende en omstrede vorm van gedwongen zorg. Uit hoofdstuk 2 kwam naar voren dat deze vorm in tal van internationale richtlijnen nadrukkelijk wordt genoemd. De teneur van deze richtlijnen is dat de toepassing van mechanische middelen zoveel mogelijk moet worden tegengegaan, in het bijzonder bij jeugdigen. Mechanische middelen kunnen worden toegepast als onderdeel van een dwangbehandeling. Daarbij zijn de hiervoor bij thema 3 behandelde aspecten aan de orde. Daarnaast kan de toepassing van een mechanisch middel aan de orde zijn bij een noodsituatie. Daarover handelt deze paragraaf.

De Wet Bopz voorziet in de mogelijkheid om een patiënt in noodsituaties gedurende maximaal 7 dagen te fixeren (art. 39 Bopz in samenhang met het Besluit middelen en maatregelen Bopz). Daarbij onderscheidt de Wet Bopz zoals gezegd niet tussen minderjarigen en meerderjarigen. Fixatie gedurende een langere termijn dan 7 dagen is alleen mogelijk op grond van het (aangepaste) behandelingsplan, dat zo nodig onder dwang ten uitvoer kan worden gelegd. In de Wvvggz staat de zorgmachtiging centraal. Daarin kan onder meer zijn voorzien in fixatie. Voorziet een reeds bestaande zorgmachtiging niet in fixatie, dan kan fixatie – als tijdelijke verplichte zorg in onvoorziene situaties – gedurende maximaal drie dagen worden toegepast. Is in dat geval langerdurende fixatie nodig, dan

zal een procedure tot aanpassing van de zorgmachtiging moeten worden gestart.

In de Jeugdwet is niet voorzien in fixatie, maar wel in de daarop enigszins gelijkende maatregel 'vastpakken en vasthouden'. De betreffende regeling van de Jeugdwet is gemodelleerd naar die van de Wet Bopz (maatregel in kader hulpverleningsplan, of max. 7 dagen ter overbrugging van een noodsituatie); wel is na 24 uur de instemming van een gekwalificeerde gedragswetenschapper nodig. In het jeugdstrafrecht bevat de Bij enkele specifieke bepalingen met betrekking tot de toepassing van mechanische middelen. Deze mogen bij jeugdigen jonger dan 16 jaar maximaal 12 uur worden toegepast en bij jeugdigen van 16 jaar of ouder maximaal 24 uur.

In de forensische zorg voor volwassenen bepalen de Pbw en de Bvt de ruimte voor het toepassen van mechanische middelen. Deze mogen worden toegepast gedurende 24 uur, welke termijn telkens met 24 uur door de directeur kan worden verlengd (waarbij deze over elke verlenging dient te overleggen met een arts). De toe te passen mechanische middelen zijn limitatief opgesomd. En ook nu weer zijn op basis van de Pbw en de Bvt uitvoerige uitvoeringsregelingen tot stand gekomen, waarin tal van aspecten nader zijn geregeld.

Deze samenvatting van de regelgeving overziende, kan worden geconstateerd dat de Wet Bopz en de Jeugdwet de meest ruime regelingen bevatten van de toepassing van mechanische middelen. Hier wreekt zich ook dat de Wet Bopz en de Wvvgz niet differentiëren tussen minderjarigen en meerderjarigen. Weliswaar verkort de Wvvgz ten opzichte van de Wet Bopz de toepassingsduur in noodsituaties van 7 naar 3 dagen, maar een bepaling als art. 6.3.7 Jeugdwet (beoordeling van de minderjarige door een gedragswetenschapper na 24 uur) zou ook in de Wet Bopz/Wvvgz niet misstaan. De Bij bevat veel kortere toepassingstermijnen dan de andere wetten, en de Pbw en de Bvt vereisen, in vergelijking met Wet Bopz/Wvvgz, veel frequentere beoordelingen van de noodzaak tot continuering van de maatregel. Het meest in het oog springen toch de elementen van (grote) terughoudendheid bij het toepassen van mechanische middelen ten aanzien van jeugdigen in de Bij. Dit sluit beter aan bij de teneur van internationale richtlijnen en opvattingen dan de regeling van Wet Bopz/Wvvgz, waarin de positie van minderjarigen geen specifieke aandacht krijgt. Het ligt voor de hand ten aanzien van jeugdigen minder mogelijkheden voor mechanische middelen toe te laten dan bij volwassenen, of in elk geval te voorzien in betere procedurele waarborgen (frequentere herbeoordelingen) dan nu het geval is. In de memorie van toelichting bij de Jeugdwet heeft de wetgever aangegeven dat het gebruik van mechanische middelen in de gesloten jeugdhulp. Indien dat nodig is, dient de jeugdige te worden overgeplaatst naar de GGZ.

#### *Aanbeveling 46*

*Neem in de Wet Bopz/Wvvgz specifieke regels op met betrekking tot de toepassing van mechanische middelen (waaronder fixatie) bij jeugdigen.*

#### *Aanbeveling 47*

*Bepaal expliciet in de Jeugdwet dat het gebruik van mechanische middelen in de gesloten jeugdhulp is uitgesloten.*

## Thema 6: afzondering/separatie

In de wetgeving inzake gedwongen zorg komen naast dwangbehandeling en de toepassing van mechanische middelen/fixatie ook tal van andere beperkingen van rechten aan de orde. In deze paragraaf richten wij ons op afzondering/separatie.

In de context van Wet Bopz/Wvvgz kan afzondering plaatsvinden onder de twee verschillende regimes die eerder ook al met betrekking tot fixatie werden genoemd, namelijk in de vorm van een dwangbehandeling (als afzondering is opgenomen in het behandelingsplan) of als middel en maatregel. Zie hiervoor.

In de forensische sector regelen zowel de Pbw als de Bvt plaatsing in afzondering naast de in deze beide wetten geregelde mogelijkheden voor dwangbehandeling. Waar deze dwangbehandeling nog een directe zorggerelateerde connotatie heeft, is dat bij afzondering niet altijd het geval. Afzondering is bijvoorbeeld ook mogelijk indien dit in het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting is, dan wel noodzakelijk is voor een ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeneming (Pbw), op verzoek van de gedetineerde (Pbw) of ter bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen (Bvt). Dit laat zien dat in die context andere dan zorggerelateerde overwegingen een rol kunnen spelen. De duur verschilt. De Pbw gaat uit van (verlengings)termijnen van telkens twee weken, en de Bvt van (verlengings)termijnen van telkens vier weken.

Met betrekking tot de justitiële jeugdinrichtingen worden in de Bij criteria voor afzondering genoemd die overeenkomen met die van de Pbw en de Bvt, maar wel hanteert de Bij veel kortere termijnen. Plaatsing in afzondering kan als ordemaatregel ten hoogste enkele dagen duren, maar langer als deze wordt toegepast als disciplinaire straf, in welk geval van opsluiting in een strafcel wordt gesproken. Nu uit het onderzoek blijkt dat het onderscheid tussen ordemaatregelen en disciplinaire straffen in de context van een opvoeding en behandeling gericht klimaat in een justitiële jeugdinrichting niet scherp te maken is en ook door de jeugdigen zelf niet begrepen wordt, zou de handhaving van dit onderscheid een punt van discussie moeten zijn bij het opstellen van hiervoor (aanbeveling 33) bepleite Beginselenwet gesloten jeugdinstellingen. Daarbij moeten dan ook de gronden waarop tijdelijke afzondering mogelijk wordt gemaakt, worden herbezien. Op dit punt is er ook een groot verschil tussen de justitiële jeugdinrichtingen die onder de Bij vallen en de gesloten jeugdhulp. De Jeugdwet maakt tijdelijke afzondering mogelijk “om de met de jeugdhulp beoogde doelen te bereiken of voor zover dat noodzakelijk is voor de veiligheid van de jeugdige of anderen”. Overigens is de Jeugdwet weinig specifiek geregeld over aspecten als de duur van de maatregel of de evaluatie ervan. De evaluatie van een maatregel als tijdelijke afzondering vindt plaats via het hulpverleningsplan, waarin deze maatregel dient te worden opgenomen. Daarin worden dan tevens “tevens de gevallen waarin en de termijn gedurende welke de maatregelen kunnen worden toegepast” omschreven. Het hulpverleningsplan, en dus ook een daarin opgenomen maatregel van tijdelijke afzondering “wordt zo vaak geëvalueerd als in het belang van de jeugdige noodzakelijk is”. Dat is een formulering die, in vergelijking met bijvoorbeeld de regeling van de Bij zowel meer als minder rechtsbescherming kan opleveren, al naar gelang hoe die formulering in de praktijk wordt geoperationaliseerd. Afzondering in een noodsituatie kan op basis van de Jeugdwet, en net als bij de Bopz, voor ten hoogste zeven dagen plaatsvinden. In het geval van afzondering in de context van een behandelingsplan gelden met betrekking tot een jeugdige onder de Wet Bopz nog de in die wet opgenomen termijnen voor

herbeoordeling van de noodzaak van een dwangbehandeling. In de Jeugdwet zijn ter zake in het geheel geen (herbeoordelings)termijnen opgenomen.

Wat we hier zien is een thema dat in alle sectoren aan de orde is, maar – qua criteria en procedurele aspecten – op (zeer) uiteenlopende manieren is geregeld. Waar het gaat om de verschillen in criteria zijn die, gelet op de kenmerken van de betreffende sectoren, deels te begrijpen. In een justitiële context zal naar mag worden aangenomen vaker dan in een Bopz/Wvggz-setting afzondering ter handhaving van de orde voorkomen. In dat licht valt voor enige differentiatie van toepassingscriteria iets te zeggen. Waar het gaat om elementen van procedurele rechtsbescherming (zoals waarborgen voor een zorgvuldige besluitvorming, evaluatiemomenten, termijnen, dossievoering, registratie en interne monitoring, mogelijkheden om tegen de beslissing tot toepassing op te komen) is dat niet of minder het geval. De bij dit rapport gevoegde schema's laten ten aanzien van deze punten tal van verschillen zien, ook waar het gaat om het niveau van detaillering van de regelgeving. Wij beperken ons hier tot een generieke aanbeveling.

#### *Aanbeveling 48*

*Trek de regelingen in de verschillende wetten met betrekking tot afzondering/separatie, zoveel mogelijk gelijk, zowel waar het gaat om de duur en herbeoordeling van beslissingen, als om aspecten als dossievoering en monitoring). Met betrekking tot jeugdigen is het van belang daarbij ook te kijken naar de grond voor toepassing en naar het binnen de Bij gehanteerde, maar slecht werkbare onderscheid tussen ordemaatregelen en disciplinaire straffen.*

### **Thema 7: urinecontrole, onderzoek in het lichaam**

Urinecontrole is een voorbeeld van een maatregel die niet in alle sectoren wettelijk mogelijk is. In de Wet Bopz is urinecontrole niet geregeld, en in de Wvggz lijkt dat ook niet het geval te zijn. Deze laatste wet bepaalt in art. 3:2 onder j dat controle op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen mogelijk is, maar laat zich niet uit over de vraag welke controles geoorloofd zijn. In het licht van het bepaaldheidsvereiste moet worden aangenomen dat urinecontrole een specifiekere wettelijke grondslag vereist dan door art. 3:2 onder j Wvggz geboden wordt. Om misverstanden te voorkomen dient de wetgever hier duidelijkheid te bieden.

#### *Aanbeveling 49*

*De wetgever dient te verhelderen wat de strekking is van art. 3:2 onder j Wvggz.*

Zowel de Pbw als de Bvt maken het mogelijk urine te controleren op aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen, indien dit noodzakelijk is in het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting dan wel in verband met de verlening van verlof. Met betrekking tot justitiële jeugdinrichtingen bevat de Bij een vergelijkbare regeling. Daarbij kan het ook gaan om urinecontrole in relatie tot overplaatsing of de toestemming om de inrichting te verlaten. In de gesloten jeugdhulp laat de wetgeving toe dat urinecontrole in het hulpverleningsplan wordt opgenomen, om te controleren of hetgeen in het hulpverleningsplan is opgenomen, wordt nagekomen of om te voorkomen dat de jeugdhulp aan andere jeugdigen wordt tegengewerkt.

Ten aanzien van dit onderwerp is dus sprake van een wettelijk onderscheid tussen de sector GGZ enerzijds en de beide andere sectoren (forensisch, jeugd) anderzijds. In beide laatstgenoemde sectoren overheersen overwegingen (beveiliging, opvoedingsproblematiek) die in de sector GGZ minder een rol spelen. Vanuit die optiek gezien, zijn de genoemde verschillen tot op zekere hoogte te begrijpen. Wel moeten kanttekeningen worden geplaatst bij urinecontroles in het kader van de opvoeding. Uit het onderzoek blijkt dat daar in de gesloten jeugdhulp veelvuldig gebruik van wordt gemaakt en het is de vraag in hoeverre dat te rechtvaardigen is.

Vergelijkbare verschillen bestaan ook met betrekking tot een maatregel als onderzoek in het lichaam. Die maatregel is in de GGZ niet toegestaan, in de drie justitiële beginselenwetten (Pbw, Bvt en Bjj) wel, en in de gesloten jeugdhulp beperkt. Het ligt er daarbij aan wat onder onderzoek in het lichaam wordt verstaan, want volgens de toelichting op de Bjj kan dat gaan om verdergaand onderzoek van hollen en openingen, maar ook om het nemen van een röntgenfoto of het inbrengen van een endoscoop in de slokdarm of endeldarm wanneer de jeugdige verboden of gevaarlijke voorwerpen heeft ingeslikt. Die laatste onderzoeken zijn volgens de Jeugdwet mogelijk in het kader van gedwongen medische handelingen.

Is er aanleiding de wettelijke bepalingen met betrekking tot urinecontrole en onderzoek in het lichaam te harmoniseren, in die zin dat beide maatregelen ook mogelijk worden gemaakt in deelgebieden waar dat nu niet het geval is? Met betrekking tot urinecontrole lijkt hiervoor veel te zeggen, nu het domein van Wet Bopz/Wvggz het enige lijkt te zijn waar dit niet mogelijk is (tenzij de regering art. 3:2 onder j Wvggz extensief interpreteert, zie aanbeveling 49 hierboven). De vergelijkbaarheid van problemen en risico's die zowel in de (jeugd en volwassenen)GGZ, de gesloten jeugdhulp en de forensische zorg aan de orde kunnen zijn, is een argument om urinecontroles ook in de Wet Bopz/Wvggz een plaats te geven.

#### *Aanbeveling 50*

*Neem in de Wet Bopz en de Wvggz een regeling op die urinecontrole mogelijk maakt en normeert.*

Ten aanzien van onderzoek in het lichaam ligt dit anders. Dan is sprake van een forse inbreuk op de lichamelijke integriteit die een bijzondere rechtvaardiging behoeft. Het is zeer de vraag of de overheveling van een dergelijke maatregel uit het 'justitiële' domein naar de (jeugd- en volwassenen)GGZ en de gesloten jeugdhulp te rechtvaardigen valt. Wij hebben voor een dergelijke harmonisatie van wetsbepalingen geen argumenten aangetroffen.

#### *Aanbeveling 51*

*Onderzoek in het lichaam is in het domein van de justitiële beginselenwetten wel mogelijk, en in het domein van Wet Bopz/Wvggz/Jeugdwet niet. Aan te bevelen is om die situatie zo te houden.*

## **Thema 8: cameraobservatie**

Een ander thema dat in sommige sectoren wel wettelijk geregeld is en in andere niet, is cameraobservatie. In de Wet Bopz, de Wvvgz, de WZD en de Jeugdwet komt dit onderwerp niet expliciet in de wet zelf aan de orde, in de Bjj wel. Volgens deze wet kan de directeur besluiten dat een jeugdige die in een afzonderings- of een strafcel verblijft dag en nacht door middel van een camera wordt geobserveerd. Dit is mogelijk indien noodzakelijk ter bescherming van de geestelijke of lichamelijke toestand van de jeugdige.

In de forensische zorg laat de Bvt cameraobservatie toe in combinatie met afzondering of separatie, als dat ter bescherming van de geestelijke of lichamelijke toestand van de verpleegde noodzakelijk is. Alvorens hiertoe te besluiten wint het hoofd van de inrichting het advies in van een psychiater of arts, tenzij daarvoor de tijd ontbreekt. De Pbw bevat een vergelijkbare regeling, onder meer in het geval van plaatsing van betrokkene in een afzonderingscel. In deze in de Bvt en de Pbw geregelde gevallen is de duur van de cameraobservatie gekoppeld aan de duur van de afzondering/separatie.

In de praktijk van de GGZ komt cameraobservatie wel degelijk voor. Om die reden is door GGZ-Nederland in 2013 een uitvoerige richtlijn 'cameragebruik in ggz-instellingen' gepubliceerd, waarin criteria en zorgvuldigheidseisen zijn opgenomen. Vanwege de rechtspositie van betrokkene dient in alle gevallen waarin de combinatie van afzondering/separatie en cameraobservatie voorkomt in een wettelijke basis te zijn voorzien, alleen al om (vervolgens) te kunnen bepalen dat de beslissing tot cameraobservatie aan klachtrecht onderhevig is (zoals het geval is in Pbw, Bvt en Bjj).

### *Aanbeveling 52*

*In de Wet Bopz, de Wvvgz en de WZD (en mogelijk ook de Jeugdwet) dient te worden voorzien in een expliciete wettelijke basis voor cameraobservatie.*

## **Thema 9: beperking van briefverkeer**

In verschillende onderzochte wetten zijn (minimum)rechten op communicatie met de buitenwereld opgenomen. De drie justitiële beginselenwetten zijn daarvan voorbeelden. Die communicatie omvat onder meer briefverkeer, telefoonverkeer en bezoek. Op specifieke deelaspecten zijn evenwel weer beperkingen mogelijk. Ter illustratie behandelen wij hier het thema 'beperking van briefverkeer'. De Wet Bopz regelt in art. 40 lid 1 dat poststukken gericht aan of afkomstig van een onvrijwillig opgenomen patiënt kunnen worden gecontroleerd op meegezonden voorwerpen. Dit dient te gebeuren in aanwezigheid van de patiënt. In art. 8:14 lid 3 Wvvgz is een vergelijkbare regeling opgenomen. Beide wetten bieden geen basis voor een inhoudelijke beperking van het recht op briefverkeer.

De wetgeving met betrekking tot jeugdigen voorziet wel in inhoudelijke beperkingen. De Jeugdwet maakt het mogelijk het recht op briefverkeer te beperken, als dat nodig is om de met de jeugdhulp beoogde doelen te bereiken. Ook de Bjj voorziet in die mogelijkheid. Deze wet laat toezicht op de inhoud van brieven toe, onder meer door ze te kopiëren. De gronden daarvoor worden genoemd in art. 41 lid 4 Bjj (onder meer: handhaving orde en veiligheid in de inrichting, de geestelijke of lichamelijke ontwikkeling van de jeugdige en voorkoming van strafbare feiten).



De meest vergaande beperkingen van het recht op briefverkeer zijn te vinden in de Pbw en de Bvt. Daarbij kan het zowel gaan om een controle in de inhoud van de brief als om controle op bijgesloten voorwerpen, en besloten worden een brief niet te verzenden of uit te reiken. Criteria zijn onder meer de bescherming van de maatschappelijk tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde, de afwending van gevaar voor diens gezondheid en de bescherming van de slachtoffers van het door de verpleegde gepleegde strafbare feit.

Ten aanzien van dit thema doen zich dus aanzienlijke verschillen voor tussen de sectoren. De Bjj, de Pbw en de Bvt voorzien in de meest vergaande beperkingen. Deze beperkingen hangen nauw samen met de strafrechtelijke context van deze regelingen en met het belang dat daarin wordt gehecht aan ordehandhaving. Mede om die reden ligt het gelijktrekken van de bepalingen in Wet Bopz, Wvvggz en Jeugdwet met die in de drie justitiële beginselenwetten niet voor de hand.

### *Aanbeveling 53*

*De drie justitiële beginselenwetten en de Jeugdwet laten beperkingen van het recht op briefverkeer wel toe, maar Wet Bopz/Wvvggz niet. Aan te bevelen is om die situatie zo te houden.*

Vergelijkbare verschillen tussen de sectoren doen zich voor met betrekking tot het recht op bezoek en het recht op telefoongesprekken (zie nader de bij dit rapport opgenomen schema's). Ook ten aanzien van deze rechten ligt gelijktrekking niet voor de hand.

### **Thema 10: onderzoek verblijfsruimte en inbeslagneming spullen**

De Wet Bopz regelt niet het onderzoek van de kamer/verblijfsruimte van de patiënt, maar wel (art. 36 lid 3) het ontnemen van voorwerpen die een gevaar kunnen zijn voor de veiligheid van de patiënt of voor de goede gang van zaken in het ziekenhuis. Daartoe mag de patiënt aan kleding en lichaam worden onderzocht. Ook de Wvvggz bevat dergelijke bepalingen, gericht op voorwerpen “die betrokkene niet in zijn bezit mag hebben of die een aanzienlijk risico op ernstige schade veroorzaken”. De Jeugdwet laat onderzoek aan lichaam of kleding alsmede kamerinspectie toe, op basis van het hulpverleningsplan of in noodsituaties. De maatregel moet nodig zijn om de met de jeugdhulp beoogde doelen te bereiken of om te voorkomen dat de jeugdhulp aan andere jeugdigen wordt tegengewerkt. De Bjj formuleert ter zake criteria in relatie tot het algemene toezicht op de aanwezigheid van verboden voorwerpen en de handhaving van de orde en veiligheid in de inrichting. Ook op dit punt zijn de meest strikte regelingen te vinden in de Pbw, de Bvt en de Bjj. De daar genoemde criteria betreffen zowel de orde en veiligheid in de inrichting, als de bescherming van de samenleving tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde en de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen.

In dit geval is er vooral sprake van graduele verschillen tussen de wettelijke regelingen uit de verschillende sectoren. In de justitiële beginselenwetten ligt de nadruk veel sterker op beveiligingsmotieven dan in de andere regelingen. De graduele verschillen die bestaan, kunnen worden verklaard door verschillen in de kenmerken en doelstellingen van de verschillende sectoren. Dit zijn voor de hand liggende verschillen.

## **Thema 11: medisch dossier: bewaartermijn en inzage/vernietiging**

In eerdere hoofdstukken van dit rapport is herhaalde malen aandacht besteed aan gedwongen zorg in een voorwaardelijke context. De zorg aan betrokkene is dan geformuleerd als een voorwaarde voor het niet ten uitvoer leggen van een andere (veelal vrijheidsbenemende) maatregel. Betrokkene ondergaat de zorg in zo'n geval formeel op vrijwillige basis. Dit betekent dat hij niet te maken kan krijgen met beperkingen zoals hiervoor genoemd (tenzij hij met die beperkingen 'instemt', omdat die noodzakelijk worden geacht voor een goede zorgverlening, en bij weigering om in te stemmen ten uitvoerlegging van de 'achterliggende' vrijheidsbeneming dreigt). Zijn inhoudelijke rechtspositie wordt dan bepaald door de WGBO, onder meer waar het gaat om de bewaartermijn van medische gegevens en het recht op inzage daarvan. De WGBO-bewaartermijn is in beginsel 15 jaar. Op grond van deze wet heeft de patiënt een zeer ruim inzage- en vernietigingsrecht.

De Wet Bopz bepaalt dat een dossier met betrekking tot een onvrijwillige opname in beginsel 5 jaar bewaard wordt. De patiënt heeft recht op inzage van het dossier, maar anders dan op grond van de Wgbo is van een recht op vernietiging geen sprake. De Bopz-patiënt kan niet bewerkstelligen dat zijn dossier binnen de wettelijke bewaartermijn van 5 jaar wordt vernietigd. Na 5 jaar kan de patiënt wel om vernietiging verzoeken (art. 3 Besluit patiëntendossier Bopz). Art. 8:27 Wvvgz bevat een iets anders opgezette regeling, die ongeveer op hetzelfde neerkomt. De Wvvgz noemt een bewaartermijn van 15 jaar, waarbij gedurende de eerste vijf jaar het recht op vernietiging van de patiënt niet van toepassing is.

De Jeugdwet sluit aan bij de huidige Wgbo-regeling van het dossier. Art. 7.3.8 van de Jeugdwet bepaalt dat een dossier in beginsel 15 jaar bewaard wordt. Op grond van art. 7.3.9 en art. 7.3.10 heeft betrokkene in beginsel recht op inzage en vernietiging van zijn dossier. Anders dan in de Wet Bopz geldt in de Jeugdwet geen opschorting van het recht op vernietiging gedurende 5 jaar. Dat laatste zou in het geval van gedwongen jeugdhulp in het kader van een machtiging gesloten jeugdhulp voor de hand liggen.

In het domein van de Bvt gaat het om het 'verpleegdedossier'. Dit dossier wordt gedurende 10 jaar bewaard (art. 32 Reglement verpleging terbeschikkinggestelden). Verpleegden hebben een inzage-recht op grond van art. 20 Bvt. Dat recht op inzage mag echter verdergaand beperkt worden dan onder Wgbo, Wet Bopz/Wvvgz en Jeugdwet het geval is. Naast de in deze wetten gebruikelijke uitzonderingsgrond (de bescherming van de privacy van derden) laat art. 20 lid 2 Bvt ook een beperking toe "indien dit noodzakelijk is ter afwending van ernstig gevaar voor de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting". Een tweede afwijking van het systeem van Wgbo/Wet Bopz/Wvvgz is dat de verpleegde geen wettelijk recht op vernietiging van het 'verpleegdedossier' heeft gedurende de bewaartermijn van 10 jaar. Beide afwijkingen van Wgbo/Wet Bopz/Wvvgz zijn te verklaren uit de specifieke context van de maatregel van terbeschikkingstelling. Los daarvan is het echter de vraag of de positie van verpleegden onder de Bvt zo specifiek is, dat zij in het geheel geen recht op vernietiging hebben, ook niet na ommekomst van een aantal jaren.

### *Aanbeveling 54*

*Overweeg mogelijkheden om (ex) verpleegden onder de Bvt een recht op vernietiging van het verpleegdedossier te geven.*

Geconcludeerd kan worden dat huidige verschillen in bewaartermijnen door de komende wetgeving worden verkleind. De WGBO hanteert reeds het uitgangspunt van 15 jaar. De Wvvggz en de Jeugdwet nemen deze termijn over. Gelet op het grensverkeer tussen de GGZ en de forensische zorg, en de in dat kader relevante uitwisseling van medische gegevens, lijkt het dan logisch ook in het Bvt-domein te kiezen voor een bewaartermijn van 15 jaar.

### *Aanbeveling 55*

*Wijzig de in het Reglement verpleging terbeschikkinggestelden genoemde bewaartermijn van het verpleegdedossier van 10 in 15 jaar.*

## **Thema 12: klachtrecht**

Het klachtrecht is een belangrijk onderdeel van de rechtspositie van een persoon die met gedwongen zorg wordt geconfronteerd. Ten aanzien van dit onderwerp bestaan tussen, en soms ook binnen sectoren, grote verschillen. Deze verschillen betreffen zowel de uitgangspunten en het systeem, als de uitwerking op onderdelen.

In de eerste plaats de hoofdlijnen. In de sector GGZ is in algemene zin de klachtenregeling van de huidige Wet klachtrecht cliënten zorgsector van belang. Deze wet voorziet in een klachtencommissie (= algemene commissie) met een onafhankelijk voorzitter, die een niet-bindend oordeel uitspreekt over een klacht en aanbevelingen aan de zorgaanbieder kan doen. Deze klachtenregeling is ook van toepassing op patiënten die krachtens een Bopz-maatregel onvrijwillig zijn opgenomen, voor zover het gaat om klachtgronden die de Wet Bopz niet worden genoemd. Met betrekking tot deze patiënten bevat de Wet Bopz wel een nadere klachtenregeling. Deze regeling is beperkt tot een zestal klachtgronden. Daarbij gaat het om beslissingen inzake dwangbehandeling, het toepassen van dwangmiddelen en vrijheidsbeperkingen en enkele daarmee samenhangende kwesties. Over deze klachten oordeelt een commissie (= bijzondere commissie) die aan vrij strakke termijnen is gebonden (2 of 4 weken) en die een bindende beslissing neemt. Tegen deze beslissing van de commissie kan de patiënt in beroep gaan bij de rechtbank. Binnen het Bopz-deelgebied psychiatrie kan de patiënt voorts de steun inroepen van een bij wet geregelde, onafhankelijke patiëntenvertrouwenspersoon. De Wvvggz en de WZD nemen dit systeem in grote lijnen over. Verschillen zijn dat de bijzondere commissie niet langer gekoppeld is aan een instelling, dat aan deze commissie een iets breder spectrum van klachten kan worden voorgelegd, en dat de WZD nu ook voor de sector PG en VG een cliëntenvertrouwenspersoon verplicht stelt.

Binnen de forensische sector is een ander systeem van toepassing. Het systeem biedt elke justitiabele kort gezegd een rechtspositie tegen beslissingen die door de directeur jegens hem worden genomen. In dat systeem wordt een centrale plaats ingenomen door een aan elke afzonderlijke instelling gekoppelde commissie van toezicht die als beklagrecht in eerste aanleg functioneert. In hoger beroep beslist de RSJ. Als onderdeel van de commissie van toezicht functioneert in de instellingen een zogenaamde maandcommissaris, die (onder andere) een informele, bemiddelende rol kan spelen bij klachten en conflicten. Het systeem van het klachtrecht is voor een belangrijk deel ingericht op het kunnen aanvechten van beslissingen van de directeur waarin van de aan de gedetineerde/verpleegde toekomstige rechten in concrete gevallen wordt afgeweken. Daarbij zal het dus niet alleen om

toepassen van gedwongen zorg en de in dat kader bestaande rechten gaan. Klachten worden in formele zin behandeld door een beklagcommissie uit de commissie van toezicht. Tegen uitspraken van deze beklagcommissie kan beroep worden ingesteld bij de Raad voor de Strafrechtstoepassing en de Jeugdbescherming (RSJ). In bepaalde gevallen kan een justitiabele zich direct tot de RSJ wenden. Een belangrijk verschil met de regeling in de GGZ is, dat de commissie van toezicht een bredere taak heeft dan klachtenbehandeling. De commissie combineert klachtenbehandeling met het uitoefenen van intern toezicht. Om die reden moet bijvoorbeeld de toepassing van bepaalde ingrijpende maatregelen (zoals dwangbehandeling) bij de commissie worden gemeld (zie ook hiervoor thema 4).

Een ander verschil met de GGZ-regeling is dat ook de directie van de instellingen bij de RSJ in beroep kunnen gaan tegen een uitspraak van de beklagcommissie. De Wet Bopz, de Wvvgz en de WZD geven deze beroepsmogelijkheid alleen aan de klager. Daarover is in de deze sector al lange tijd discussie gaande. Het ligt voor de hand te bepalen dat ook de aangeklaagde in het kader van een klachtenprocedure beroep kan instellen. Tegen de achtergrond van de steeds verdergaande 'vervlechting' tussen de sectoren valt niet te verdedigen dat aan de kant van Bij, Bvt en Pbw een instelling wel een beroepsmogelijkheid heeft en aan de kant van Wet Bopz, Wvvgz en WZD niet.

#### *Aanbeveling 56*

*Pas de klachtenregelingen van Wvvgz en WZD zodanig aan, dat ook zorgaanbieders/instellingen in beroep kunnen gaan tegen beslissingen van een klachtencommissie.*

De RSJ speelt overigens ook een, zij het beperkte rol binnen het domein van de WZD. Art. 49 van dat wetsvoorstel bepaalt, dat met betrekking tot personen die met een forensische titel in een WZD-setting terecht komen het WZD-klachtrecht deels niet van toepassing is, namelijk waar het gaat over de aan de minister van V&J toekomende beslissingsbevoegdheid inzake overplaatsing, verlof en ontslag. Tegen beslissingen ter zake kan betrokkene in beroep gaan bij de RSJ.

Het systeem van de commissie van toezicht en de maandcommissaris en het beroep op de RSJ is ook van toepassing binnen de justitiële jeugdinstellingen, op basis van de Bij. Aldaar vervult de maandcommissaris ook de functie van de vertrouwenspersoon, als bedoeld in art. 4.1.9 Jeugdwet. Met betrekking tot instellingen voor gesloten jeugdhulp is een vertrouwenspersoon voorgeschreven. Daarnaast fungeert in deze instellingen een algemene klachtencommissie, die is gemodelleerd naar de regeling uit de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. Tegen oordelen van deze klachtencommissie staat in beginsel, net zomin als in de GGZ, beroep open. Waar het echter gaat om vrijheidsbeperkende maatregelen in de gesloten jeugdhulp fungeert deze commissie echter ook als bijzondere klachtencommissie (vergelijkbaar met die in de Wet Bopz). In die gevallen neemt de commissie bindende beslissingen op een klacht. In die gevallen is ook beroep mogelijk, maar anders dan in de Bopz niet op de rechtbank. Beroep kan worden ingesteld bij (een beroepscommissie uit) de RSJ.

Dit complexe, en vooral historisch gegroeide, geheel houdt in, dat op het niveau van de wetgeving inzake gedwongen zorg als zodanig, door verschillende instanties wordt geoordeeld over klachten die vergelijkbare onderwerpen betreffen (in het bijzonder vrijheidsbeperkingen en dwangbehandeling). Gelet op het grensverkeer tussen instellingen en sectoren, de wisselingen van rechtspositie die daarbij

aan de orde kunnen zijn, is het goed mogelijk dat een justitiabele met verschillende klachtsystemen te maken krijgt:

- systeem 1: patiënten- of cliëntenvertrouwenspersoon + klachtencommissie + beroep op de rechter;
- systeem 2: beklagcommissie uit de commissie van toezicht + beroep op de RSJ.
- Systeem 3: vertrouwenspersoon + klachtencommissie + beroep op de RSJ.

In het eerste en derde systeem ligt op het niveau van de patiëntenvertrouwenspersoon meer nadruk op ondersteuning vanuit het perspectief van de patiënt zelf dan in systeem 2 het geval is. Dat heeft deels te maken met het feit dat systeem 2 ook waarborg voor rechtspositie bevat buiten het kader van (gedwongen) zorg. In systeem 2 is voorzien in automatische attendering van de maandcommissaris en de commissie van toezicht op bepaalde ingrijpende beslissingen die jegens een justitiabele worden genomen. Daarmee vergeleken hebben de instanties uit systeem 1 en 3 een lijdelijker rol. Zie daarover ook thema 4, aanbeveling 44.

Waar het gaat om de effectiviteit van beide systemen, kunnen op grond van dit onderzoek geen zodanig harde uitspraken worden gedaan dat een aanbeveling mogelijk is tot keuze van een van beide modellen. Wel bieden de empirische onderzoeksresultaten serieuze steun voor de aanname dat de pvp en vertrouwenspersoon in het algemeen gesproken in bredere en betere rechtsbescherming voorziet dan de maandcommissaris als het gaat om het ondersteunen van klachten op het gebied van het inrichten van zorg. Voorts wordt de commissie van toezicht als beklaginstantie door belanghebbenden gemakkelijker wordt ingeschakeld dan de Bopz-klachtencommissie door Bopz-patiënten. Daarop wijst ook het aantal zaken dat door deze personen en instanties wordt afgehandeld. Daaruit blijkt dat het bereik van de PVP zeer groot is, en dat de Commissie van Toezicht relatief meer klachtzaken krijgt voorgelegd dan de Bopz-klachtencommissie. Hetzelfde geldt voor de klachtenbehandeling in tweede instantie. BOPZ-cliënten vinden maar mondjesmaat de weg naar de gewone rechter, terwijl een beroep op de procedureel gemakkelijk bereikbare RSJ veel vaker voorkomt. De, mede door de beroepsmogelijkheid van de directeur ontstane, brede jurisprudentie van de RSJ is voor het bestaande geheel van de rechtspositie van de justitiabele van wezenlijk belang, maar dat kan, het zij nogmaals gezegd, ook te maken hebben met het feit dat het klachtrecht in de justitiële sector niet alleen rondom de inrichting van zorg een functie heeft.

Dit onderzoek biedt onvoldoende basis voor het beantwoorden van de vraag of een van de beide systemen beter is dan het andere. In alle sectoren zijn respondenten wel tevreden met het 'eigen' systeem. Het verschil tussen beide systemen reflecteert uiteenlopende tradities en invalshoeken (zorg-georiënteerd versus justitie-georiënteerd), maar ook andere visies op de relatie tussen klachtenbehandeling en toezicht. Te overwegen is in elk geval wel om de sterke punten van beide systemen over en weer te benutten. Zo is het voor de GGZ te overwegen de patiëntenvertrouwenspersoon een minder lijdelijke rol te geven, door deze functionaris ook van informatie over (bepaalde) ingrijpende dwangtoepassingen te voorzien, op grond waarvan hij contact kan leggen met de patiënt (zie hiervoor aanbeveling 44). Sterk in het GGZ-model is de oriëntatie van de vertrouwenspersoon op de positie en de opvattingen van de cliënt. Dat is een vorm van 'partisan advocacy' die zijn waarde in deze sector zonder meer bewezen heeft. Dat model zal naar verwachting ook in de forensische sector een belangrijke rechtsbeschermende betekenis hebben bij het vormgeven van de rechtspositie inzake het inrichten van forensische zorg. Eerdere discussies over de wettelijke regeling van een patiëntenvertrouwenspersoon in de Bvt hebben nog niet tot resultaat geleid,

ondanks een toezegging van de toenmalige staatssecretaris Albayrak, om in de TBS-sector een PVP te introduceren. Gelet op de toenemende 'vervlechting' van deze sector met de GGZ is hier veel voor te zeggen. Met betrekking tot de vertrouwenspersoon geeft ook het wettelijke onderscheid tussen de Jeugdwet en de Bjj te denken. Zeer aannemelijk is dat een vertrouwenspersoon ook een belangrijke rol kan spelen in de justitiële jeugdinrichtingen.

#### *Aanbeveling 57*

*Pas de Bvt en de Bjj zodanig aan, dat verpleegden op grond van deze wet de hulp en bijstand kunnen inroepen van een onafhankelijke patiëntenvertrouwenspersoon.*

Uitvoering van deze aanbeveling zal een heroriëntatie vergen op de rol van de maandcommissaris.

De verschillen tussen beide hiervoor genoemde klachtsystemen zijn nader onderzoek waard. Daarbij kan onder meer worden ingegaan op eventuele verschillen in toegankelijkheid tussen een klachtencommissie naar Bopz-model met daarna de gang naar de gewone rechter enerzijds en een Commissie van Toezicht, met daarna beroep op (een orgaan als) de RSJ anderzijds en op mogelijkheden om problemen in die toegankelijkheid te verbeteren. Ook kan meer in het algemeen worden verkend of een Commissie van Toezicht/RSJ-model in de GGZ-sector meerwaarde kan hebben. Zolang beide systemen in hun huidige vorm naast elkaar bestaan, en in beide systemen wordt geoordeeld over vergelijkbare rechtsvragen (bijvoorbeeld over de toepassing van vrijheidsbeperkingen of dwangbehandeling), is het belangrijk dat overleg en afstemming plaatsvindt, om eenheid van 'jurisprudentie' te bewaken en te bevorderen. Het mag bijvoorbeeld niet zo zijn dat ongerechtvaardigde verschillen ontstaan tussen de interpretatie van de criteria voor dwangbehandeling van een Bopz-klachtencommissie en die van een beklagcommissie op grond van Bjj, Pbw of Bvt.

#### *Aanbeveling 58*

*Voorzie in een systeem waarin Bopz-, Wvvgz/WZD en Jeugdwet-klachtencommissies en de commissies van toezicht op de hoogte (kunnen) zijn van elkaars uitspraken over vergelijkbare kwesties (als dwangbehandeling), met het oog op de eenheid van 'jurisprudentie'.*

Een andere mogelijke optie is, om de beroepsmogelijkheid tegen uitspraken van een klachtencommissie op grond van Wet Bopz/Wvvgz/WZD/Jeugdwet enerzijds en commissies van toezicht anderzijds te concentreren bij een en dezelfde instantie. Een orgaan, ingericht naar het model van de RSJ (intern administratief appel met waarborgen omkleed) ligt dan als model eerder voor de hand, ook vanwege de minder hoge procedurele drempels. De taak van de RSJ zelf is nu tot de justitie sector beperkt, en daarom ligt die instantie dan wellicht als zodanig momenteel en naar zijn huidige reikwijdte ligt niet voor de hand, maar een daarmee te vergelijken bredere (advies, maar zeker ook beroeps)instantie zou die rol wel degelijk kunnen spelen en ook overigens een (normatieve) bijdrage kunnen leveren aan het wegnemen van verschillen en onduidelijkheden tussen sectoren. In dat laatste kader is dan het bewaken van rechtseenheid van belang, reden waarom dan wellicht voorziening kan worden gezocht bij de voorbereiding van de reikwijdte van de RSJ.

Ten aanzien van de taken en vormgeving van de functionaris vertrouwenspersoon doen zich overigens verschillen voor die te denken geven. Daarbij gaat het niet zozeer om de wettelijke benaming, maar vooral om de kenmerken van de functie in relatie tot de wettelijke regeling. Die is in de Wvvgz en de WZD vrij uitvoerig, maar in de Jeugdwet (en het Besluit Jeugdwet) summier. Voorkomen moet worden dat binnen het veld van de vertrouwenspersonen uiteenlopende invullingen van de taken en verantwoordelijkheden ontstaan. Het is belangrijk te komen tot een uniforme typering van de taak van deze functionaris, diens oriëntatie op de mening en belangen van de persoon die zijn steun inroept, de in dat kader benodigde bevoegdheden en de relatie tussen het werk van de vertrouwenspersoon en het (interne) toezicht. Zo is het een gemiste kans dat de vertrouwenspersoon in de jeugdhulp niet verplicht is, zoals de PVP in de Wvvgz en de cliëntenvertrouwenspersoon in de WZD wel, signalen over structurele tekortkomingen aan de externe toezichthouder te melden. Daarnaast roept de taakstelling van de CVP zoals geregeld in de WZD en de vertrouwenspersoon zoals geregeld in de Jeugdwet vragen op over de mate waarin zij kunnen opkomen voor respectievelijk de cliënt en jeugdige, nu deze vertrouwenspersonen geacht wordt zowel de WZD-cliant en de jeugdige te ondersteunen bij het uitoefenen van hun rechten als hun vertegenwoordiger respectievelijk (pleeg)ouder. De PVP op grond van Wet Bopz en Wvvgz werkt uitsluitend ten behoeve van de patiënt. Met betrekking tot diens familie (ook in de rol van vertegenwoordiger of (pleeg)ouder) voorziet deze wet in een separate familievertrouwenspersoon.

#### *Aanbeveling 59*

*Formuleer de taken en bevoegdheden van de vertrouwenspersonen zoals geregeld in de Wvvgz, de WZD en de Jeugdwet zoveel mogelijk op een gelijklopende manier. Besteed daarbij aandacht aan belangentegenstellingen die kunnen ontstaan als een vertrouwenspersoon niet alleen ondersteuning geeft aan de jeugdige/cliënt, maar ook aan diens (pleeg)ouders/vertegenwoordiger.*

### **Thema 13: (intern en extern) toezicht**

Toezicht kan worden onderscheiden in een interne en een externe component. Intern toezicht is het systeem dat instellingen die gedwongen zorg verlenen hanteren om te monitoren wat er gebeurt en of er ontwikkelingen zijn die aanleiding geven tot het herzien van beslissingen in individuele gevallen of tot beleidswijzigingen. Dat vergt registratie van gegevens, monitoring en toedeling van verantwoordelijkheden, die overigens verdeeld kunnen zijn over meerdere functionarissen en gremia. In een aantal sectoren is dat wettelijk vrij precies geregeld (Wet Bopz, drie justitiële beginselenwetten). Daar zijn verschillen zichtbaar op het punt van de toedeling van verantwoordelijkheden (aan de geneesheer-directeur, een zorgverantwoordelijke, de directeur van de gevangenis). In de Wvvgz wordt op dit terrein een zeer belangrijke rol gespeeld door de geneesheer-directeur. Zowel in de WZD als in de context van de gesloten jeugdhulp op grond van de Jeugdwet ontbreekt een dergelijke, door de wet krachtig gepositioneerde functionaris. Eerder stelden wij al voor ook in de WZD een centrale rol aan een met de geneesheer-directeur vergelijkbare functionaris te geven (par. 6.4.1, aanbeveling 5). Dat is echter ook van belang in (instellingen voor) de gesloten jeugdhulp, om te voorkomen dat belangrijke beslissingen worden genomen door een groot aantal

individuele betrokkenen, zonder enige regie op punten als kwaliteitsbewaking, eenheid van beleid en de relatie met de externe toezichthouder.

#### *Aanbeveling 60*

*Ook in de gesloten jeugdhulp dient te zijn voorzien in een krachtig gepositioneerde functionaris, die de verantwoordelijkheid heeft voor regie inzake kwaliteitsbewaking, eenheid van beleid en de relatie met de externe toezichthouder.*

Wat dat betreft bestaan in de gesloten jeugdhulp door een optelsom van factoren extra risico's op kwaliteitstekorten en lacunes in de rechtsbescherming: niet alleen ontbreekt in die sector een centrale figuur zoals de geneesheer-directeur in de GGZ, ook is de regelgeving in de Jeugdwet over gedwongen zorg minder uitgewerkt dan in de wetgeving van andere sectoren of deelgebieden daarbinnen. Daar komt nog bij dat de cultuur onder werkers in de gesloten jeugdhulp minder gericht is op registratie en monitoring dan bijvoorbeeld in de GGZ. Dit alles is overigens een reden te meer om de hiervoor genoemde aanbeveling over de melding van signalen door de vertrouwenspersoon aan de externe toezichthouder (aanbeveling 59) te realiseren.

Een andere vorm van intern toezicht is aan de orde in de instellingen die onder de Pbw, de Bvt en de Bij vallen. Zoals eerder opgemerkt vervult daar de commissie van toezicht zowel taken op het punt van toezicht als op het terrein van de klachtenbehandeling. Dat heeft als voordeel dat de relatie tussen individuele klachten en lacunes in het beleid van instellingen snel kan worden gelegd. In de sector GGZ vergt het een activiteit van de instelling zelf om uit individuele klachten kwaliteitsinformatie te genereren.

Het externe toezicht wordt in de sectoren GGZ en jeugd met name uitgevoerd door de Inspectie voor de Geestelijke Gezondheidszorg en de Inspectie Jeugdzorg. Deze beide inspecties hebben overigens ook verantwoordelijkheden ten aanzien van bepaalde activiteiten en praktijken in justitiële instellingen. Zo moeten dwangbehandelingen in die instellingen ook worden gemeld bij de Inspectie voor de Gezondheidszorg, zoals voor GGZ-instellingen geldt op grond van de Wet Bopz. Geneeskundig handelen in een justitiële instelling valt ook via de Kwaliteitswet zorginstellingen onder het toezicht van de zorginspectie. Daarnaast heeft in de justitiële setting de minister van V&J een belangrijke toezichthoudende verantwoordelijkheid, en wordt toezicht uitgeoefend door de Inspectie Veiligheid en Justitie.

In de huidige Wet Bopz is het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg sterk gericht op de individuele patiënt. Dat de Wvvggz en WZD volstaan met een globalere aanduiding van het beoogde inspectietoezicht past beter bij moderne opvattingen over toezicht. De vraag komt echter op of de benadering van de Wvvggz en WZD niet te globaal is. Inspectietoezicht bij dwangtoepassing is en blijft een belangrijk onderdeel van de keten van rechtsbescherming. Die keten is bijvoorbeeld in de Wvvggz op meerdere punten versterkt (taakverbreding voor rechter, advocaat, patiëntenvertrouwenspersoon en geneesheer-directeur), maar juist niet met betrekking tot de Inspectie. Afdoende toezicht is voorwaarde voor een gelegitimeerde toepassing van dwang en heeft ook doorwerking in het maatschappelijk vertrouwen in een juiste praktijk, die door voornamelijk private partijen wordt vormgegeven. Het is van belang dat de inspectie op gezette tijden ook feitelijke dwangtoepassing op



rechtmatigheid toetst en de wettelijke regeling zou ten minste een dergelijke norm mogen bevatten. Een en ander klemmt te meer nu in alle sectoren duidelijke ontwikkelingen naar ambulantisering gaande zijn, zowel in de praktijk als in de (voorgenomen) wetgeving. Dit roept vragen op over de mogelijkheden om op gedwongen zorg in die ambulante praktijk (ook in thuissituaties) goed toezicht te kunnen houden. Toezicht op ambulante dwang vormt vanuit een oogpunt van rechtsbescherming een belangrijk punt van aandacht. Dit is met name aan de orde in de context van Wvvgg en WZD. Van belang is dat de door de Inspectie voor de Gezondheidszorg bij haar toezicht te hanteren normen voldoende duidelijk respectievelijk geconcretiseerd zijn.

#### *Aanbeveling 61*

*Het belang van goed toezicht vergt binnen het domein van de Wvvgg en de WZD een nadere inhoudelijke (wettelijke) regeling, onder meer waar het gaat om het houden van toezicht op ambulante toepassingen van dwang.*

## **6.6 De onderzoeksvragen: een afsluitende reactie op systeemniveau**

Deze thematische wetsevaluatie bestrijkt een zeer omvangrijk en complex terrein. Het antwoord op de in par. 6.1 genoemde onderzoeksvragen ligt besloten in de conclusies en aanbevelingen die in de par. 6.2 tot en met 6.5 aan de orde zijn gekomen. Deze conclusies en aanbevelingen reflecteren de breedte en complexiteit van het onderzochte domein, en illustreren zowel de samenhang als de verschillen tussen de verschillende sectoren en deelgebieden daarbinnen. In deze afsluitende paragraaf reageren wij in algemene zin op de onderzoeksvragen. Daarbij richten wij ons vooral op het systeemniveau.

*1 Hoe is de rechtspositie van jeugdigen en volwassenen aan wie gedwongen zorg is opgelegd geregeld in de relevante huidige en voorgenomen wetgeving? Welke verschillen zijn er en zijn die verklaarbaar en te rechtvaardigen?*

In de hoofdstukken 3 tot en met 5 en de daarbij behorende schema's, zijn uitvoerige analyses te vinden van de huidige en de voorgenomen wetgeving op het gebied van de gedwongen zorg. Uit die analyses komen tal van verschillen in rechtspositie naar voren, verschillen die ten dele verklaarbaar en te rechtvaardigen zijn. Met name in par. 6.5 hebben wij op een aantal punten voorgesteld verschillen weg te nemen, omdat daarvoor onvoldoende gronden bestaan. Tegelijkertijd maakt het onderzoek duidelijk dat het een illusie is te denken dat op een 'case by case' basis kan worden beoordeeld of harmonisatie wenselijk is, en zo ja, tot welke concrete wettelijke regeling dat zou moeten leiden. Dat heeft er mee te maken, zoals wij in par. 6.2 al constateerden, dat de onderzochte wettelijke regelingen verschillende doelen nastreven, en deels gebaseerd zijn op verschillende uitgangspunten en concepten van rechtsbescherming. Vaak gaat het daarbij, per wet, om bewuste keuzes van de wetgever. Zo kiest de Jeugdwet met betrekking tot de gesloten jeugdhulp voor een, deels op de Wet Bopz gebaseerde, globale regeling van aspecten van gedwongen zorg, waar de Bjj, in het voetspoor van de andere justitiële beginselenwetten, veel gedetailleerder is uitgewerkt. Daarnaast is gedwongen zorg in de Jeugdwet vormgegeven door middel van wettelijke beperkingen, terwijl het in de Bjj gaat om uitzonderingen op wettelijke rechten. Ook de Wvvgg en de WZD lopen zoals eerder

gezegd sterk uiteen, waar het gaat om de aard en uitwerking van de geboden rechtsbescherming. Enerzijds staan dergelijke verschillen niet in de weg aan een thematische vergelijking zoals deze in par. 6.5 is opgenomen, en leidt deze vergelijking tot een aantal aanbevelingen voor harmonisatie, anderzijds staan conceptuele verschillen tussen wetten daaraan uiteraard ook in de weg. Werkelijke harmonisatie op (deel)themaniveau is dan pas mogelijk nadat de verschillen in uitgangspunten en concepten van rechtsbescherming tussen wetten zijn weggenomen of verminderd, zo zulks al mogelijk of wenselijk is. Het zal dus altijd moeten gaan om harmonisatie op twee niveaus: op het niveau van de wettelijke regelingen als zodanig, inclusief de daaraan ten grondslag liggende uitgangspunten en beginselen, en op het niveau van deelthema's binnen wettelijke regelingen. Handhaving of vergroting van verschillen op het eerste niveau zullen harmonisatie op het tweede niveau voortdurend in de weg staan. Dat vraagt om meer wetgevingsregie dan waarvan tot nu toe sprake is (zie daarover nader par. 6.3). Het is juist ook mede tegen deze achtergrond dat wij kritische kanttekeningen plaatsen bij de aanzienlijke verschillen tussen Wvvgz en WZD. Dat geldt ook voor de in de Wfz nog niet consequent doorgedachte overgangsmogelijkheden tussen strafrecht en GGZ, die mede gecompliceerd worden door de grote toename aan voorwaardelijke titels van zorg in strafrechtelijk kader.

De zojuist genoemde problematiek is in de zorg voor jeugdigen nog in verhevigde mate aan de orde, aangezien in die sector drie verschillende wettelijke regimes van toepassing kunnen zijn: in de jeugd-GGZ de Wet Bopz (en in de toekomst de Wvvgz), in de gesloten jeugdhulp de Jeugdwet en in de justitiële jeugdinrichtingen de Bjj. De Jeugdwet is deels geënt op de Wet Bopz, maar hanteert in een aantal opzichten, bijvoorbeeld waar het gaat om toezicht, een minder strikt regime dan die wet. De verschillen in benadering en detaillering tussen Jeugdwet en Bjj werden al genoemd. De relaties tussen deze wetten zijn echter niet altijd gemakkelijk te duiden. Op papier kan worden geconstateerd dat de Bjj de jeugdige meer rechtspositionele waarborgen biedt dan de Jeugdwet, maar de praktijk laat zien dat de meer op individueel maatwerk gerichte benadering van de Jeugdwet de facto juist meer rechtspositionele ruimte kan creëren dan de formelere benadering van de Bjj, mede vanwege het accent dat in de Bjj, evenals in de op volwassenen gerichte beginselenwetten, ligt op het groepsregime. De vraag welke wettelijke benadering te prefereren is, is dus niet altijd eenvoudig te beantwoorden.

*2 Hoe werken die regelingen (mede in onderling verband) voor jeugdigen en volwassenen in de praktijk, welke verschillen zijn er per sector/doelgroep, zijn die verklaarbaar en zijn die te rechtvaardigen? Welke lacunes/knelpunten doen zich daarbij in de praktijk voor?*

In par. 6.2 zijn de belangrijkste bevindingen uit het empirisch onderzoek weergegeven. In de hoofdstukken 3 tot en met 5 zijn nadere gegevens uit dat onderzoek verwerkt. Het empirisch onderzoek heeft zich gericht op de huidige wetgeving. Van 'voorspellende' waarde van de uitkomsten van het empirisch onderzoek in relatie tot de inhoud van de komende wetgeving is maar in beperkte mate sprake. Dat heeft er ook mee te maken dat de komende wetten zijn gebaseerd op andere uitgangspunten en benaderingen (zoals de Wvvgz en de WZD ten opzichte van de Wet Bopz). Het empirisch onderzoek laat verschillen zien in de praktijk van de rechtsbescherming, bijvoorbeeld in de zorg voor jeugdigen. Daarbij gaat het deels om verschillen die te verklaren zijn door de doelstellingen van de achterliggende wetgeving, maar deels ook niet. In de forensische zorg komen uit het empirisch onderzoek onder meer knelpunten naar voren die betrekking hebben op de behoefte aan voldoende

beveiligingsmogelijkheden, zowel waar het gaat om de instroom van patiënten uit de forensische zorg naar de gewone GGZ als om de opname van Bopz-patiënten in een FPC. Uit het empirisch onderzoek blijkt voorts dat in alle onderzochte sectoren de tendens bestaat om het toepassen van directe dwang terug te dringen. Ook neemt in alle sectoren het gebruik van voorwaardelijke c.q. ambulante modaliteiten toe.

In alle onderzochte sectoren zijn instellingen te vinden waarbinnen patiënten, cliënten en jeugdigen met uiteenlopende titels verblijven. Binnen justitiële jeugdinrichtingen zijn jeugdigen te vinden met verschillende strafrechtelijke titels als de Pij-maatregel, jeugddetentie en voorlopige hechtenis. Binnen GGZ-instellingen, psychogeriatrische instellingen en instellingen voor verstandelijk gehandicapten verblijven patiënten met een Bopz-titel (rechterlijke machtiging, ibs of artikel 60 indicatie), maar ook patiënten zonder titel. Voor het personeel levert het verschil tussen een Bopz-titel en een vrijwillige status soms onduidelijkheden op. In de forensische zorg verblijven ook patiënten met diverse titels in een instelling. In de forensische GGZ is dit vaker het geval dan in FPC's. Uit het empirisch onderzoek komt naar voren dat men in een FPC minder goed kan omgaan met de verschillen tussen de titels bij het toepassen van dwang dan in de forensische GGZ. Dat er patiënten/cliënten/jeugdigen met meerdere titels in een instelling verblijven, is onvermijdelijk. Dat levert wel onduidelijke situaties op voor zowel de betrokkenen als het personeel. Ongelijkheden in rechtspositie zijn in de ogen van patiënten/cliënten/jeugdigen soms moeilijk te rechtvaardigen. Tegelijkertijd blijkt er in de praktijk met die verschillen te werken, als er maar voldoende duidelijkheid is over de betreffende rechtsposities. Aan die duidelijkheid ontbreekt het nogal eens. Niet altijd is harmonisering van wetgeving nodig. Het verduidelijken van (bestaande) rechtsposities kan soms al genoeg zijn om vragen en onduidelijkheden weg te nemen.

*3 In hoeverre bieden de wettelijke regelingen op de hierboven genoemde terreinen gezamenlijk een consistent en doelmatig wettelijk kader inzake gedwongen zorg, en welke mogelijkheden zijn er om dit kader te verbeteren?*

Om deze onderzoeksvraag (in algemene zin) te kunnen beantwoorden moet helder zijn wat men (de wetgever, de samenleving) met wetgeving inzake gedwongen zorg wil bereiken. De verschillende wetten noemen ter zake uiteenlopende doelstellingen, waarin echter wel enkele gemeenschappelijke elementen te onderkennen zijn. Die kunnen worden 'vertaald' in de volgende uitgangspunten:

- 1 De zorgbehoefte van de justitiabele staat centraal; overwegingen inzake veiligheid zijn daarbij van belang, maar moeten zoveel mogelijk ruimte laten voor een adequate reactie op die zorgbehoefte;
- 2 Beslissingen met betrekking tot gedwongen zorg vergen zoveel mogelijk een geïndividualiseerde aanpak, met rechtsbescherming die steeds in verhouding staat tot de mate van inbreuk op de vrijheden van de betrokkene;
- 3 Verschillen in rechtspositie tussen groepen justitiabelen die in min of meer vergelijkbare omstandigheden verblijven en kampen met min of meer vergelijkbare problematiek, behoeven onderbouwing;
- 4 In situaties waarin naast zorgbehoefte overwegingen omtrent (individuele of maatschappelijke) veiligheid aan de orde zijn, dienen eenvoudige, effectieve mogelijkheden voor overplaatsing naar locaties met een andere zorg/beveiliging-verhouding te bestaan, al naar gelang de actuele verhouding tussen beide invalshoeken en het realiseren van zorgcontinuïteit;

- 5 Vormen van directe gedwongen zorg worden zoveel mogelijk vermeden; het zoeken naar minder ingrijpende alternatieven dient voorop te staan.

In het algemeen kan worden geconstateerd dat de huidige wettelijke regelingen mogelijkheden bieden om deze uitgangspunten in meer of minder mate te realiseren. Bij de toekomstige wetgeving is dat nog in sterkere mate het geval, zowel op inhoudelijk (bijvoorbeeld de op ambulantisering gerichte Wvvggz en WZD die aansluit bij de toegenomen betekenis van voorwaardelijke modaliteiten in de forensische zorg) als op organisatorisch vlak (bijvoorbeeld de verbinding tussen GGZ en forensische zorg in de Wet forensische zorg). Op tal van onderdelen zijn evenwel verbeterpunten denkbaar, zowel waar het gaat om de wettelijke regelingen als zodanig als om de relatie tussen de verschillende wetten. Ten aanzien van een groot aantal van die punten hebben wij in de par. 6.4 en 6.5 aanbevelingen gedaan. Deze aanbevelingen laten zien dat soms verbetering kan worden bereikt door te harmoniseren over de volle breedte van het door ons onderzochte terrein, maar vaker gaat het over harmonisatie op of tussen deelgebieden (bijvoorbeeld in de zorg voor jeugdigen, of in relatie tussen de forensische zorg en de volwassenen-GGZ). Een aantal aanbevelingen richt zich op onderdelen uit één enkele wet, maar veelal zijn dat onderdelen die, direct of indirect, toch een uitstralingseffect naar andere wettelijke regelingen (kunnen) hebben.

Een belangrijke bijdrage aan de consistentie en doelmatigheid van de wetgeving kan naar onze mening worden gerealiseerd door de Wet Bopz niet te vervangen door twee qua uitgangspunten nogal uiteenlopende regelingen, maar door één nieuwe wettelijke regeling (waarbinnen zo nodig enige differentiatie tussen deelgebieden mogelijk is). Verbetering van consistentie en doelmatigheid is ook mogelijk met betrekking tot de zorg voor jeugdigen. De drie hiervoor genoemde jeugdsectoren hebben qua kenmerken, problemen en (zorg)behoeften van jeugdigen veel meer overeenkomsten dan verschillen, en worden ook volgens Europese en internationale normen als één groep beschouwd. Die jeugdsectoren vragen waar het gaat om zowel wetgeving, beleid als praktijk om een andere (wetgevings)benadering en –aanpak dan de zorg voor volwassenen. Om die reden zou een gezamenlijke beginselenwet, gericht op een pedagogisch behandelklimaat, juist voor deze drie sectoren een belangrijke meerwaarde kunnen hebben. Een dergelijke wet kan voorts de overplaatsing van psychisch gestoorde jeugdigen vanuit de jeugdzorgplusinstellingen en justitiële jeugdinrichtingen naar de jeugd-GGZ vergemakkelijken. Voor de inhoud van een dergelijke beginselenwet zijn elders in dit rapport talrijke ingrediënten te vinden.

Op verschillende plaatsen in dit rapport komt de problematiek van het hiervoor genoemde uitgangspunt 4 aan de orde: de verhouding tussen zorgbehoefte en beveiligingsoverwegingen. Dit is een belangrijk thema, zowel waar het gaat om de wetgeving als om de organisatie en financiering van de zorg. De behoefte aan voldoende mogelijkheden om beveiligingsmaatregelen te kunnen treffen is in verschillende situaties van grensverkeer aan de orde, maar vooral bij de overgang van personen uit de forensische zorg naar de reguliere GGZ. Daarop ziet ook Aanbeveling 23 uit het in 2007 gepubliceerde rapport van de commissie die de derde evaluatie van de Wet Bopz begeleidde: “De wettelijke mogelijkheden om extra beveiligingsmaatregelen te treffen voor een nauwkeurig omschreven groep patiënten (zij die in beperkte mate behandelbaar en blijvend delictgevaarlijk zijn) moeten worden uitgebreid”. Een voorontwerp van de Wvvggz bevatte een aanzet voor een dergelijke regeling, naar het model van vergelijkbare bepalingen uit de justitiële beginselenwetten (en onder meer gericht op het kunnen doen van urinecontrole en het afnemen van bloed). In het in 2010 bij de Tweede Kamer ingediende wetsvoorstel Wvvggz was deze regeling echter niet opgenomen. De vraag of de huidige Wvvggz het in voldoende mate mogelijk maakt om veiligheidsmaatregelen te treffen,

valt nu nog niet goed te beantwoorden. Dat zal afhangen van de wijze waarop de rechter omgaat met de zorgmachtiging. De kaders van de Wvvgz zijn vrij ruim (op sommige punten naar onze mening te ruim, zie aanbeveling 8). Het algemene uitgangspunt van de Wvvgz ('vrijheden, tenzij...') sluit niet uit dat in specifieke gevallen als (een af te bouwen) startsituatie wordt gekozen voor een veel strakkere zorgmachtiging ('beperkingen, tenzij...'). Daarenboven geeft art. 8:11 van de Wvvgz de zorgverantwoordelijke ruimte om op grond van (onder meer) beveiligingsoverwegingen tijdelijk verplichte zorg te geven waarin de zorgmachtiging niet voorziet. Als langdurigere beveiligingsmaatregelen nodig zijn, kan vervolgens een verzoek tot aanpassing van de zorgmachtiging worden ingediend. Het zal dan altijd moeten gaan om 'beveiliging op maat', maar dat is het gevolg van de opzet van de Wvvgz en van het hiervoor genoemde uitgangspunt 2. Als het in die zin 'op maat' is om iemand met een Wvvgz machtiging in een FPC op te nemen, is het mede omwille van de beveiliging te overwegen in de zorgmachtiging de Bvt van toepassing te verklaren. Dat uitgangspunt van maatwerk dient er mede toe om te voorkomen dat de 'goeden onder de kwaden gaan lijden'. Dat zou het geval kunnen zijn als in de wetgeving, anders dan de Bopz-commissie in 2007 adviseerde, generieke beperkingen op grond van beveiligingsoverwegingen voor alle patiënten zonder nader onderscheid zouden worden opgenomen. Dat zou tot een verslechtering van de rechtspositie van niet-justitiële GGZ- patiënten in de reguliere GGZ kunnen leiden. Dat is ook de reden waarom wij in par. 6.5 steeds afwegingen per deelthema hebben gemaakt: in sommige gevallen ligt harmonisatie voor de hand, maar in andere gevallen zouden die het therapeutische klimaat in de GGZ kunnen bedreigen. Dan kan beter van algehele harmonisatie in de richting van een voor alle patiënten gelijk geldende regeling, worden afgezien.

In par. 6.3 hebben wij aandacht gevraagd voor het gegeven dat het bereiken van wettelijke doelstellingen en het voorkomen van met wetgeving verbonden problemen veel meer vraagt dan (aanpassing van) wetgeving alleen. Belangrijk zijn ook de beschikbaarheid en toegankelijkheid van adequate voorzieningen (waaronder instellingen waarbinnen verschillende beveiligingsniveaus kunnen worden gerealiseerd) en een zodanig flexibel plaatsingsbeleid dat personen die in aanmerking komen voor gedwongen zorg zoveel mogelijk op de goede plaats terecht komen. Dat vraagt om goede plaatsings- en selectieprocedures, maar ook om het vergroten van de mogelijkheden voor rechterlijke flexibiliteit. Als dat nodig is, gelet op zorgbehoefte, beveiligingsnoodzaak of de verhouding daartussen, moet een rechter kunnen beschikken over een zo breed mogelijk arsenaal van interventiemogelijkheden. Dat is de reden waarom wij, naar het voorbeeld uit de Wet forensische zorg van de strafrechter die een zorgmachtiging kan opleggen, ook op andere terreinen voorstellen de rechter meer armslag te geven (aanbevelingen 7 en 26). Hoe beter de match is tussen de zorgbehoefte van betrokkene en de plaats waar hij terecht komt, en hoe sneller die match wordt gerealiseerd, hoe minder problemen worden opgeroepen door grensverkeer en de daarmee verbonden wetgeving.

*4 Vormt het toekomstige wettelijke stelsel een samenhangend en consistent geheel?*

*5 Is de verwachting gerechtvaardigd dat de toekomstige wetgeving zal bijdragen aan de oplossing van problemen die in de huidige praktijk worden ervaren?*

Deze beide vragen lenen zich voor een gezamenlijke behandeling. De vraag of het toekomstige wettelijke stelsel een samenhangend en consistent geheel vormt kan niet zonder meer bevestigend

beantwoord worden. Wij wezen al op de verschillen in uitgangspunten en concepten van rechtsbescherming tussen de bestaande wettelijke regelingen. Die verschillen nemen in de toekomst alleen maar toe, niet alleen door de vervanging van de Wet Bopz door de Wvggz en WZD, maar ook door de verschillen tussen deze beide nieuwe wetten. Daar komt nog eens bij dat de op gedwongen zorg betrekking hebbende onderdelen van de Jeugdwet en de drie justitiële beginselenwetten nog relatief recent zijn gemodelleerd naar overeenkomstige onderdelen van de Wet Bopz, maar dat die wet nu juist vervangen zal worden door de op geheel andere uitgangspunten gebaseerde Wvggz. Die wetswisseling roept ook vragen op met betrekking tot de (mogelijkheden tot) aansluiting tussen de forensische zorg en de reguliere GGZ, nu de door de Wfz beoogde overgangen beter passen bij de interne rechtspositieregeling van de Wet Bopz. De in relatie tot de Wet Bopz in die context ervaren problemen zijn minder eenvoudig op te lossen doordat de Wvggz mogelijk nieuwe aansluitingsproblemen introduceert. Nu is daar, zoals wij hierboven al noemden, wellicht een mouw aan te passen door een flexibele inzet van de Wvggz-zorgmachtiging, maar dat doet er niet aan af dat de Wvggz wezenlijk andere uitgangspunten hanteert dan de huidige wetgeving in de forensische zorg (zoals de Bvt).

Zal de toekomstige wetgeving bijdragen aan het oplossen van de problemen die in de huidige praktijk ervaren worden? Dat staat dus gelet op het bovenstaande niet vast, maar is ook niet uitgesloten. Dat laatste heeft er mee te maken dat een deel van het effect van een wet wordt bepaald door de inhoud ervan, maar een ander deel door de wijze van toepassing in de praktijk. Daar zouden effecten kunnen optreden die positief te waarderen zijn. De aanbevelingen die wij hiervoor hebben gedaan met betrekking tot (onderdelen van) de nieuwe wetgeving, zouden daaraan nog verder kunnen bijdragen. Waar het bij de ontwikkeling en de parlementaire behandeling van wetsvoorstellen als de Wvggz, de WZD en de Wfz aan afstemming en samenhang heeft ontbroken, is het belangrijk dat deze wetsvoorstellen op basis van de aanbevelingen uit dit onderzoek nog worden aangepast en voorts dat zij, na de inwerkingtreding, gelijktijdig en in samenhang worden geëvalueerd.

#### *Aanbeveling 62*

*Vanwege de raakvlakken tussen de Wvggz, de WZD en de Wfz is het belangrijk dat deze wettelijke regelingen enkele jaren na de inwerkingtreding gelijktijdig, en in samenhang, worden geëvalueerd.*

Het onderzoek als geheel maakt duidelijk dat de vervolgstap naar harmonisatie van wetgeving inzake de rechtspositie bij gedwongen zorg geen eenvoudige operatie is. De moeilijkheid ervan vloeit voort uit zowel de wezenlijke verschillen tussen sectoren en degenen die daarin verblijven ten einde gedwongen zorg te ontvangen, als de van oudsher bestaande verschillen tussen sectoren en door het feit dat voor komende wetgeving het waar mogelijk harmoniseren van dergelijke verschillen niet tot uitgangspunt van wetgeving en wetgevingsregie is genomen. Wezenlijke verschillen zullen ook in de toekomst van betekenis aan de orde blijven, zodat de nadruk steeds zal liggen op het ontdekken van nieuwe mogelijkheden voor harmonisatie.

## Referenties

Akerboom e.a. 2011

C.P.M. Akerboom e.a., *Thematische wetsevaluatie, Wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging*, Den Haag: ZonMw 2011.

Arends & Frederiks 2006

L.A.P. Arends & B.J.M. Frederiks, 'Vrijheidsbeperking in de psychogeriatric en verstandelijk gehandicaptenzorg: de contouren van een nieuwe regeling', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2006, p. 96-108.

Arends 2005

L.A.P. Arends, *Psychogeriatrische patiënt en recht*, Den Haag: SDU uitgevers 2005, p. 41 e.v.

Arends e.a. 2002

L.A.P. Arends e.a., *Evaluatie Wet Bopz; deelonderzoek 3: Interne rechtspositie in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector*, Den Haag: ZonMw 2002.

Baas & Laemers 2009

R. Baas & M. Laemers, *Combi-zitting: meer recht doen aan jeugdigen - Een onderzoek naar de pilot gecombineerde zittingen binnen de jeugdrechtspraak in Arnhem*, Nijmegen: Wolf Legal Publishers 2009.

Beekman & Koenraadt 2002

J.E. Beekman & F. Koenraadt, *Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen. De Wet Bopz in de forensische psychiatrie (deel 9)*, Den Haag: ZonMw 2002.

Bekkering 2011

M. Bekkering, 'Motiveren...', *Proces* 2011, p.23-25.

Berghmans 2010

R. Berghmans, 'Zelfbinding: bijna 20 jaar later', *Journaal GGZ en recht* 2010, p. 149-152.

Blaak e.a. 2012

M. Blaak e.a., *Handboek internationaal jeugdrecht, Een toelichting voor rechtspraak en jeugdbeleid op het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind en andere internationale regelgeving over de rechtspositie van minderjarigen*, Leiden: Defence for Children, 2012, p. 833-835.

Blankman & Kramer 2011

K. Blankman & M. Kramer, 'Meer mogelijkheden voor de machtiging gesloten jeugdzorg als stok achter de deur?', *Tijdschrift voor Familie- en Jeugdrecht* 2011, 16.

Blankman 2003

K. Blankman, *Rechtsbescherming bij vrijheidsbeneming in de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatric* (preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht), Utrecht 2003, p. 56-103.

Blankman 2014

K. Blankman, 'Gelijkheid voor de wet voor mensen met een handicap; een contraproductief geluid vanuit een VN-comité', *Journaal GGZ en Recht* 2014, nr. 3, p. 10-14.

Bleichrodt 1996

F.W. Bleichrodt, *Onder voorwaarde. Een onderzoek naar de voorwaardelijke veroordeling en andere voorwaardelijke modaliteiten* (diss. Nijmegen), Arnhem: Gouda Quint 1996.

Bleichrodt 2006

F.W. Bleichrodt, *Een leven lang. De levenslange gevangenisstraf en de longstay in het kader van de terbeschikkingstelling in onderlinge samenhang bezien* (oratie Groningen), Deventer: Kluwer 2006.

Boonekamp e.a. 2008

J. Boonekamp e.a., 'Hoe gebruikt de rechtbank de PBC-rapportage? Een onderzoek naar PBC-rapporten van 2000-2005', *Sancties* 2008, p. 294-303.

Boutellier & Lünemann 2006

H. Boutellier & K. Lünemann, 'Dokteren aan disciplineren. Noties achter straf en zorg bij mensen met een psychische of psychiatrische stoornis die crimineel gedrag (kunnen) vertonen', *Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, Straf en zorg: een paar apart. Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen*, Amsterdam: SWP 2006.

Brouwers 2013

R. Brouwers, 'Dilemma bij cliënten met een justitiële titel die dwangbehandeling nodig hebben', *JGGZR* 2013, p. 166-167.

Bruning & Liefwaard 2009

M.R. Bruning & T. Liefwaard, 'Ontwikkelingen en knelpunten in de gesloten jeugdzorg', *Tijdschrift voor Familie- en Jeugdrecht* 2009, 42.

Bruning, Liefwaard & Volf 2004

M.R. Bruning, T. Liefwaard & L.M.Z. Volf, *Rechten van jeugdigen in justitiële jeugdinrichtingen. Evaluatie Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen*, Amsterdam: VU/ACK 2004.

Cassese 1989

A. Cassese, 'A New Approach to Human Rights: The European Convention for the Prevention of Torture', *The American Journal of International Law* 1989: 83: 128-153.

Commissie Fokkens 1993

Commissie Fokkens, *Sancties op maat, Eindrapport van de Commissie TBS en Sanctietoepassing geestelijk gestoorde Delinquenten*, Den Haag: Ministerie van Justitie 1993.

Commissie Kosto 2001

Commissie Kosto, *Veilig en wel: Een beleidsvisie op de tbs*, Den Haag: Ministerie van Justitie 2001.



- Commissie Mulder 1983  
 Commissie Mulder, *Rapport van de Commissie Psychiatrische/Therapeutische Voorzieningen Gevangeniswezen*, 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij 1983.
- Commissie Visser 2006  
 Commissie Visser, *Tbs, vandaag over gisteren en morgen (rapport van de tijdelijke commissie onderzoek tbs)*, Den Haag: Sdu 2006.
- Corstens 2011  
 G.J.M. Corstens, *Het Nederlands Strafprocesrecht* (bewerkt door M.L. Borgers), Deventer: Kluwer 2011.
- De Bruijn-Lückers 2011  
 M. de Bruijn-Lückers, 'Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden', in: *Tekst en Commentaar Gezondheidsrecht*, Deventer: Kluwer, 2011, p. 1436.
- De Graaf e.a. 2012  
 J.H. de Graaf e.a., *De toepassing van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind in Nederlandse rechtspraak*, Nijmegen: Ars Aequi Libri 2012, p. 275.
- De Groot & Donker 2002  
 C. de Groot & M. Donker, *Evaluatie Wet Bopz: deelonderzoek 6: de Wet Bopz in de kinderen jeugdpsychiatrie*, Den Haag: ZonMw 2002.
- De Groot 2012  
 B.J. de Groot, 'Gesloten jeugdzorg met (of) zonder toestemming ouder', *Tijdschrift voor Familie- en Jeugdrecht* 2012, 85.
- De Jong-de Kruijf 2013  
 M. de Jong-de Kruijf, 'Schorsing en terugplaatsing in het kader van de trajectmachtiging gesloten jeugdzorg: is carte blanche voor de aanbieders van gesloten jeugdzorg wel zo'n goed idee?', in: T. Liefwaard en M. Bruning (red.), *De ondertoezichtstelling 90 jaar; versleten of vitaal? Monografieën jeugdrecht nr.1*, Den Haag: Sdu 2013, p. 105-124.
- De Jonge 2006  
 G. de Jonge, 'De Europese gevangenisregels zijn vernieuwd - De rechtskracht ervan blijft echter gering', *Sancties* 2006, nr. 6, p. 340-354.
- De Kinderombudsman 2013  
 De Kinderombudsman, *Is de zorg gegrond? Analyse van het feitenonderzoek aan de basis van ingrijpende jeugdzorgbeslissingen*, Den Haag 10 december 2013, KOM/008/2013.
- Den Exter 2009  
 A. den Exter, *International health law & ethics – Basic documents*, Apeldoorn: Maklu 2009.
- Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Veiligheid en Justitie 2013  
 Circulaire Procedure verlenging PIJ-maatregel, Dienst Justitiële Inrichtingen, Ministerie van Veiligheid en Justitie, kenmerk 5753660/13/DJI, d.d. 8 oktober 2013.
- Dijkers 2011a  
 W.J.A.M. Dijkers, 'Het ontwerp van Wvvgz: slordigheid troef', *Journaal GGZ en recht* 2011, p. 6-8.
- Dijkers 2011b  
 J.A.M. Dijkers, 'Een besluitvormende commissie, voor als het moet', *Journaal GGZ en recht* 2011, p. 23-30.

- Dörenberg 2010  
V.E.T. Dörenberg, *Kind en stoornis - Een systematisch onderzoek naar de rechtspositie van minderjarigen in de kinderen jeugdpsychiatrie*, Den Haag: Boom Juridische Uitgevers 2010.
- Dörenberg 2011a  
V.E.T. Dörenberg, 'Het Wetsvoorstel verplichte geestelijke gezondheidszorg', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2011, p. 280-294.
- Dörenberg 2011b  
V.E.T. Dörenberg, 'Harmonisatie in de jeugdzorg', *FJR* 2011, 26.
- Dörenberg 2012  
V. Dörenberg, Gedwongen opnemings van kinderen in mensenrechtelijk perspectief, in: C. Forder, W. Duijst en A. Wolthuis, *Kindvriendelijke opsluiting. Gesloten plaatsing in het licht van mensenrechten*, Leiden: Stichting NJCM-Boekerij 53 2012, p. 81-105.
- Evaluatie Wet Bopz 2002 (tweede evaluatiecommissie)  
*Evaluatie Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, Conclusies en aanbevelingen van de begeleidingscommissie*, Den Haag: ZonMw 2002.
- Forder & Olujic 2012  
C. Forder & F.Olujic, 'Gesloten jeugdzorg in het licht van de mensenrechten en de rechten van het kind', in: C. Forder, W. Duijst en A. Wolthuis, *Kindvriendelijke opsluiting. Gesloten plaatsing in het licht van mensenrechten*, Leiden: Stichting NJCM-Boekerij 53 2012, p. 3-63.
- Frederiks & Blankman 2013  
B.J.M. Frederiks & K. Blankman, 'Wetsvoorstel zorg en dwang: impact van de recente wijzigingen voor het veld en de cliënt', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2013, p. 346-361.
- Frederiks & Widdershoven 2012  
B.J.M. Frederiks & T.P. Widdershoven, 'Wetsvoorstel Zorg en dwang: volle vaart vooruit of opnieuw een herbezinning', *Nederlands Juristenblad* 2012, p. 942-943.
- Frederiks 2004  
B.J.M. Frederiks, *De rechtspositie van mensen met een verstandelijke handicap*, Den Haag: SDU uitgevers 2004, p. 26 e.v.
- Frederiks 2009  
B.J.M. Frederiks, 'Wetsvoorstel Zorg en dwang: een eerste verkenning', *Journaal GGZ en recht* 2009, p. 111-128.
- Frederiks e.a. 2010  
B.J.M. Frederiks e.a., 'Het Wetsvoorstel zorg en dwang: een verantwoorde verbetering voor de rechtspositie van mensen met een verstandelijke handicap en dementie?', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2010, p. 76-86.
- Goderie & Steketee 2005  
M. Goderie & M. Steketee, 'De beleving van samenplaatsing in justitiële jeugdinrichtingen', *Proces* 2005, afl. 3, p. 83-89.
- Goldschmidt 2011  
H.I.M. Goldschmidt, 'De gedragsbeïnvloedende maatregel: invloed of overvloed?', *Tijdschrift voor Familie- en Jeugdrecht* 2011, afl. 6, p. 152-160.
- Hofstee 1987  
E.J. Hofstee, *TBR en TBS* (diss. Nijmegen), Arnhem: Gouda Quint 1987.

Hondius 2012

A. Hondius, 'Trias Psychiatrica; de spanning tussen recht, zorg en veiligheid en de rol van de geneesheerdirecteur', *Journaal GGZ en recht* 2012, p. 151-157.

Hulscher-Weenink 2011

F.W. Hulscher-Weenink, 'Wet Verplichte ggz; consequenties voor de kinder- en jeugdpsychiatrie: kansen, belemmeringen of toch ook nieuwe perspectieven?', *Journaal GGZ en recht* 2011, p. 36-39.

Inspectie Jeugdzorg, Inspectie van het onderwijs, Inspectie voor de Gezondheidszorg en Inspectie voor de Sanctietoepassing 2007

Inspectie Jeugdzorg, Inspectie van het onderwijs, Inspectie voor de Gezondheidszorg en Inspectie voor de Sanctietoepassing, *Veiligheid in justitiële jeugdinrichtingen: opdracht met risico's*, Utrecht: 2007.

Inspectie voor de Sanctietoepassing (Ist) 2008

Inspectie voor de Sanctietoepassing, *Vervolgonderzoek. Tbs in het gevangeniswezen*, Den Haag: Ministerie van Justitie 2008.

Inspectie voor de Sanctietoepassing/Inspectie voor de Gezondheidszorg (Ist/IGZ) 2006

Inspectie voor de Sanctietoepassing/Inspectie voor de Gezondheidszorg, *TBS in het gevangeniswezen. Inspectierapport. Themaonderzoek*, Den Haag: Ministerie van Justitie 2006.

Jacobs 2012

P. Jacobs, *Force-feeding of Prisoners and Detainees on Hunger Strike* (diss. Tilburg), Mortsel, België: Intersentia 2012.

Kelk 2011

C. Kelk, 'De toepassing van artikel 13 Sr op een levenslang gestrafte', *Sancties* 2011, afl. 2, p. 70-82.

Keurentjes 2004

R.B.M. Keurentjes, *Tekst en toelichting. Wet Bopz* (Editie 2005), Den Haag: SDU 2004.

Kips & Van der Hoeven-Molenaar 2011

R.C. Kips & C. van der Hoeven-Molenaar, 'De adviserende Commissie verplichte ggz; een haalbaar voorstel', *Journaal GGZ en recht* 2011, p. 31-36.

Kips 2014

R. Kips, 'Onafhankelijkheid van de geneesheer-directeur in de Wvvgz', *Journaal GGZ en recht* 2014, p. 6-10.

Knuiman 2013

R. Knuiman, 'Wet zorg en dwang: heiligt het doel de middelen?', *Journaal GGZ en recht* 2013, p. 161-164.

Kooijmans 2002

T. Kooijmans, *Op maat geregeld? Een onderzoek naar de grondslag en de normering van de strafrechtelijke maatregel* (diss. Rotterdam), Deventer: Kluwer 2002.

Kruit 2012

I. Kruit, 'Voorstel Wet forensische zorg: van kwaad tot erger', *Sancties* 2012, afl.2, p. 69 – 76.

Kuin & Troost 2009

J.I.M. Kuin & I.E. Troost, 'Dilemma's rond de machtiging gesloten jeugdzorg', *Tijdschrift voor Familie- en Jeugdrecht* 2009, 42.

Legemaate 2005a

J. Legemaate, 'Psychiatry and human rights,' In: J.K.M. Gevers, E.H. Hondius, J.H. Hubben (eds), *Health law, human rights and the Biomedicine Convention*, Leiden: Koninklijke Brill 2005(a), p. 119-130.

Legemaate 2005b

J. Legemaate, 'Recommendation Rec(2004)10 concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder', *European Journal of Health Law* 2005(b); 11: 407-409.

Legemaate 2005c

J. Legemaate, 'De zaak H.L. tegen het Verenigd Koninkrijk: het Europese Hof over vrijheidsbeneming', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2005(c); 29: 221-226.

Legemaate 2008

J. Legemaate, 'Besluiten over dwang in de psychiatrie: ken je klassieken', *Nederlands Juristenblad* 2008, p. 1852-1856.

Legemaate, Frederiks en De Roode 2007

J. Legemaate, B.J.M. Frederiks, R.P. de Roode, *Evaluatie Wet Bopz: deelonderzoek 7: Internationale ontwikkelingen*, Den Haag: Ministerie van VWS, 2007, p. 21-60.

Liefaard 2006

T. Liefaard, 'Rechtspositieregeling gesloten jeugdzorg: een flinke stap terug!', *Tijdschrift voor Familie- en Jeugdrecht* 2006, 96.

Liefaard 2008

T. Liefaard, *Deprivation of Liberty of Children in Light of International Human Rights Law and Standards*, Antwerpen, Oxford, Portland: Intersentia, 2008.

Liefaard 2010

T. Liefaard, De rechtspositie van jeugdigen in justitiële jeugdinrichtingen in het licht van internationale mensenrechten en actuele ontwikkelingen, *DD* 2010, p.1115-1140.

Liefaard en Bruning 2011a

T. Liefaard en M. Bruning, De justitiële jeugdinrichting, in: I. Weijers en F. Imkamp, *Jeugdstrafrecht in internationaal perspectief*, Den Haag: BJu, 2011, p.309-329.

Liefaard en Bruning 2011b

T. Liefaard en M. Bruning, De rechtspositie van jeugdigen in justitiële jeugdinrichtingen, in: I. Weijers en F. Imkamp, *Jeugdstrafrecht in internationaal perspectief*, Den Haag: BJu, 2011, p.331-361.

Mevis 2013

P.A.M. Mevis, *Capita Strafrecht*, Nijmegen: Ars Aequi Libri 2013.

Mijnarends 1999

E.M. Mijnarends, *Richtlijnen voor een verdragsconforme jeugdstrafrechtspleging, 'gelijkwaardig, maar minderjarig'*, Deventer: Kluwer, 1999, p.36-37.

Ministerie van Justitie 1991

Ministerie van Justitie, *TBS, een bijzondere maatregel. De concurrentie tussen beveiliging, behandeling en bescherming van de rechtspositie*, Den Haag: Staatsuitgeverij 1991.

- Ministerie van Justitie 2001  
 Ministerie van Justitie, *Toekomst TBS no 7. Veilig oversteken. Verbeterproject TBS terecht*, Den Haag: Ministerie van Justitie 2001.
- Ministerie van Veiligheid en Justitie 2012  
 Ministerie van Veiligheid en Justitie, *Handboek Forensische zorg*, Den Haag : Ministerie van Veiligheid en Justitie 2012.
- Neijmeijer e.a. 2012  
 L. Neijmeijer e.a., *Behandelgeschiedenis en justitieverleden van forensische en GGZ-patiënten* (achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg), Den Haag: RVZ 2012.
- Noorlander 2013  
 E. Noorlander, 'Uit de cel naar het psychiatrisch ziekenhuis', *Journaal GGZ en recht* 2013, 86.
- NRV 1991  
 Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Forensische psychiatrie en haar raakvlakken*, Den Haag: NRV 1991.
- Otte 2011  
 R. Otte, 'Samenwerking in de forensische zorg', *Sancties* 2011, afl. 3, p. 153- 162.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 2012a  
 Raad voor de Volksgezondheid & Zorg , *Stoornis en delict, forensische en verplichte geestelijke gezondheidszorg vormen een keten*, Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2012.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg 2012b  
 Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, *Zorg aan delinquent, Opsluiten van patiënt. 'Cultuurverschillen Justitie, forensische zorg en reguliere GGZ'* , Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2012.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) 2006  
 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Ontsnappen aan mediologica. TBS in de maatschappelijke beeldvorming*, Amsterdam: SWP 2006.
- Raad voor Maatschappelijke ontwikkeling (RMO) 2007  
 Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, *Straf en zorg: een paar apart. Passende interventies bij delictplegers met psychische en psychiatrische problemen*, Amsterdam: SWP, 2007.
- Raes & Van der Wolf 2013  
 B.C.M. Raes & M.J.F van der Wolf, 'De tenuitvoerlegging van tbs met dwangverpleging', in: H.J.C. van Marle, e.a.(red.), *Gedragskundige rapportage in het strafrecht*, Deventer: Kluwer 2013, p. 503-574.
- Rap & Weijers 2011  
 S.E. Rap & I. Weijers, *De jeugdstrafzitting: een pedagogisch perspectief. De communicatie tussen jeugdrechter en jeugdige verdachte*, Den Haag: SDU/Raad voor de Rechtspraak 2011, p. 102-105.
- Regioplan-WODC 2008  
 Regioplan-WODC, *TBS plaatsen in penitentiaire inrichtingen*, Amsterdam: Regioplan beleidsonderzoek 2008.

Rom en Herbots 2009

M. Rom en K. Herbots, *De rechtspositie van jongeren in detentie in een (inter)nationaal perspectief*, KU Leuven, 2009.

Roos 1978

F. J. Roos, 'De toepassing van art. 120 Gevangenismaatregel', *Proces* 1978, afl. 4, p. 99- 107.

Rosenthal en Rubenstein 1993

E. Rosenthal, L.S. Rubenstein, 'International human rights advocacy under the "Principles for the protection of persons with mental illness"', *International Journal of Law and Psychiatry* 1993; 16: 257-300.

Roucounas 2005

E. Roucounas, 'The Biomedicine Convention in relation to other international instruments' In: J.K.M. Gevers, E.H. Hondius, J.H. Hubben (eds), *Health law, human rights and the Biomedicine Convention*, Leiden: Koninklijke Brill 2005, p. 23-34.

RSJ 2007

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Verloftoetsingskader tbs 2007*, Advies van 4 april 2007.

RSJ 2008

*Dwangbehandeling binnen de tenuitvoerlegging van straffen en maatregelen* (advies van de RSJ over het voorstel tot wijziging van de Beginselenwet verpleging ter beschikking gestelden, de Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen en de Penitentiaire beginselenwet ter invoering van de wettelijke mogelijkheid van dwangbehandeling in de justitiële inrichtingen), Den Haag 4 februari 2008, p. 5.

RSJ 2009a

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Wijziging verloftoetsingskader tbs 2009*, Advies van 28 januari 2009.

RSJ 2009b

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Zorg voor forensische zorg*, Advies van 30 januari 2009.

RSJ 2009c

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Tbs uit het gevangeniswezen*, Advies van 23 december 2009.

RSJ 2012

Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming, *Forensische zorg tijdens detentie, advies van de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming*, Den Haag: Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming 2012.

RSJ 2014

Advies RSJ over de invoeringswet Jeugdwet d.d. 4 februari 2014.

Rutgers 2014

T. Rutgers, 'De onafhankelijke positie van de geneesheer-directeur in de Wvvgz', *Journaal GGZ en recht* 2014, p. 3-6.

Schalk & Hulshof 2013

C. Schalk & M. Hulshof, 'Een puzzel van zeven weken; observeren, rapporteren en adviseren. De jeugdige in het observatieonderzoek', *Proces* 2013, jrg.92 , p.220-233.

- Schoemaker & Van Zessen 1997  
 C. Schoemaker & G. van Zessen, 'Psychische stoornissen bij gedetineerden: een verkennend onderzoek in Penitentiair Complex Scheveningen', Utrecht: Trimbos-instituut 1997.
- Sluyters & Biesart 2005  
 B. Sluyters & M.C.I.H. Biesart, *De geneeskundige behandelingsovereenkomst na invoering van de WGBO*, Zwolle: W.E.J. Tjeenk Willink 2005.
- Staatssecretarissen van Veiligheid en justitie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport 2014  
 Staatssecretarissen van Veiligheid en justitie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Reactie op het rapport van de Kinderombudsman 'Is de zorg gegrond?', 21 februari 2014.
- Struijk 2011  
 S. Struijk, *De ISD in perspectief. Een studie naar de ISD-maatregel in het licht van het Nederlands strafrechtelijk sanctiestelsel ter bestrijding van recidive en criminele overlast* (diss. Rotterdam), Nijmegen: Wolf legal publishers 2011.
- Struijk 2014  
 S. Struijk, 'En nog meer een langduriger toezicht: de overheid als Rupsje Nooitgenoeg', *Sancties* 2014, afl. 3, p. 137-142.
- Stuurgroep VGGZ 2010  
*Advies van de Stuurgroep Commissies Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg*, Den Haag: 3 februari 2010.
- Teeuwen 2012  
 M. Teeuwen, *Verraderlijk gewoon. Licht verstandelijk gehandicapte jongeren, hun wereld en hun plaats in het strafrecht*, Amsterdam: SWP, 2012.
- Uit Beijerse & Boendermaker 2008a  
 J. uit Beijerse en L. Boendermaker, 'Opvoedingsinternaat of jeugdgevangenis? Ontwikkelingen binnen de justitiële jeugdinrichtingen', *Proces* 2008, afl. 5, p. 142-153.
- Uit Beijerse & Boendermaker 2008b  
 J. uit Beijerse & L. Boendermaker, *Opvoeding en bescherming 'achter tralies'. Jeugdinrichtingen tussen juridische beginselen en pedagogische praktijk*, Amsterdam: SWP 2008, p. 28-30.
- Uit Beijerse & Jansen 2011  
 J. uit Beijerse en I. Jansen, 'Overdag naar de eigen school en 's nachts in detentie. Nachtdetentie als recht en niet beperkt tot de voorlopige hechtenis', *Proces* 2011, afl. 4, p. 197-206.
- Uit Beijerse 2012a  
 J. uit Beijerse, 'De meerwaarde van de gedragsbeïnvloedende maatregel', *Sancties* 2012, afl. 1, p. 13-22.
- Uit Beijerse 2012b  
 J. uit Beijerse, 'Een kindvriendelijk klimaat in de justitiële jeugdinrichtingen - Naar voorbeeld van de 'European Rules for juvenile offenders subject to sanctions and measures'', In: C. Forder e.a. (red.), *Kindvriendelijke opsluiting. Gesloten plaatsing van jeugdigen in het licht van de mensenrechten*, Leiden: NJCM 2012, p. 65-81.

- Uit Beijerse, Logtenberg & Rietbergen (red.) 2010  
 J. uit Beijerse, K. Logtenberg & M. Rietbergen (red.), *Zorg om de jeugdzorg*, Den Haag: Bju 2010, p. 62.
- Van de Klippe 1997  
 H. van de Klippe, *Dwangtoepassing na onvrijwillige opname*, Ars Aequi Libri: Nijmegen 1997.
- Van den Bos, Koeven & Widdershoven 2013  
 C. van den Bos, H. van Koeven & T.P. Widdershoven, 'Nieuwsvoorziening bij dwangopneming: de norm ontbreekt', *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 2013-2, p. 50-54.
- Van der Helm 2011  
 G.H.P. van der Helm, *First do no Harm. Living group climate in secure juvenile correctional institutions*, (diss. Amsterdam VU), 2011.
- Van der Hoek e.a. 2009  
 D. van der Hoek, K. Eppink, F. Koenraadt & M. Boone, *Balanceren met recht. Onderzoek naar de beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden in de klinische praktijk*, Den Haag: WODC, Universiteit Utrecht Pompe instituut 2009.
- Van der Knoop 2011  
 J. van der Knoop, *De daling van het aantal opleggingen van de PIJ-maatregel nader beschouwd. Eindrapport*, WODC 2011, p.83.
- Van der Wolf & Noyon 2013  
 M.J.F. van der Wolf & L. Noyon, 'Zeven jaar na de Commissie Visser: een nieuw evenwicht?', *Justitiële verkenningen* 2013, afl. 4, p. 9-24.
- Van der Wolf 2012  
 M.J.F. van der Wolf, *TBS – veroordeeld tot vooroordeel. Een visie na analyse van historische fundamente van recente knelpunten, het systeem en buitenlandse alternatieven* (diss. Rotterdam), Oisterwijk: Wolf legal publishers 2012.
- Van der Wolf 2013a  
 M.J.F. van der Wolf (2013), 'The ECHR and the German System of Preventive Detention: An Overview of the Current Legal Situation in Germany. Comments on Kinzig', in: Michele Caianiello and Michael Louis Corrado (eds.), *Preventing Danger: New Paradigms in Criminal Justice*, Carolina Academic Press 2013.
- Van der Wolf 2013b  
 M.J.F. van der Wolf, 'EHRM Van der Velden: een acuut tbs-probleem ontleed vanuit een duurzaam perspectief', *Sancties* 2013, afl. 2, p. 60-69.
- Van der Wolf e.a. 2010  
 M.J.F. van der Wolf e.a., 'Understanding and Evaluating Contrasting Unfitness to Stand Trial Practices. A Comparison between Canada and The Netherlands', *International Journal of Forensic Mental Health* (9) 2010, afl. 3, p. 245-258.
- Van der Wolf e.a. 2012  
 M.J.F. van der Wolf e.a., 'Worstelen met de weigerende observandus', *DD* 2012, afl. 9, p. 775-791.



- Van der Zanden 2010  
M.C.G van der Zanden, 'Zelfbinding nu en in de toekomst', *Journaal GGZ en recht* 2010, p. 143-149.
- Van Erp 2013  
J. van Erp, 'VWS in actie! – wetsvoorstel Zorg en dwang', *Journaal GGZ en recht* 2013, p. 34-36.
- Van Ginneken 2002  
P.J.J.N. van Ginniken, *Evaluatie Wet Bopz; deelonderzoek 2: Externe rechtspositie in de psychogeriatric en de verstandelijk gehandicaptensector*, Den Haag: ZonMw 2002.
- Van Kordelaar & Van Panhuis 2000  
W. F. van Kordelaar & P.J.A. van Panhuis, 'De TBS-instroom onder de loep', *Sancties* 2000, afl. 1, p. 6-21.
- Van Marle e.a. 2013  
H.J.C. van Marle e.a., 'Prolegomena', in: H.J.C. van Marle e.a. (red.), *Gedragskundige rapportage in het strafrecht*, Deventer: Kluwer 2013, p. 3-76.
- Van Nieuwenhuizen e.a. 2011  
Ch. van Nieuwenhuizen e.a., *TBS-behandeling geprofileerd. Een gestructureerde casussenanalyse*, Den Haag: WODC 2011.
- Van Veen 1983  
Th. W. van Veen, 'Het t.b.r.-ontwerp 1982', *DD* 1983, afl. 5, p. 368-378.
- Van Veldhuizen 2012  
J.R. van Veldhuizen, 'Nieuwe voorstellen Wvvgz; Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg, vooruit kijken en terugkijken', *Journaal GGZ en recht* 2012, p. 71-75.
- Van Vliet & Wilken, 2001  
J.A. van Vliet & J.P. Wilken, *Ons kent ons, de praktijk van samenwerking in de forensische zorg*, Amsterdam: SWP 2001.
- Van Vliet 2001  
J.A. van Vliet, *Literatuuronderzoek "TBS & GG*, in: Commissie Kosto (2001), *Veilig en wel: Een beleidsvisie op de tbs*, Den Haag: Ministerie van Justitie, p. 7.1-7.60.
- Vegter 2008  
P.C. Vegter, 'Behandeling en gevangenisstraf', in: H.J.C. van Marle, P.A.M. Mevis & M.J.F. van der Wolf (red.), *Gedragskundige rapportage in het strafrecht*, Deventer: Kluwer, p. 279-298.
- Verwaaijen 2011  
A.A.G. Verwaaijen, 'TBS uit de klem: een voorstel om de maatschappelijke veiligheid op korte en op langere termijn te verbeteren', *Sancties* 2011, afl. 1, p. 40- 53.
- Vreugdenhil 2003  
Jacoba Vreugdenhil, *Psychiatric Disorders Among Incarcerated Male Adolescents in the Netherlands* (diss. Amsterdam VU), 2003.
- Vroom-Cramer 2014  
B.M. Vroom-Cramer, 'Het belang van het indicatiebesluit bij de uithuisplaatsing van minderjarigen', *Tijdschrift voor Familie- en Jeugdrecht* 2014, 6.
- Werkgroep IBO-I 1995  
Werkgroep IBO-I 1995, *Doelmatig behandelen*, Den Haag: Ministerie van Justitie 1995.

- Widdershoven & Dörenberg 2014  
T.P. Widdershoven & V.E.T. Dörenberg, 'Nieuwe tussenstand Wet verplichte ggz: voortgang, twijfels en zorgen', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2014, p. 107-114.
- Widdershoven 2005  
T.P. Widdershoven, *Strafrechtelijke opnemings in de psychiatrie. Een commentaar op art. 51 Wet bopz*, Sdu uitgevers: Den Haag 2005.
- Widdershoven 2006  
T.P. Widdershoven, 'Na de Wet Bopz: aandachtspunten voor een regeling van psychiatrische dwang', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2006, p. 488-503.
- Widdershoven 2008  
T.P. Widdershoven, 'Dwangpsychiatrie: rechters, deskundigen, kwaliteit en geld', *Nederlands Juristenblad* 2008, p. 1863-1864.
- Widdershoven 2009  
T.P. Widdershoven, 'Opvolger Wet Bopz: goed op weg, maar we zijn er nog niet', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2009, p. 175-184.
- Widdershoven 2010  
T.P. Widdershoven, 'Zorg en dwang: één stap voorwaarts, twee terug', *Nederlands Juristenblad* 2010, p. 610-614.
- Widdershoven 2011  
T.P. Widdershoven, 'Armoede troef', *Journaal GGZ en recht* 2011, p. 30-31.
- Widdershoven 2012  
T.P. Widdershoven, 'Juridische aspecten van nieuwsvoorziening bij dwangopneming in de psychiatrie', *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2012, p. 24-31.
- Widdershoven 2013a  
T.P. Widdershoven, 'De Wet Bopz en art. 37 Sr', in H.J.C. van Marle e.a. (red.), *Gedragkundige rapportage in het strafrecht*, Deventer: Kluwer 2013.
- Widdershoven 2013b  
T.P. Widdershoven, 'Nota van wijziging Wet verplichte ggz: aanpassing gewenst', *Journaal GGZ en recht* 2013, p. 211-214.
- Widdershoven 2014  
T.P. Widdershoven, 'Strafrechtelijke dwangpsychiatrie: binnen door een zijdeur?', *Journaal GGZ en recht* 2014, afl. 2.
- Wilken e.a. 1999  
J.P. Wilken, J. Klamer, & J. Bröker, *Grensstroom. Een onderzoek naar cliëntstromen en kenmerken van forensisch psychiatrische klinieken en forensisch psychiatrische afdelingen in het veld van GGZ en Justitie*, Bilthoven: Storm Rehabilitatie 1999.
- Zuijderhoudt 2013R.  
Zuijderhoudt, 'Voorwoord', *Journaal GGZ en recht* 2013, p. 206-207.
- Zuijderhoudt 2014  
R.H. Zuijderhoudt, *Stoornis en de Bopz (praktijkreeks 8)*, Den Haag: Sdu Uitgevers: 2004.
- Zwemstra 2013  
J.C. Zwemstra, 'De adviezen 'Stoornis en delict' van de Raad voor de Volksgezondheid en 'Forensische zorg tijdens detentie' van de RSJ gewogen', *Sancties* 2013, afl. 2, p. 70-77.

# A

## Samenstelling Begeleidingscommissie

### **Begeleidingscommissie**

#### *Voorzitter*

de heer prof. dr. T.E.D. van der Grinten

#### *Vice-voorzitter*

mevrouw mr. R.P. de Roode

#### *Leden*

mevrouw L. van Domburgh  
de heer prof. dr. C.M.P.M. Hertogh  
de heer dr. A.J.K. Hondius  
mevrouw drs. F.W. Hulscher-Weenink  
de heer D.C. Kaasjager, arts  
mevrouw mr. E.A.A. van Kalveen  
mevrouw drs. J.A.M.A. Venmans  
mevrouw drs. R.H.M. Vernimmen  
de heer mr. T.P. Widdershoven

#### *Waarnemers*

de heer J.B. van den Berg, VWS  
mevrouw mr. M.E. Damave, VenJ  
mevrouw M.M. Jongeling, VWS

#### *ZonMw*

de heer mr. M. Slijper



# B

## Samenstelling Commissie evaluatie regelgeving

### **Commissie evaluatie regelgeving**

#### *Voorzitter*

de heer Rien Meijerink

#### *Vice-voorzitter*

de heer prof. dr. E. Briët

#### *Leden*

mevrouw prof. dr. I.D. de Beaufort

mevrouw mr. W.K. Bischof

de heer drs. W. Geerlings

de heer prof. dr. mr. J.K.M. Gevers

de heer prof. dr. T.E.D. van der Grinten

de heer D.C. Kaasjager, arts

mevrouw mr. R.P. de Roode

mevrouw H.H. Witte

#### *Waarnemer*

de heer mr. R.J. Terwiel (VWS)

#### *ZonMw*

de heer mr. M. Slijper

mevrouw drs. M.J. Sander



# C

## Methodologische verantwoording

### 1 Inleiding

Voor het empirisch onderzoek is gebruik gemaakt van een aantal verschillende manieren van gegevensverzameling. Het gaat om de volgende onderzoeksmethoden:

- 1 Verkennende gesprekken
- 2 Enquête onder zorgverleners in verschillende zorggebieden
- 3 Interviews onder patiënten/cliënten
- 4 Casestudies
- 5 Verdiepende interviews met sleutelfiguren en experts
- 6 Focusgroepen

### 2 Onderzoeksmethoden

#### *Verkennende gesprekken*

In de verkennende fase van het onderzoek hebben oriënterende interviews plaatsgevonden met personen uit de verschillende sectoren. De oriënterende interviews hadden tot doel de belangrijkste thema's, dilemma's en knelpunten die in de praktijk ervaren werden te verkennen en input te krijgen voor de vragenlijst.

#### *Enquête onder zorgverleners in verschillende zorggebieden*

Onder zorgverleners in de verschillende sectoren is een uitgebreid vragenlijstonderzoek uitgevoerd. Hierbij is gebruik gemaakt van een gestructureerde vragenlijst met voornamelijk gesloten vragen. De vragenlijst is in concept voorgelegd aan de begeleidingscommissie en aan een aantal adviseurs dat werkzaam is in de betreffende sectoren. De adviezen en opmerkingen van deze groep zijn gebruikt om de vragenlijst verder aan te scherpen. De gehanteerde vragenlijst is opgenomen in bijlage D. Informatie over de respondenten is opgenomen in paragraaf 3 van deze bijlage.

### *Verdiepende interviews*

In de verdiepende fase hebben interviews plaatsgevonden met personen uit de verschillende sectoren. In totaal is met 74 personen gesproken. Er is gesproken met tien rechters, negen advocaten, één vertegenwoordiger van patiënten/cliënten, negen op beleidsniveau betrokken personen, tien personen van koepelorganisaties van patiënten/cliënten, instellingen of artsen en 35 medewerkers van instellingen waaronder juristen en behandelaren die werkzaam zijn in de diverse sectoren.

Vanwege de door respondenten gewenste anonimiteit worden zij in dit rapport niet bij naam genoemd. Verder is ook met instellingen overeengekomen de naam van de instelling niet te vermelden. Op die manier konden medewerkers vrijuit spreken zonder dat dit gevolgen zou hebben voor de instelling en of de betreffende medewerker.

### *Interviews onder patiënten*

Omdat het onderzoek zich richt op het in kaart brengen van de toepassing van de verschillende regelingen in de sectoren en het daarbij in belangrijke mate gaat om de betrokken patiënten en cliënten is getracht deze doelgroep zoveel in het onderzoek te betrekken. In totaal zijn gesprekken gevoerd met drie patiënten in psychiatrische instellingen, tien jeugdigen in justitiële jeugdinrichtingen, vier jeugdigen in de jeugdzorgplus en met vier patiënten in TBS-instellingen. In de sectoren psychogeriatric en verstandelijk gehandicapten zijn geen interviews gehouden met patiënten/cliënten.

### *Casestudies*

Aanvullend is in iedere sector een casestudie uitgevoerd. Doel van deze casestudie was om diepgravend onderzoek te doen naar de toepassing van de wettelijke regelingen in de praktijk, met bijzondere aandacht voor de rechtspositie van cliënten. Daarbij zijn gesprekken gevoerd met behandelaren, begeleiders en gedragsdeskundigen en zijn protocollen en regelingen bestudeerd.

### *Focusgroepen*

Ten slotte is een tweetal focusgroepen georganiseerd. Het doel van de focusgroepen was om te komen tot een inhoudelijke reflectie op de voornaamste onderzoeksbevindingen. De twee focusgroepen hadden ieder een specifieke invalshoek, resp. volwassenen en jeugd. In bijlage F is een overzicht van de deelnemers opgenomen.

## **3 Vragenlijstonderzoek sectoren**

Voor het empirisch onderzoek is een vragenlijst in een open, vrij toegankelijke en een afgeschermd, niet vrij toegankelijke variant uitgezet. Bij twee beroepsgroepen, psychiaters die ingeschreven staan bij het NVvP en psychologen die ingeschreven staan bij het NIP, is gebruik gemaakt van individuele uitnodigingen die per e-mail zijn verzonden. Bij de andere benaderde organisatie is gebruik gemaakt van een open vragenlijst.



## Open vragenlijst

Via verschillende organisaties zijn zorgverleners opgeroepen naar een website te gaan om daar de vragenlijst in te vullen. In de onderstaande tabel is een overzicht gegeven van de benaderde organisaties.

Tabel C.1: Wijze van betrekken zorgverleners

Organisatie	Hoe	Wanneer
Verenso	Oproep via een nieuwsbrief.	September 2013
Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland	Een uitnodigingsbrief via kwaliteitsmedewerkers instellingen (150 instellingen) naar begeleiders (één tot vijf per instelling).	September 2013
Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten	Oproep via een e-mail en vermelding van het onderzoek op de website.	September 2013
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland	Oproep via een nieuwsbrief en vermelding van het onderzoek op de website.	September 2013
Nederlandse vereniging van pedagogen	Oproep via een e-mail en vermelding van het onderzoek op de website.	September 2013
Dienst Justitiële Inrichtingen	Oproep via een e-mail.	Oktober 2013

## Gesloten vragenlijst voor psychiaters en psychologen

Psychiaters die ingeschreven staan bij het NVvP en psychologen die ingeschreven staan bij het NIP hebben een individuele uitnodiging per e-mail ontvangen om de vragenlijst in te vullen. De zorgverleners zijn in september en oktober 2013 per e-mail uitgenodigd om een afgeschermdde enquête in te vullen. De e-mail bevatte een toelichting op het doel van het onderzoek, het internetadres van de vragenlijst en een unieke inlogcode. Er is eenmaal een rappel verzonden waarin respondenten die tot dan toe de vragenlijst niet hadden ingevuld is verzocht de lijst alsnog in te vullen.

## Selectie zorgverleners

De volgende algemene principes zijn gehanteerd bij de keuze van de te benaderen zorgverleners:

- zorgverleners die verantwoordelijk zijn voor de toepassing van dwang moeten voldoende zijn vertegenwoordigd;
- zorgverleners die de dagelijkse begeleiding verzorgen moeten voldoende zijn vertegenwoordigd;
- de grootte van de beroepsgroep speelt een rol. Om de beroepsgroepen niet te overbelasten, is gekeken naar het aantal beroepsbeoefenaren per sector. Zo nodig is een steekproef getrokken uit het ledenbestand.

## Steekproefkader

De steekproef onder psychiaters en psychologen is getrokken op basis van het ledenbestand van de beroepsorganisaties. Ten behoeve van de enquête zijn de benodigde gegevens van het NVvP en het NIP verkregen. Daarbij is aangesloten bij de sectorindeling die zij in hun ledenbestand hadden aangebracht. Per sector is bekeken het nodig was een steekproef te trekken of dat de volledige groep kon worden benaderd.

Bij het bepalen van de omvang van de steekproef is gerekend met een responspercentage van ongeveer 50%, een foutmarge van 5%, een betrouwbaarheidsniveau van 95% en spreiding kenmerken van 50%. De onderstaande tabel geeft een overzicht van de omvang van de deelpopulaties en steekproeven. De steekproeven zijn enkelvoudig aselekt getrokken met behulp van SPSS.

Tabel C.2: Populatie en steekproef psychiaters enquête NVvP

Interessegebied o.b.v. ledenbestand	interesse 1	interesse 2	aangeschreven
Leden afdeling Forensische Psychiatrie	79		79
Leden afdeling GGZ	2035		746
Leden afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie	462	3 + 2	350
Leden afdeling Ouderenspsychiatrie	215	2 + 2	211
Leden platform Psychiatrie en Verstandelijke Beperking	124	78	119
Totaal	2915	85	1505

\* Leden van het NVvP kunnen meerdere interesses hebben. Daardoor ligt het aantal aangeschreven leden soms lager dan het aantal leden wat interesse heeft getoond voor een sector.

Tabel C.3: Populatie en steekproef psychologen enquête NIP

Sector	leden	aangeschreven
Sector forensisch	242	242
Sector GGZ	3217	700
Sector Jeugd	751	500
Sector Ouderen	522	450
Sector Zorg voor Mensen met een Verstandelijke Beperking	154	154
Totaal	4886	2046

## Respons

Meer dan 1445 mensen hebben de vragenlijst deels of geheel ingevuld. Van deze groep bleken 409 vragenlijsten om verschillende redenen niet bruikbaar. Deze zijn tijdens de fase van data cleaning verwijderd. Dit ging om vragenlijsten waar maar een of enkele vragen waren ingevuld en om

respondenten die niet tot de doelgroep behoorden, omdat zij niet (meer) werkzaam in het beroepsveld waren.

In totaal zijn 3551 zorgverleners persoonlijk benaderd (psychiaters en psychologen). In totaal kwamen 44 e-mails onbestelbaar retour en 37 zorgverleners weigerden deelname aan de enquête. Van de persoonlijk benaderde zorgverleners hebben 372 de vragenlijst ingevuld op een wijze die bruikbaar was voor het onderzoek.

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de respons voor de verschillende sector. De vermelde aantallen zijn gebaseerd op de door de respondenten gegeven antwoorden op de vraag: In welke sector / instelling bent u voornamelijk werkzaam? Daarbij was het mogelijk meerdere sectoren aan te geven.

*Tabel C.4: Respondenten*

Organisatie	Aantal	
NIP	161	7,9%
NVvP	211	14%
Open	664	-
Totaal	1036	-

*Tabel C.5: Respons enquête*

Sector	Aantal
JJI	59
GJZ	31
GGZ	310
VG	412
VPH	100
TBS/FPC	54
GW/PPC	7
FGGZ/FPK/FPA	63
Totaal respons	1036

Tabel C.6: Respons beroepen per sector

Beroep	JJI	GJZ	GGZ	VG	VPH	TBS/ FPC	GW/ PPC	FGGZ/ FPK/FPA
Psychiater	2	0	182	4	0	2	1	7
Arts verstandelijk gehandicapten	0	0	0	12	0	0	0	0
Arts – ouderenspecialist	0	0	0	0	30	0	0	0
Gedragsdeskundige / Psycho- loog / (ortho)pedagoog	19	9	52	116	62	5	5	16
Verpleegkundige / SPV	7	0	12	59	3	9	0	18
Verzorgende	0	0	4	28	1	0	0	0
Sociotherapeut	1	4	12	9	1	40	0	15
Begeleider	2	2	12	138	1	1	0	2
Anders	28	16	40	74	3	3	0	0

### Analysemethoden

De data uit de verschillende vragenlijsten zijn geanalyseerd in het statistisch programma SPSS. De databestanden van de verschillende zorgverleners (open en gesloten) zijn samengevoegd tot één databestand voor de verdere verwerking en analyse van de gegevens.

Voor de analyse van de gegevens uit het vragenlijstonderzoek is gebruik gemaakt van gangbare beschrijvende statistieken, zoals frequentie verdelingen. De beschrijving is primair op het niveau van de sectoren.

### Betekenis afkortingen:

JJI	justitiële jeugd inrichtingen
GJZ	gesloten jeugdzorg
GGZ	geestelijke gezondheidszorg
VG	zorg voor verstandelijk gehandicapten
VPH	verpleeghuiszorg
TBS/FPC	forensisch penitentiair centrum
GW/PPC	gevangeniswezen/ psychiatrisch penitentiair centrum
FGGZ/FPK/FPA	forensische geestelijke gezondheidszorg/ forensisch psychiatrische kliniek/forensische psychiatrische afdeling

### Weergave empirische gegevens ggz

Bij de verwerking van de empirische onderzoeksgegevens in tabellen is ten behoeve van de leesbaarheid de keuze gemaakt om waar er sprake is van de vijf antwoord categorieën geheel eens, meer eens dan oneens, eens noch oneens, meer oneens dan eens en geheel oneens alleen de optelsom van de eerste twee of in voorkomende gevallen alleen de laatste twee categorieën weer te geven.

# D

## Vragenlijst

*Inleidende tekst: Welkom en fijn dat u de tijd neemt deze enquête in te vullen. In deze vragenlijst staat het thema **dwang** in een zorgsetting centraal.*

*We willen graag van u weten op welke manier bij uw afdeling/groep omgegaan wordt met het toepassen van dwangmiddelen of dwangbehandelingen (in sommige sectoren worden dit vrijheidsbeperkende maatregelen genoemd). Het gaat bijvoorbeeld om fixatie, afzondering en dwangmedicatie, maar ook andere vormen van dwang, zoals het onder dwang douchen of het toedienen van voedsel en/of vocht vallen onder dit onderzoek. Het onderzoek waaraan u via deze vragenlijst uw medewerking verleent, gaat over **alle gedwongen of onvrijwillige zorg**.*

*Deze vragenlijst wordt in een groot aantal sectoren afgenomen. Daarom is het mogelijk dat de terminologie die in deze vragenlijst gebruikt wordt, niet direct aansluit op uw eigen praktijksituatie. In deze vragenlijst wordt het begrip 'cliënt' gebruikt, hieronder worden ook patiënten en jeugdigen verstaan.*

*De resultaten van deze enquête worden vertrouwelijk behandeld en **anoniem** verwerkt. Met de resultaten van het onderzoek worden aanbevelingen gedaan voor de wetgever en voor de praktijk.*

*U kunt tussentijds de vragenlijst opslaan en later hervatten door op de 'hervat later' knop te drukken. Als u vervolgens verder wilt gaan kan dat door opnieuw in te loggen met uw code.*

*Indien u wilt wisselen tussen pagina's kunt u daarvoor de knoppen onderaan de vragenlijst gebruiken. Gebruik daarvoor niet de browser knoppen.*

### **Algemeen**

In welke sector / instelling bent u voornamelijk werkzaam?

*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Justitiële jeugdinrichtingen
- Gesloten jeugdzorg / jeugdzorgplus
- Geestelijke gezondheidszorg

- Zorg voor mensen met een verstandelijke beperking
- Verpleeghuissector
- Forensische GGZ / FPK / FPA
- Gevangeniswezen / PPC
- TBS / FPC

Wat is uw beroep?

*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Psychiater
- Arts verstandelijk gehandicapten
- Arts – ouderenspecialist
- Gedragsdeskundige / Psycholoog / (ortho)pedagoog
- Verpleegkundige / SPV
- Verzorgende
- Sociotherapeut
- Anders, namelijk...

Met welke van de onderstaande maatregelen heeft u in de praktijk te maken?

*(meerdere antwoorden mogelijk)*

- Afzondering
- Separatie / isolatie
- Fixatie
- Gedwongen medicatie
- Gedwongen toedienen van voeding en/of vocht
- Controle op verdovende middelen (bijvoorbeeld urineonderzoek)
- Gedwongen handelingen ter verzorging van de cliënt (bijvoorbeeld onder dwang douchen)
- Beperking van bewegingsvrijheid (tot bijvoorbeeld de afdeling waar cliënt verblijft)
- Beperking van bezoek of telefoonverkeer
- Het gebruik van domotica (technische hulpmiddelen)
- Anders, namelijk ....

### **Zorgtitels**

**Inleidende tekst:** *Cliënten kunnen op verschillende manieren in een instelling terecht komen. Eén van die manieren is door een besluit van de rechter. Daarnaast is het mogelijk dat cliënten vrijwillig worden opgenomen in een instelling. De grondslag voor opname in een instelling wordt de 'titel' genoemd.*

Zijn er op de afdeling/groep waar u werkzaam bent cliënten aanwezig met verschillende titels?

- Nee, alle cliënten hebben dezelfde titel.
- Ja, er zijn verschillende titels.

Welke (zorg)titel, of titels, hebben de cliënten die aanwezig zijn op de afdeling / groep waar u werkzaam bent?

*(meerdere antwoorden mogelijk)*

**Afhankelijk van het gegeven antwoord op vraag 1 wordt één van onderstaande rijtjes voorgelegd aan de respondent.**

*Antwoordopties m.b.t. de jeugdzorg en justitiële jeugdinrichtingen*

- Vrijwillige opneming
- Machtiging gesloten jeugdzorg
- Voorlopige hechtenis
- Jeugd detentie
- PIJ maatregel
- Rechterlijke machtiging BOPZ
- Scholing en trainingsprogramma (stp)
- Bijzondere voorwaarden bij (deels) voorwaardelijke straf
- Bijzondere voorwaarden bij (deels) voorwaardelijke PIJ maatregel
- Anders namelijk...

*Antwoordopties m.b.t. de GGZ*

- Vrijwillige opneming
- Inbewaringstelling BOPZ
- Rechterlijke machtiging BOPZ
- Voorwaardelijke machtiging BOPZ
- Artikel 60 BOPZ (geen bereidheid, geen bezwaar)
- TBS met voorwaarden
- Overplaatsing vanuit gevangeniswezen / forensische zorg / TBS
- Anders namelijk...

*Antwoordopties m.b.t. verpleeghuiszorg en zorg voor mensen met een verstandelijk beperking*

- Vrijwillige opneming
- Inbewaringstelling BOPZ
- Rechterlijke machtiging BOPZ
- Voorwaardelijke machtiging BOPZ
- Artikel 60 BOPZ (geen bereidheid, geen bezwaar)
- Anders namelijk...

*Antwoordopties m.b.t. de forensische zorg (meerdere antwoorden mogelijk)*

- BOPZ-titels
- TBS met dwangverpleging

- TBS met voorwaarden
- Voorwaardelijke beëindiging TBS
- Bijzondere voorwaarde bij (deels) voorwaardelijke straf
- Strafrechtelijke plaatsing in psychiatrisch ziekenhuis
- Gevangenisstraf / detentie
- Voorlopige hechtenis (of schorsing daarvan onder voorwaarden)
- Anders namelijk...

Kies de stelling die het meest past bij de wijze waarop gewerkt wordt in uw instelling:

**Deze vraag wordt alleen gesteld wanneer 'Ja, er zijn verschillende titels' is aangekruist.**

- De titel van een cliënt is bepalend voor welke vormen van dwang ik op die cliënt mag toepassen. Bij onze afdeling / groep verschilt het daarom per cliënt of en op welke manier dwang toegepast mag.
- De afdeling waar de cliënt zich bevindt is bepalend voor welke vormen van dwang die ik op die cliënt mag toepassen. Dit is voor alle cliënten op de afdeling / groep dus hetzelfde.
- De afdeling waar de cliënt zich bevindt is bepalend voor welke vormen van dwang die ik op die cliënt mag toepassen. Bij alle cliënten op de groep/afdeling wordt daarom op dezelfde manier dwang toegepast, maar heel af en toe heeft een cliënt een andere titel waardoor andere voorwaarden gelden.

Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stelling: *Het levert bij het toepassen van dwang onduidelijke situaties op wanneer er cliënten met verschillende titels op één afdeling verblijven.*

**Deze vraag wordt alleen gesteld wanneer 'Ja, er zijn verschillende titels' is aangekruist.**

- Geheel mee eens
- Mee eens
- Niet mee eens, niet mee oneens
- Mee oneens
- Geheel mee oneens

Past u, wanneer dit nodig is, ook dwang toe bij cliënten die op vrijwillige basis verblijven op de afdeling waar u werkzaam bent?

**Deze vraag wordt alleen gesteld wanneer 'vrijwillige opneming' is geantwoord.**

- Ja, welke vormen van dwang:... (open antwoordveld)
- Nee



## Criteria

Het toepassen van dwang is verbonden aan een aantal regels, zoals hoe lang de dwang mag duren en wie de dwang kan toepassen. Kunt u aangeven of u persoonlijk bekend bent met de inhoud van de criteria / voorwaarden bij het toepassen van dwang?

- Ik ben zeer goed op de hoogte
- Ik ben op de hoogte
- Ik ben gedeeltelijk op de hoogte
- Ik ben niet echt op de hoogte
- Ik ben helemaal niet op de hoogte

Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stelling: *De criteria / voorwaarden waaraan een situatie moet voldoen voordat ik dwang kan toepassen zijn in de praktijk bij alle vormen van dwang goed werkbaar.*

- Geheel eens
- Eens
- Niet eens, niet oneens
- Oneens
- Geheel oneens

Indien de vorige vraag als volgt is ingevuld: niet eens, niet oneens – oneens – geheel oneens: Kunt u in enkele woorden aangeven waarom de criteria / voorwaarden in de praktijk niet goed werkbaar zijn?

U kunt hier uw antwoord invullen: .....

## Beslissingsbevoegdheid

Geef aan in welke mate de volgende stelling op u van toepassing is:

*Als ik in een situatie terecht kom waarin ik dwang wil toepassen, weet ik wie hier het besluit over moet nemen.*

- Dit is **altijd** het geval
- Dit is **vaak** het geval
- Dit is **soms** het geval
- Dit is **zelden** het geval
- Dit is **nooit** het geval

Geef aan in welke mate de volgende stelling op u van toepassing is:

*Ik pas in de praktijk alleen dwang toe op een cliënt, nadat de persoon die hier over moet besluiten, hierover besloten heeft.*

- Dit is **altijd** het geval
- Dit is **vaak** het geval
- Dit is **soms** het geval
- Dit is **zelden** het geval
- Dit is **nooit** het geval

### **Uitvoering**

Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stelling:

*Het personeel op de werkvloer is goed in staat om dwang toe te passen.*

- Dit is **altijd** het geval
- Dit is **vaak** het geval
- Dit is **soms** het geval
- Dit is **zelden** het geval
- Dit is **nooit** het geval

Vink de stelling aan die het beste bij uw opvatting past:

- In de praktijk wordt te makkelijk naar het middel dwang gegrepen.
- Er wordt te weinig dwang gebruikt in de praktijk.

De wet stelt eisen aan het zorgvuldig toepassen van dwang. De cliënt moet bijvoorbeeld geïnformeerd worden, de dwang moet geregistreerd worden en er dient evaluatie plaats te vinden.

Vink de stelling aan die het best bij uw mening past:

- De waarborgen die de wet biedt voor de toepassing van dwang leveren voornamelijk papierwerk op.
- De waarborgen die de wet biedt zijn belangrijke richtlijnen die dagelijks bijdragen aan goede toepassing van dwang.

Geef aan in welke mate de volgende stelling van toepassing is:

*Nadat met dwang is begonnen wordt voldoende frequent geëvalueerd of continuering nog nodig is.*

- Dit is **altijd** het geval
- Dit is **vaak** het geval
- Dit is **soms** het geval
- Dit is **zelden** het geval
- Dit is **nooit** het geval

## Drang

**Inleidende tekst:** *Het toepassen van dwang is in de praktijk lang niet altijd nodig, veelal kan het gedrag van cliënten op minder ingrijpende wijzen worden gestuurd. Bijvoorbeeld door het toepassen van drang. Dit komt bijvoorbeeld tot uiting wanneer tegen de cliënt wordt gezegd dat, wanneer hij zich niet aan voorwaarden of afspraken houdt, dwang zal worden toegepast of gecontinueerd.*

Welke vormen van drang komen het meeste voor op uw afdeling / groep?

Open antwoordcategorie

Vink de stelling aan die het meest bij uw opvatting past:

Drang wordt in de praktijk gebruikt...

- Om het toepassen van dwang te voorkomen
- Als dreigmiddel
- Om te voorkomen dat allerlei papierwerk nodig is

## Informatievoorziening

**Inleidende opmerking:** *Waar cliënt staat wordt, indien van toepassing, eveneens zijn wettelijk vertegenwoordiger (curator of mentor) of zijn ouder / voogd bedoeld.*

Wie informeert in de praktijk de cliënt over de volgende onderwerpen?  
(meerdere antwoorden mogelijk)

Onderwerpen:

- Reden voor het opleggen van de titel
- Duur van de titel
- De criteria/voorwaarden voor het opleggen van dwang
- Dwangmogelijkheden die zijn opgenomen in het behandelplan/ondersteuningsplan
- Mogelijkheden om klachten in te dienen
- Verlofmogelijkheden
- De mogelijkheden voor rechtsbijstand
- Beroepsmogelijkheden

Wie informeert:

- Rechter
- Advocaat
- Pedagoog/psycholoog/gedragsdeskundige
- Psychiater

- Begeleider/sociotherapeut
- Vertrouwenspersoon/maand-commissaris
- Anders
- Weet niet

Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stelling: *De informatie die mijn cliënten ontvangen over de voorgaande onderwerpen is over het algemeen begrijpelijk voor hen.*

- Geheel mee eens
- Mee eens
- Niet mee eens, niet mee oneens
- Mee oneens
- Geheel mee oneens

Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stelling: *Voorafgaand aan de beslissing tot het verlengen of beëindigen van een juridische titel, worden cliënten voldoende in staat gesteld hun mening en visie hierover te geven. Cliënten worden naar mijn mening voldoende gehoord.*

- Geheel mee eens
- Mee eens
- Niet mee eens, niet mee oneens
- Mee oneens
- Geheel mee oneens

### **Klachtbehandeling**

Hoe vaak worden klachten op uw afdeling/groep ingediend?

- Dagelijks
- Wekelijks
- Maandelijks
- Eens per half jaar
- Minder vaak dan eens per half jaar

Welke van de onderstaande motieven hebben cliënten om een klacht in te dienen? Orden de motieven op volgorde van meest voorkomend. *(Toelichting hoe vraag in te vullen)*

- Om zich 'in control' te voelen over hun leven
- Om hun rechten en plichten te verduidelijken of te bevestigen
- Om de behandeling van de individuele cliënt aan te passen
- Om het beleid op de afdeling/groep aan te passen

Geef aan in hoeverre de volgende stellingen van toepassing is op de afdeling/groep waar u werkzaam bent:

*Het is het afgelopen jaar voorgekomen dat het beleid van mijn afdeling/groep is aangepast naar aanleiding van een klacht die een cliënt had ingediend.*

- Ja
- Nee
- Niet van toepassing (er zijn geen toen klachten ingediend)

*Het is het afgelopen jaar voorgekomen dat het behandelplan/de behandeling van een cliënt is aangepast naar aanleiding van een klacht die die cliënt had ingediend.*

- Ja
- Nee
- Niet van toepassing (er zijn toen geen klachten ingediend)

### **Overplaatsing**

Ervaart u knelpunten bij het overplaatsen van cliënten naar een andere passende instelling, bijvoorbeeld wanneer de behandeling geïntensiveerd of juist afgebouwd moet worden?

- Open antwoordveld

Ervaart u knelpunten bij de overgang van verblijf van cliënten in een instelling naar ambulante zorg?

- Open antwoordveld

### **Afsluiting vragenlijst**

We zijn ons er van bewust dat een vragenlijst een beperkt middel is om inzicht te krijgen in de praktijk die u ervaart en de problemen waar u mogelijk tegenaan loopt bij het toepassen van dwang.

Om te voorkomen dat belangrijke informatie buiten het bereik van het onderzoek valt, willen we u de gelegenheid geven relevante zaken waar u tegenaan loopt, en niet aan de orde kwamen in de vragenlijst, met ons te delen. Dat kan door uw opmerkingen in te vullen in de onderstaande tekst box.

- Open antwoordveld

Graag sturen wij u, nadat het onderzoek is afgerond, een digitaal exemplaar toe van het onderzoeksrapport. Indien u dit wenst te ontvangen kunt u hier uw mailadres invoegen.

E-mail: .....

Om de uitkomsten van het vragenlijstonderzoek te verhelderen en te verdiepen worden expertmeetings georganiseerd. Mogen wij u benaderen om hier aan deel te nemen?

- Nee
- Ja, email: .....

*Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst.*

# E

## Resultaten enquête

*Tabel E.1: Met welke van de onderstaande maatregelen heeft u in de praktijk te maken?*

Meerdere antwoorden mogelijk	JJI N=58	GJZ N=30	GGZ N=247	VG N=368	VPH N=100	TBS/FPC N=54	GW/PPC N=7	FGGZ/ FPK/FPA N=63
Afzondering	79%	93%	59%	51%	37%	98%	86%	76%
Separatie / isolatie	74%	40%	72%	21%	6%	100%	86%	71%
Fixatie	38%	67%	41%	58%	65%	35%	57%	21%
Gedwongen medicatie	5%	10%	76%	25%	75%	85%	29%	76%
Gedwongen toedienen van voeding en/of vocht	3%	0%	19%	10%	14%	7%	29%	3%
Controle op verdovende middelen (bijvoorbeeld urineonderzoek)	71%	80%	57%	14%	0%	98%	86%	73%
Gedwongen handelingen ter verzorging van de cliënt (bijvoorbeeld onder dwang douchen)	2%	3%	25%	17%	59%	17%	57%	22%
Beperking van bewegingsvrijheid (tot bijvoorbeeld de afdeling waar cliënt verblijft)	78%	80%	75%	74%	93%	94%	86%	79%
Beperking van bezoek of telefoonverkeer	84%	87%	44%	44%	11%	87%	71%	73%
Het gebruik van domotica (technische hulpmiddelen)	12%	17%	10%	42%	81%	15%	43%	14%

Tabel E.2: Zijn er op de afdeling/groep waar u werkzaam bent cliënten aanwezig met verschillende titels?

	JJI N=59	GJZ N=31	GGZ N=306	VG N=410	VPH N=99	TBS/FPC N=54	GW/PPC N=7	FGGZ/ FPK/FPA N=63
Nee, alle cliënten hebben dezelfde titel.	19%	71%	37%	46%	10%	59%	-	13%
Ja, er zijn verschillende titels.	81%	29%	63%	54%	90%	41%	100%	87%

Tabel E.3a: Welke (zorg)titel, of titels, hebben de cliënten die aanwezig zijn op de afdeling / groep waar u werkzaam bent?

Meerdere antwoorden mogelijk	JJI	GJZ
	N=59	N=31
Vrijwillige opneming	2%	23%
Machtiging gesloten jeugdzorg	10%	94%
Voorlopige hechtenis	73%	0%
Jeugd detentie	93%	3%
PIJ maatregel	97%	6%
Rechterlijke machtiging BOPZ	2%	3%
Scholing en trainingsprogramma (stp)	49%	0%
Bijzondere voorwaarden bij (deels) voorwaardelijke straf	19%	6%
Bijzondere voorwaarden bij (deels) voorwaardelijke PIJ maatregel	27%	3%
Anders	2%	3%

Tabel E.3b: Welke (zorg)titel, of titels, hebben de cliënten die aanwezig zijn op de afdeling / groep waar u werkzaam bent?

Meerdere antwoorden mogelijk	GGZ
	N=265
Vrijwillige opneming	76%
Inbewaringstelling BOPZ	57%
Rechterlijke machtiging BOPZ	80%
Voorwaardelijke machtiging BOPZ	58%
Artikel 60 BOPZ (geen bereidheid, geen bezwaar)	10%
TBS met voorwaarden	3%
Overplaatsing vanuit gevangeniswezen / forensische zorg / TBS	3%
Anders	5%



Tabel E.3c: Welke (zorg)titel, of titels, hebben de cliënten die aanwezig zijn op de afdeling / groep waar u werkzaam bent?

Meerdere antwoorden mogelijk	VG	VPH
	N=390	N=100
Vrijwillige opneming	87%	83%
Inbewaringstelling BOPZ	9%	32%
Rechterlijke machtiging BOPZ	6%	12%
Voorwaardelijke machtiging BOPZ	6%	12%
Artikel 60 BOPZ (geen bereidheid, geen bezwaar)	55%	93%
Anders	8%	1%

Tabel E.3d: Welke (zorg)titel, of titels, hebben de cliënten die aanwezig zijn op de afdeling / groep waar u werkzaam bent?

Meerdere antwoorden mogelijk	TBS/FPC GW/PPC FGGZ/ FPK/FPA		
	N=54	N=7	N=63
BOPZ-titel	28%	43%	67%
TBS met dwangverpleging	100%	86%	51%
TBS met voorwaarden	26%	71%	65%
Voorwaardelijke beëindiging TBS	17%	43%	33%
Bijzondere voorwaarde bij (deels) voorwaardelijke straf	7%	57%	51%
Strafrechtelijke plaatsing in psychiatrisch ziekenhuis	4%	43%	48%
Gevangenisstraf / detentie	6%	100%	22%
Voorlopige hechtenis (of schorsing daarvan onder voorwaarden)	-	100%	35%
Anders	9%	-	16%

Tabel E.4: Kies de stelling die het meest past bij de wijze waarop wordt gewerkt op uw afdeling.

	JJI N=41	GJZ N=8	GGZ N=183	VG N=218	VPH N=87	TBS/FPC N=22	GW/PPC N=7	FGGZ/ FPK/FPA N=52
De titel van een cliënt is bepalend voor welke vormen van dwang die ik op die cliënt mag toepassen. Bij onze afdeling/groep verschilt het daarom per cliënt of en op welke manier dwang toegepast mag worden.	12%	50%	87%	83%	55%	81%	14%	79%
De afdeling waar de cliënt zich bevindt is bepalend voor welke vormen van dwang die ik op die cliënt mag toepassen. Dit is voor alle cliënten op de afdeling/groep dus hetzelfde.	49%	13%	6%	7%	14%	-	29%	6%
De afdeling waar de cliënt zich bevindt is bepalend voor welke vormen van dwang die ik op die cliënt mag toepassen. Bij alle cliënten op de groep/afdeling wordt daarom op dezelfde manier dwang toegepast, maar heel af en toe heeft een cliënt een andere titel waardoor andere voorwaarden gelden.	39%	38%	7%	10%	31%	18%	57%	15%

Tabel E.5: Het levert bij het toepassen van dwang onduidelijke situaties op wanneer er cliënten met verschillende titels op één afdeling verblijven.

	JJI N=44	GJZ N=9	GGZ N=187	VG N=217	VPH N=88	TBS/FPC N=22	GW/PPC N=7	FGGZ/ FPK/FPA N=52
Eens	27%	22%	16%	30%	23%	46%	29%	26%
Eens noch oneens	25%	33%	16%	14%	23%	18%	29%	33%
Oneens	48%	44%	68%	56%	55%	36%	43%	41%

Tabel E.6: Past u, wanneer dit nodig is, ook dwang toe bij cliënten die op vrijwillige basis verblijven op de afdeling waar u werkzaam bent?

	JJI N=1	GJZ N=7	GGZ N=199	VG N=328	VPH N=83
Ja, welke vormen van dwang:	100%	71%	38%	49%	28%
Nee	0%	29%	62%	51%	72%

*Tabel E.7: Het toepassen van dwang is verbonden aan een aantal regels, zoals hoe lang de dwang mag duren en wie de dwang kan toepassen. Kunt u aangeven of u persoonlijk bekend bent met de inhoud van de criteria / voorwaarden bij het toepassen van dwang?*

	JJI N=54	GJZ N=31	GGZ N=292	VG N=358	VPH N=94	TBS/FPC N=54	GW/PPC N=7	FGGZ/ FPK/FPA N=59
Ik ben zeer goed op de hoogte.	20%	29%	17%	14%	15%	4%	-	19%
Ik ben op de hoogte.	50%	52%	50%	50%	55%	63%	43%	37%
Ik ben gedeeltelijk op de hoogte.	17%	16%	22%	29%	28%	28%	43%	34%
Ik ben niet echt op de hoogte.	11%	0%	8%	6%	2%	4%	14%	9%
Ik ben helemaal niet op de hoogte.	2%	3%	4%	1%	0%	2%	-	2%

*Tabel E.8: Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stelling: De criteria / voorwaarden waaraan een situatie moet voldoen voordat ik dwang kan toepassen zijn in de praktijk bij alle vormen van dwang goed werkbaar.*

	JJI N=53	GJZ N=31	GGZ N=288	VG N=349	VPH N=93	TBS/FPC N=53	GW/PPC N=7	FGGZ/ FPK/FPA N=58
Eens	75%	77%	45%	43%	48%	66%	14%	62%
Eens noch oneens	21%	19%	33%	33%	33%	25%	71%	24%
Oneens	4%	3%	22%	24%	18%	9%	14%	14%

*Tabel E.9: Geef aan in welke mate de volgende stelling op u van toepassing is: Als ik in een situatie terecht kom waarin ik dwang wil toepassen, weet ik wie hier het besluit over moet nemen.*

	JJI N=49	GJZ N=29	GGZ N=279	VG N=326	VPH N=90	TBS/FPC N=50	GW/PPC N=5	FGGZ/ FPK/FPA N=56
Dit is altijd het geval.	51%	76%	52%	42%	62%	44%	80%	63%
Dit is vaak het geval.	45%	21%	39%	44%	33%	52%	20%	36%
Dit is soms het geval.	4%	0%	4%	8%	3%	4%	-	-
Dit is zelden het geval.	0%	0%	2%	2%	1%	-	-	2%
Dit is nooit het geval.	0%	3%	3%	4%	0%	-	-	-

Tabel E.10: Geef aan in welke mate de volgende stelling op u van toepassing is: Ik pas in de praktijk alleen dwang toe op een cliënt, nadat de persoon die hier over moet besluiten, hierover besloten heeft.

	JJI N=49	GJZ N=29	GGZ N=275	VG N=325	VPH N=91	TBS/FPC N=50	GW/PPC N=5	FGGZ/ FPK/FPA N=57
Dit is altijd het geval.	45%	34%	49%	31%	63%	48%	40%	42%
Dit is vaak het geval.	35%	45%	35%	39%	29%	36%	40%	46%
Dit is soms het geval.	20%	17%	9%	18%	5%	14%	-	9%
Dit is zelden het geval.	0%	3%	1%	6%	1%	2%	-	4%
Dit is nooit het geval.	0%	0%	6%	5%	2%	-	20%	-

Tabel E.11: Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stelling: Het personeel op de werkvloer is goed in staat om dwang toe te passen.

	JJI N=47	GJZ N=28	GGZ N=261	VG N=303	VPH N=88	TBS/FPC N=49	GW/PPC N=4	FGGZ/ FPK/FPA N=53
Dit is altijd het geval.	11%	7%	11%	6%	1%	10%	50%	11%
Dit is vaak het geval.	70%	79%	69%	54%	52%	80%	50%	72%
Dit is soms het geval.	19%	11%	16%	29%	43%	6%	-	15%
Dit is zelden het geval.	0%	4%	2%	8%	3%	4%	-	2%
Dit is nooit het geval.	0%	0%	2%	3%	0%	-	-	-

Tabel E.12: Vink de stelling aan die het beste bij uw opvatting past.

	JJI N=45	GJZ N=25	GGZ N=242	VG N=289	VPH N=84	TBS/FPC N=48	GW/PPC N=4	FGGZ/ FPK/FPA N=53
In de praktijk wordt te makkelijk naar het middel dwang gegrepen.	62%	80%	49%	75%	89%	50%	43%	49%
Er wordt te weinig dwang gebruikt in de praktijk.	38%	20%	51%	25%	11%	50%	14%	51%

Tabel E.13: De wet stelt eisen aan het zorgvuldig toepassen van dwang. De cliënt moet bijvoorbeeld geïnformeerd worden, de dwang moet geregistreerd worden en er dient evaluatie plaats te vinden. Vink de stelling aan die het best bij uw mening past.

	JJI N=46	GJZ N=27	GGZ N=258	VG N=300	VPH N=88	TBS/FPC N=47	GW/PPC N=4	FGGZ/ FPK/FPA N=52
De waarborgen die de wet biedt voor de toepassing van dwang leveren voornamelijk papierwerk op.	13%	22%	32%	27%	17%	40%	-	21%
De waarborgen die de wet biedt zijn belangrijke richtlijnen die dagelijks bijdragen aan goede toepassing van dwang.	87%	78%	68%	73%	83%	60%	100%	79%

Tabel E.14: Geef aan in welke mate de volgende stelling van toepassing is: Nadat met dwang is begonnen wordt voldoende frequent geëvalueerd of continuering nog nodig is.

	JJI N=45	GJZ N=27	GGZ N=254	VG N=298	VPH N=89	TBS/FPC N=47	GW/PPC N=4	FGGZ/ FPK/FPA N=52
Dit is altijd het geval.	38%	33%	39%	29%	18%	38%	25%	42%
Dit is vaak het geval.	44%	67%	47%	48%	55%	57%	25%	46%
Dit is soms het geval.	18%	0%	13%	18%	20%	4%	25%	12%
Dit is zelden het geval.	0%	0%	2%	4%	7%	-	25%	-
Dit is nooit het geval.	0%	0%	0%	1%	0%	-	-	-

Tabel E.15: Vink de stelling aan die het meest bij uw opvatting past: Drang wordt in de praktijk gebruikt...

	JJI N=41	GJZ N=26	GGZ N=246	VG N=280	VPH N=80	TBS/FPC N=45	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=48
Om het toepassen van dwang te voorkomen	90%	100%	92%	79%	84%	93%	67%	94%
Als dreigmiddel	10%	0%	7%	19%	13%	6%	33%	6%
Om te voorkomen dat allerlei papierwerk nodig is	0%	0%	1%	2%	4%	-	-	-

Tabel E.16: Bij de volgende vragen wordt waar cliënt staat, indien van toepassing, eveneens zijn wettelijk vertegenwoordiger (curator of mentor) of zijn ouder / voogd bedoeld. Wie informeert in de praktijk de cliënt over de volgende onderwerpen?

Reden voor het opleggen van de titel	JJI N=41	GJZ N=22	GGZ N=237	VG N=257	VPH N=82	TBS/FPC N=43	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=46
Rechter	71%	68%	33%	23%	29%	58%	100%	67%
Advocaat	15%	9%	3%	2%	1%	9%	-	9%
Pedagoog psycholoog gedragsdeskundige	7%	9%	3%	27%	1%	7%	-	4%
Psychiater	0%	0%	54%	4%	5%	5%	-	9%
Begeleider sociotherapeut	2%	9%	2%	19%	4%	9%	-	4%
Vertrouwenspersoon maandcommissaris	0%	0%	0%	1%	1%	-	-	-
Anders	0%	5%	3%	9%	43%	5%	-	4%
Weet niet	5%	0%	3%	15%	16%	7%	-	2%

Tabel E.17: Bij de volgende vragen wordt waar cliënt staat, indien van toepassing, eveneens zijn wettelijk vertegenwoordiger (curator of mentor) of zijn ouder / voogd bedoeld. Wie informeert in de praktijk de cliënt over de volgende onderwerpen?

Duur van de titel	JJI N=41	GJZ N=22	GGZ N=239	VG N=256	VPH N=82	TBS/FPC N=43	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=46
Rechter	68%	68%	54%	29%	33%	61%	33%	76%
Advocaat	15%	14%	3%	2%	1%	9%	33%	4%
Pedagoog psycholoog gedragsdeskundige	7%	5%	2%	23%	1%	7%	-	2%
Psychiater	2%	0%	31%	2%	2%	2%	-	9%
Begeleider sociotherapeut	2%	14%	2%	16%	1%	7%	-	2%
Vertrouwenspersoon maandcommissaris	0%	0%	0%	0%	1%	-	-	2%
Anders	0%	0%	3%	11%	41%	9%	33%	4%
Weet niet	5%	0%	5%	18%	18%	2%	-	-

Tabel E.18: Bij de volgende vragen wordt waar cliënt staat, indien van toepassing, eveneens zijn wettelijk vertegenwoordiger (curator of mentor) of zijn ouder / voogd bedoeld. Wie informeert in de praktijk de cliënt over de volgende onderwerpen?

De criteria/voorwaarden voor het opleggen van dwang	JJI N=41	GJZ N=22	GGZ N=236	VG N=253	VPH N=82	TBS/FPC N=42	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=46
Rechter	20%	18%	6%	10%	10%	24%	-	24%
Advocaat	2%	0%	3%	2%	2%	5%	-	9%
Pedagoog psycholoog gedragsdeskundige	34%	59%	5%	44%	6%	26%	33%	7%
Psychiater	0%	0%	75%	4%	7%	12%	67%	42%
Begeleider sociotherapeut	15%	14%	3%	19%	5%	14%	-	7%
Vertrouwenspersoon maandcommissaris	2%	0%	0%	0%	0%	-	-	4%
Anders	17%	9%	4%	9%	59%	14%	-	7%
Weet niet	10%	0%	4%	11%	11%	5%	-	-

Tabel E.19: Bij de volgende vragen wordt waar cliënt staat, indien van toepassing, eveneens zijn wettelijk vertegenwoordiger (curator of mentor) of zijn ouder / voogd bedoeld. Wie informeert in de praktijk de cliënt over de volgende onderwerpen?

Dwangmogelijkheden die zijn opgenomen in het behandelplan/ondersteuningsplan	JJI N=41	GJZ N=22	GGZ N=237	VG N=255	VPH N=81	TBS/FPC N=43	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=46
Rechter	0%	0%	1%	1%	1%	2%	-	4%
Advocaat	0%	5%	0%	0%	0%	-	-	-
Pedagoog psycholoog gedragsdeskundige	85%	82%	10%	56%	9%	54%	33%	37%
Psychiater	0%	0%	74%	2%	6%	12%	33%	46%
Begeleider sociotherapeut	2%	5%	8%	26%	9%	26%	33%	9%
Vertrouwenspersoon maandcommissaris	0%	0%	0%	1%	0%	-	-	-
Anders	2%	9%	3%	6%	69%	-	-	2%
Weet niet	10%	0%	4%	7%	6%	5%	-	2%

Tabel E.20: Bij de volgende vragen wordt waar cliënt staat, indien van toepassing, eveneens zijn wettelijk vertegenwoordiger (curator of mentor) of zijn ouder / voogd bedoeld. Wie informeert in de praktijk de cliënt over de volgende onderwerpen?

Mogelijkheden om klachten in te dienen	JJI N=41	GJZ N=22	GGZ N=236	VG N=257	VPH N=81	TBS/FPC N=43	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=46
Rechter	0%	5%	1%	1%	1%	-	-	-
Advocaat	7%	0%	6%	3%	2%	5%	-	2%
Pedagoog psycholoog gedragsdeskundige	15%	23%	8%	15%	4%	5%	67%	13%
Psychiater	0%	0%	47%	1%	2%	2%	-	11%
Begeleider sociotherapeut	41%	32%	22%	43%	11%	50%	33%	39%
Vertrouwenspersoon maandcommissaris	22%	32%	6%	10%	6%	30%	-	26%
Anders	10%	9%	6%	16%	47%	9%	-	9%
Weet niet	5%	0%	5%	12%	26%	-	-	-

Tabel E.21: Bij de volgende vragen wordt waar cliënt staat, indien van toepassing, eveneens zijn wettelijk vertegenwoordiger (curator of mentor) of zijn ouder / voogd bedoeld. Wie informeert in de praktijk de cliënt over de volgende onderwerpen?

Verlofmogelijkheden	JJI N=40	GJZ N=22	GGZ N=237	VG N=251	VPH N=81	TBS/FPC N=43	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=44
Rechter	8%	0%	1%	3%	1%	5%	-	2%
Advocaat	0%	5%	0%	3%	0%	-	33%	-
Pedagoog psycholoog gedragsdeskundige	83%	68%	10%	18%	2%	42%	33%	41%
Psychiater	0%	0%	51%	2%	4%	-	-	23%
Begeleider sociotherapeut	8%	18%	25%	30%	7%	42%	33%	27%
Vertrouwenspersoon maandcommissaris	0%	0%	0%	0%	0%	-	-	-
Anders	0%	9%	5%	10%	49%	9%	-	7%
Weet niet	3%	0%	8%	33%	36%	2%	-	-



Tabel E.22: Bij de volgende vragen wordt waar cliënt staat, indien van toepassing, eveneens zijn wettelijk vertegenwoordiger (curator of mentor) of zijn ouder / voogd bedoeld. Wie informeert in de praktijk de cliënt over de volgende onderwerpen?

De mogelijkheden voor rechtsbijstand	JJI N=41	GJZ N=22	GGZ N=237	VG N=254	VPH N=81	TBS/FPC N=43	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=44
Rechter	0%	0%	1%	2%	2%	-	-	-
Advocaat	49%	59%	24%	13%	9%	47%	33%	28%
Pedagoog psycholoog gedragsdeskundige	10%	5%	5%	7%	2%	7%	33%	17%
Psychiater	0%	0%	29%	1%	1%	-	-	9%
Begeleider sociotherapeut	10%	14%	16%	22%	5%	14%	-	17%
Vertrouwenspersoon maandcommissaris	2%	9%	8%	4%	1%	9%	-	15%
Anders	12%	9%	6%	13%	30%	5%	33%	11%
Weet niet	17%	5%	11%	37%	49%	19%	-	2%

Tabel E.23: Bij de volgende vragen wordt waar cliënt staat, indien van toepassing, eveneens zijn wettelijk vertegenwoordiger (curator of mentor) of zijn ouder / voogd bedoeld. Wie informeert in de praktijk de cliënt over de volgende onderwerpen?

Beroepsmogelijkheden	JJI N=41	GJZ N=22	GGZ N=236	VG N=251	VPH N=81	TBS/FPC N=43	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=46
Rechter	0%	0%	1%	2%	4%	-	-	-
Advocaat	34%	36%	34%	13%	11%	30%	33%	26%
Pedagoog psycholoog gedragsdeskundige	20%	14%	4%	9%	2%	7%	33%	17%
Psychiater	0%	0%	30%	1%	1%	-	-	13%
Begeleider sociotherapeut	17%	27%	9%	26%	4%	19%	-	17%
Vertrouwenspersoon maandcommissaris	7%	5%	5%	2%	1%	9%	-	9%
Anders	20%	18%	4%	14%	35%	-	33%	13%
Weet niet	2%	0%	12%	33%	42%	14%	-	4%

Tabel E.24: Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stelling: De informatie die mijn cliënten ontvangen over de voorgaande onderwerpen is over het algemeen begrijpelijk voor hen.

	JJI N=41	GJZ N=22	GGZ N=239	VG N=254	VPH N=80	TBS/FPC N=43	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=46
Geheel mee eens	12%	9%	6%	5%	4%	2%	33%	4%
Mee eens	44%	36%	40%	26%	34%	40%	-	39%
Niet mee eens, niet mee oneens	24%	36%	42%	26%	30%	37%	-	37%
Mee oneens	17%	18%	12%	31%	30%	19%	-	15%
Geheel mee oneens	2%	0%	0%	13%	3%	2%	67%	4%

Tabel E.25: Geef aan in hoeverre u het eens bent met de volgende stelling: Voorafgaand aan de beslissing tot het verlengen of beëindigen van een juridische titel, worden cliënten voldoende in staat gesteld hun mening en visie hierover te geven. Cliënten worden naar mijn mening voldoende gehoord.

	JJI N=41	GJZ N=22	GGZ N=238	VG N=254	VPH N=80	TBS/FPC N=43	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=46
Geheel mee eens	22%	14%	15%	7%	6%	21%	-	7%
Mee eens	39%	64%	61%	31%	39%	58%	33%	61%
Niet mee eens, niet mee oneens	32%	18%	19%	43%	45%	16%	33%	26%
Mee oneens	7%	5%	5%	15%	6%	5%	33%	7%
Geheel mee oneens	0%	0%	1%	5%	4%	-	1%	-

Tabel E.26: Hoe vaak worden klachten op uw afdeling/groep ingediend?

	JJI N=39	GJZ N=22	GGZ N=234	VG N=252	VPH N=74	TBS/FPC N=43	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=44
Dagelijks	0%	0%	1%	1%	0%	2%	-	-
Wekelijks	33%	9%	3%	1%	0%	19%	100%	14%
Maandelijks	38%	18%	20%	10%	9%	47%	-	46%
Eens per half jaar	21%	45%	34%	15%	20%	21%	-	32%
Minder vaak dan eens per half jaar	8%	27%	42%	73%	70%	12%	-	9%

*Tabel E.27a: Welke van de onderstaande motieven hebben cliënten om een klacht in te dienen? Sleep de motieven naar rechts en orden ze op volgorde van meest voorkomend.*

Rang 1	JJI N=41	GJZ N=22	GGZ N=216	VG N=213	VPH N=60	TBS/FPC N=43	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=42
Om zich 'in control' te voelen over hun leven.	49%	45%	40%	42%	30%	42%	33%	41%
Om hun rechten en plichten te verduidelijken of te bevestigen.	29%	23%	13%	16%	7%	30%	33%	17%
Om de behandeling van de individuele cliënt aan te passen.	15%	23%	44%	34%	55%	19%	-	36%
Om het beleid op de afdeling/groep aan te passen.	7%	9%	3%	8%	8%	9%	33%	7%

*Tabel E.27b: Welke van de onderstaande motieven hebben cliënten om een klacht in te dienen? Sleep de motieven naar rechts en orden ze op volgorde van meest voorkomend.*

Rang 2	JJI N=39	GJZ N=19	GGZ N=208	VG N=201	VPH N=55	TBS/FPC N=43	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=42
Om zich 'in control' te voelen over hun leven.	15%	5%	33%	29%	27%	26%	-	33%
Om hun rechten en plichten te verduidelijken of te bevestigen.	41%	26%	31%	26%	31%	30%	67%	30%
Om de behandeling van de individuele cliënt aan te passen.	10%	42%	28%	31%	20%	28%	335	20%
Om het beleid op de afdeling/groep aan te passen.	33%	26%	9%	14%	22%	16%	-	18%

Tabel E.27c: Welke van de onderstaande motieven hebben cliënten om een klacht in te dienen? Sleep de motieven naar rechts en orden ze op volgorde van meest voorkomend.

Rang 3	JJI N=35	GJZ N=16	GGZ N=198	VG N=188	VPH N=51	TBS/FPC N=42	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=39
Om zich 'in control' te voelen over hun leven.	23%	19%	19%	19%	25%			
Om hun rechten en plichten te verduidelijken of te bevestigen.	26%	13%	37%	34%	29%	21%	67%	21%
Om de behandeling van de individuele cliënt aan te passen.	20%	25%	24%	24%	27%	26%	-	39%
Om het beleid op de afdeling/groep aan te passen.	31%	44%	20%	24%	18%	41%	33%	31%

Tabel E.27d: Welke van de onderstaande motieven hebben cliënten om een klacht in te dienen? Sleep de motieven naar rechts en orden ze op volgorde van meest voorkomend.

Rang 4	JJI N=33	GJZ N=16	GGZ N=188	VG N=180	VPH N=49	TBS/FPC N=41	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=33
Om zich 'in control' te voelen over hun leven.	18%	19%	8%	11%	14%	10%	-	6%
Om hun rechten en plichten te verduidelijken of te bevestigen.	3%	50%	18%	24%	29%	15%	-	18%
Om de behandeling van de individuele cliënt aan te passen.	48%	6%	5%	10%	0%	15%	33%	12%
Om het beleid op de afdeling/groep aan te passen.	30%	25%	69%	55%	57%	61%	67%	64%

Tabel E.28: Geef aan in hoeverre de volgende stellingen van toepassing zijn op de afdeling/groep waar u werkzaam bent. Het is het afgelopen jaar voorgekomen dat het beleid van mijn afdeling/groep is aangepast naar aanleiding van een klacht die een cliënt had ingediend.

	JJI N=41	GJZ N=22	GGZ N=237	VG N=252	VPH N=74	TBS/FPC N=43	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=44
Ja	51%	41%	26%	15%	19%	44%	33%	27%
Nee	34%	27%	36%	22%	35%	47%	67%	55%
Niet van toepassing	15%	32%	38%	63%	46%	9%	-	18%

*Tabel E.29: Het is het afgelopen jaar voorgekomen dat het behandelplan/de behandeling van een cliënt is aangepast naar aanleiding van een klacht die die cliënt had ingediend.*

	JJI N=41	GJZ N=22	GGZ N=232	VG N=251	VPH N=73	TBS/FPC N=43	GW/PPC N=3	FGGZ/ FPK/FPA N=43
Ja	32%	14%	39%	19%	33%	37%	67%	37%
Nee	39%	45%	25%	18%	22%	49%	33%	47%
Niet van toepassing	29%	41%	36%	63%	45%	14%	-	16%



# F

## Deelnemers focusgroepen

### **Focusgroep volwassenen**

dhr. drs. H.J. Beintema (voorzitter LBHIV, directeur FPC)  
dhr. J.A.G. Drapers (lid medische directie AMC)  
mw. mr. dr. B. Frederiks (jurist VUmc)  
dhr. mr. R. Helle (ouderenspecialist en jurist)  
mw. drs. C. van der Hoeven (LPGGz)  
dhr. dr. A.J.K. Hondius (psychiater GGZ)  
dhr. mr. R.B.J. Knuiman (jurist Verenso)  
mw. mr. I. Kruit (jurist FPC)  
dhr. drs. C. ten Noever de Brauw (psychiater FPA)  
dhr. drs. M. Sikkens (psycholoog, hoofd behandelaar FPC)  
dhr. drs. mr. T.P. Widdershoven (jurist stichting PVP)

### **Focusgroep jeugd**

dhr. mr. A.P.G. de Beer (OvJ jeugd)  
mw. prof. mr. drs. M.R. Bruning (hoogleraar jeugdrecht)  
dhr. prof. dr. T.A.H. Doreleijers (hoogleraar forensische psychiatrie)  
mw. mr. dr. V.E.T. Dörenberg (docent gezondheidsrecht)  
dhr. mr. drs. R.H.P. Feiner (advocaat jeugdrecht)  
mw. mr. H.A. Gerritse (kinderrechter)  
mw. mr. M.P.G. Rietbergen (advocaat jeugdrecht en rechter plv. rechter)  
mw. drs. I.E. Troost (NIFP Jeugd)





# G

## Schema's

### Schema A Externe en interne rechtspositie Wet Bopz, Wvggz en WZD

#### Afkortingen

BW	Burgerlijk Wetboek
Bmm bopz	Besluit middelen en maatregelen bopz
Brr bopz	Besluit rechtspositieregelen bopz
IBS	Inbewaringstelling
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
OvJ	Officier van Justitie
PG	psychogeriatric
RM	rechterlijke machtiging
VG	verstandelijk gehandicaptenzorg
Wet Bopz	Wet op de bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
Wkcz	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
Wvggz	Wet(voorstel) verplichte geestelijke gezondheidszorg
WZD	Wet zorg en dwang

#### Legenda

- ①,② enz: Geeft modaliteiten voor gedwongen zorg aan:
- ① Rechterlijke machtiging (2 Wet Bopz)
  - ② Voorwaardelijke machtiging (14a Wet Bopz)
  - ③ Machtiging op eigen verzoek (32 Wet Bopz)
  - ④ Zelfbindingsmachtiging (34a Wet Bopz)
- VG/PG Bij verzet in VG/PG: rechterlijke machtiging (2 Wet Bopz)
- + Geeft aan dat aan alle opgesomde criteria moet worden voldaan
- Geeft aan dat aan één van de opgesomde (alternatief geformuleerde) criteria moet worden voldaan
- \* Geeft naast elkaar bestaande mogelijkheden of verantwoordelijkheden aan

## A Onvrijwillige opname in accommodatie o.g.v. rechterlijke machtiging

NB Onvrijwillige opname in accommodatie is één van de vormen van 'verplichte zorg' (3:2 Wvvggz) waartoe rechterlijke machtiging kan legitimeren	<i>Psychiatrie</i> ① Rechterlijke machtiging (2 Wet Bopz) ② Voorwaardelijke machtiging (14a Wet Bopz) ③ Machtiging op eigen verzoek (32 Wet Bopz) ④ Zelfbindingsmachtiging (34a Wet Bopz) VG/PG Bij verzet in VG/PG: rechterlijke machtiging (2 Wet Bopz)	Zorgmachtiging (hoofdstuk 5 en 6 Wvvggz)	Rechterlijke machtiging (24 WZD)	Niet geregeld
Wie beslist/procedure	① ② Rechter op verzoek OvJ ③ Rechter op verzoek OvJ (volgend op eerder verzoek van patiënt) ④ Rechter op verzoek OvJ na verzoek behandelaar of door patiënt aangewezen persoon	Rechter beslist op basis van verzoekschrift inzake zorgmachtiging van GD (binnen 2 weken bij verzoek nieuwe machtiging en binnen 4 weken bij verlenging lopende machtiging) (6:2 Wvvggz)	Rechter op verzoek indicatie- orgaan	
Criteria	① + Patiënt veroorzaakt gevaar voor hemzelf, personen of goederen voortkomend uit geestelijke stoornis + Patiënt of vertegenwoordiger stemt niet in met opname/verblijf + Gevaar kan niet buiten instelling worden afgewend ② + Patiënt veroorzaakt gevaar voor hemzelf, personen of goederen voortkomend uit geestelijke stoornis + Patiënt stem in met voorwaarden + Gevaar kan alleen door naleven voorwaarden buiten instelling worden afgewend	+ Er is sprake van aanzienlijk risico op ernstige schade voor patiënt of ander + Er zijn geen mogelijkheden voor zorg op vrijwillige basis + Er zijn geen minder bezwarende alternatieven + Verplichte zorg staat in redelijke verhouding tot doel + Verplichte zorg is effectief (3:3 Wvvggz)	+ Noodzakelijk en geschikt ter afwending ernstig nadeel + Er zijn geen minder ingrijpende alternatieven + Cliënt of vertegenwoordiger verzet zich tegen opname en verblijf (24 WZD)	

	③			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Patiënt veroorzaakt gevaar voor hemzelf, personen of goederen</li> <li>+ Patiënt of vertegenwoordiger stemt niet in met opname/verblijf in instelling</li> <li>+ Gevaar kan niet buiten instelling worden afgewend</li> <li>+ Patiënt is bereid tot ondergaan van behandeling, maar wil verblijf binnen instelling beëindigen</li> </ul>			
	④			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Patiënt of vertegenwoordiger stemt niet in met opname/verblijf</li> <li>+ Gevaar kan niet buiten instelling worden afgewend</li> <li>+ In zelfbindingsverklaring beschreven omstandigheden doen zich voor, maar patiënt stemt op dat moment niet met opname/verblijf in</li> </ul>			
Duur	<ul style="list-style-type: none"> <li>① Max. 6 maanden</li> <li>② Max. 6 maanden</li> <li>③ Max. 1 jaar (min. ½ jaar)</li> <li>④ Max. 6 weken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ Max. 6 weken (crisisituatie, opstellen zorgplan)</li> <li>★ Max. 6 maanden (overige situaties) (6:4 sub a en b Wvggz)</li> </ul>	Max. 6 maanden (39 lid 4 WZD)	
Verlenging ja/nee	<ul style="list-style-type: none"> <li>① Ja, via machtiging tot voortgezet verblijf (15 Wet Bopz) te verlengen met (steeds) max. 1 jaar resp. max. 2 jaar bij totaal verblijf van min. 5 jaar; rechter beslist</li> <li>② Ja, te verlengen met (steeds) max. 1 jaar; rechter beslist</li> <li>③ Nee (nieuwe machtiging vereist)</li> <li>④ Nee (nieuwe machtiging vereist)</li> </ul>	Ja, te verlengen met (steeds) max. 1 jaar resp. max. 2 jaar bij totaal verblijf van min. 5 jaar; rechter beslist (6:4 sub c en d Wvggz)	Ja, de 1 <sup>e</sup> keer te verlengen met 2 (VG) of 5 (PG) jaar en vervolgens met 5 jaar. Tenzij al duidelijk is dat de situatie niet zal wijzigen, dan ook in VG 5 jaar (39 lid 5 en 6 WZD)	

<i>Modaliteiten</i>	<i>Wet Bopz</i>	<i>Wvggz</i>	<i>WZD</i>	<i>BW</i>
Rechtsmiddelen	Cassatieberoep bij HR	<p>★ Patiënt of vertegenwoordiger kan o.g.v. art. 5:7 om 4 weken schorsing van voorbereiding van zorgmachtiging verzoeken om in samenspraak met familie of naasten plan van aanpak op te stellen</p> <p>★ Hoger beroep bij Hof (6:2 lid 3 Wvggz)</p>	Hoger beroep bij Hof (wordt niet uitgesloten in WZD)	
Registratie en melding (i.v.m. toezicht)	GD meldt eens per maand aan IGZ welke patiënten zijn opgenomen (58 lid 1 Wet Bopz)	<p>★ Zorgaanbieder houdt t.b.v. toezicht IGZ digitaal register bij van verplichte zorg, waarin o.a. wordt opgenomen welke vormen van verplichte zorg bij patiënt zijn toegepast en noodzaak daarvan, begin- en einddatum, duur en frequentie van verschillende vormen van verplichte zorg (8:25 Wvggz)</p> <p>★ Zorgaanbieder verstrekt ten minste elke 6 maanden digitaal overzicht aan IGZ van door hem verleende verplichte zorg, o.v.v. aard en frequentie daarvan (8:26 Wvggz)</p> <p>★ PVP signaleert evt. tekortkomingen in de structuur/uitvoering van verplichte zorg (v.z.v. deze afbreuk doen aan rechten patiënt) of stelt vast dat op zijn klachten niet tijdig wordt gereageerd, en meldt dit aan IGZ (11:1 lid 3 en 14:2 lid 2 Wvggz)</p> <p>★ Indien zorgaanbieder, GD, zorgverantwoordelijke of zorgverlener gegronde vermoeden heeft dat uitvoering verplichte zorg ernstig tekortschiet, moet dit aan IGZ</p>	<p>★ Zorgaanbieder houdt t.b.v. toezicht IGZ register bij van de cliënt toegepaste onvrijwillige zorg (17 WZD)</p> <p>★ Zorgaanbieder verstrekt aan IGZ ten minste elke 6 maanden overzicht van door hem verleende onvrijwillige zorg, alsmede door bestuur instelling ondertekende analyse (18 WZD)</p> <p>★ PVP signaleert evt. tekortkomingen in de structuur/uitvoering van onvrijwillige zorg of verblijf (v.z.v. deze afbreuk doen aan rechten cliënt) en meldt dit aan IGZ (57 lid 2 WZD)</p>	

Modaliteiten	Wet Bopz	Wvvggz	WZD	BW
		worden gemeld (14:2 Wvvggz)		
		NB Bij of krachtens AMvB		
		kunnen nadere regels worden gesteld t.a.v. kwaliteit		
		verplichte zorg, veiligheid		
		binnen accommodatie en		
		wijze van toezicht door de		
		zorgaanbieder op verplichte		
		zorg (8:6 lid 3 Wvvggz)		

## B Opname in accommodatie o.g.v. besluit van indicatieorgaan

	<i>Psychiatrie</i>	Niet geregeld	Bij geen bereidheid/ geen verzet: opnemingsrecht zonder rechterlijke machtiging (21 WZD)	Niet geregeld
	N.v.t.			
	VG/PG			
	Opnemingsbesluit van daartoe ingestelde onafhankelijke commissie (60 Wet Bopz)			
Wie beslist/procedure	Indicatieorgaan op verzoek ouders of andere vertegenwoordiger		Indicatieorgaan op verzoek levensgezel, vertegenwoordiger, bepaalde bloedverwanten of zorgaanbieder	
Criteria	Patiënt kan zich ten gevolge van geestelijke stoornis niet buiten instelling handhaven		+ Noodzakelijk en geschikt ter afwendingsnadere afwijking ernstig nadeel + Er zijn geen minder ingrijpende alternatieven + Cliënt geeft geen blijk van de nodige bereidheid tot opname, maar verzet zich ook niet (21 WZD)	
Duur	Geen termijn		Max. 5 jaar (22 lid 5 WZD)	
Verlenging ja/nee	N.v.t.		Ja, te verlengen met 5 jaar (22 lid 6 WZD)	
Rechtsmiddelen	Bezwaar en beroep mogelijk conform Algemene wet bestuursrecht		Bezwaar en beroep niet mogelijk conform Algemene wet bestuursrecht	
Registratie en melding (i.v.m. toezicht)	Zie A.		Zie A.	

**C Spoedopname in accommodatie o.g.v. besluit van burgemeester**

NB Spoedopname in accommodatie is één van de vormen van 'verplichte zorg' (3:2 Wvvggz) waartoe besluit burgemeester kan legitimeren	<i>Psychiatrie en VG/PG</i> IBS (20 Wet Bopz)	Crisismaatregel (hoofdstuk 7 Wvvggz)	IBS (29 WZD)	Niet geregeld
Wie beslist/procedure	Burgemeester (of gemandateerde wethouder); bij verlenging IBS: rechter op verzoek Ovl	Burgemeester (of gemandateerde wethouder) beslist op verzoek van eenieder (7:3 Wvvggz)	Burgemeester (of gemandateerde wethouder) (29 WZD)	
Criteria	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Patiënt veroorzaakt acuut gevaar</li> <li>+ Er is ernstig vermoeden dat gevaar voortkomt uit geestelijke stoornis</li> <li>+ Patiënt of vertegenwoordiger stemt niet in met opname of verblijf in instelling</li> <li>+ Gevaar kan niet buiten de instelling worden afgewend</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Er is sprake van onmiddellijk dreigend aanzienlijk risico op ernstige schade of een ernstig vermoeden dat dit risico bestaat</li> <li>+ Crisissituatie dermate ernstig is dat procedure voor zorgmachtiging niet kan worden afgewacht (7:3 Wvvggz)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ noodzakelijk ter afwending onmiddellijk dreigend ernstig nadeel (rechterlijke machtiging kan niet worden afgewacht)</li> <li>+ ernstig nadeel is gevolg pg/vg stoornis</li> <li>+ geen minder ingrijpende alternatieven (29 WZD)</li> </ul>	
Duur	Max. 3 dagen	Max. 3 dagen	Max. 3 dagen	
Verlenging ja/nee	Ja, via voortzetting IBS (20 Wet Bopz) door de rechter te verlengen met max. 3 weken	In geval van aangevraagde zorgmachtiging verlenging tot aan moment waarop rechter op verzoekschrift van GD inzake zorgmachtiging heeft beslist (7:8 sub a Wvvggz)	Ja, via voortzetting IBS door de rechter te verlengen met max. 6 weken (39 lid 4 WZD)	
Rechtsmiddelen	Bij verlenging IBS door rechter: cassatieberoep bij HR	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ Patiënt kan d.m.v. schriftelijk en gemotiveerd verzoek binnen 3 weken na dag waarop burgemeester crisismaatregel heeft genomen bij rechter beroep instellen</li> <li>★ Cassatieberoep bij HR (tegen beslissing van rechter staat geen hoger beroep open; zie 7:10 lid 2 Wvvggz)</li> </ul>	Hoger beroep bij Hof niet mogelijk	
Registratie en melding (i.v.m. toezicht)	Zie A.	Zie A. I.h.b.: zorgaanbieder registreert beslissing burgemees-	Zie A.	

Modaliteiten	Wet Bopz	Wvvggz	WZD	BW
		ter tot spoedmaatregel (8:25 lid 1 sub i)		

## D Beperking van bewegingsvrijheid van patiënt voorafgaand aan besluitvorming over crisismaatregel

	Niet geregeld	Tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan crisismaatregel (7:4 Wvvggz)	Niet geregeld	Niet geregeld
Wie beslist/procedure		Politieambtenaar, ambulancede medewerker, behandelaar, zorgaanbieder, GD of bij AMvB aangewezen deskundige (7:4 lid 5 Wvvggz)		
Criteria		<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Rederlijkwijs aannemelijk dat crisismaatregel zal worden genomen</li> <li>+ Noodzakelijk (en als enige middel in te zetten) om crisismaatregel voor te bereiden (7:4 lid 2 Wvvggz)</li> </ul>		
Duur		Max. 12 uur		
Verlenging ja/nee		Nee		
Rechtsmiddelen		Klacht indienen bij klachtencommissie o.g.v. art. 10:3 en beroepsmogelijkheid bij rechter		
Registratie en melding (i.v.m. toezicht)		Zie A. I.h.b.: zorgaanbieder registreert beslissing tot het verlenen van tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan crisismaatregel (8:25 lid 1 sub j)		

## E Onvrijwillige opname in accommodatie o.g.v. besluit zorgverantwoordelijke in situaties waarin machtiging of crisismaatregel niet voorziet

	Niet geregeld	Tijdelijk verplichte zorg waarin zorgmachtiging of crisismaatregel niet voorziet (8:9 e.v. Wvvgz)	Niet geregeld	Niet geregeld
NB Onvrijwillige opname in accommodatie is één van de vormen van 'verplichte zorg' (3:2 Wvvgz) waartoe besluit zorgverantwoordelijke kan legitimeren				
Wie beslist/procedure		Zorgverantwoordelijke beslist over tijdelijke verplichte zorg in onvoorziene situaties en stelt GD op de hoogte van zijn schriftelijke en gemotiveerde beslissing (8:11 Wvvgz)		
Criteria		<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Maatregelen waarin zorgmachtiging of crisismaatregel niet voorziet</li> <li>+ Noodzakelijk ter afwijding van crisissituatie</li> </ul> (8:11 Wvvgz)		
Duur		Max. 3 dagen (8:12 Wvvgz)		
Verlenging ja/nee		Ja, in geval GD verzoekschrift tot wijziging van de zorgmachtiging bij rechter heeft ingediend: totdat rechter op verzoekschrift heeft beslist, of totdat GD heeft besloten geen verzoekschrift bij de rechter in te dienen (8:12 lid 7 Wvvgz)		
Rechtsmiddelen		<ul style="list-style-type: none"> <li>★ Patiënt kan klacht indienen bij klachtencommissie (10:3 Wvvgz)</li> <li>★ Patiënt kan binnen 6 weken na beslissing klachtencommissie beroep instellen bij rechter (10:5 Wvvgz)</li> <li>★ Tegen beslissing van de rechter staat geen hoger beroep open (10:6 lid 7 Wvvgz)</li> </ul>		



Modaliteiten	Wet Bopz	Wvvgz	WZD	BW
Registratie en melding (i.v.m. toezicht)	Zie A.	Zie A. I.h.b.: zorgaanbieder registreert beslissing tot verplichte zorg in onvoorziene situaties (8:25 lid 1 sub k)		

## F Overige vormen van 'verplichte zorg' (3:2 Wvvgz) 'onvrijwillige zorg' (2 WZD)

Hierbij is o.m. te denken aan:	<i>Psychiatrie</i>	① Zorgmachtiging	Onvrijwillige zorg (2 WZD)	Behandeling van <i>somatische</i> klachten en problematiek bij gedwongen en vrijwillig opgenomen psychiatrische patiënten (7: 465 lid 6 BW)
- verzorging, bejegening, behandeling, begeleiding of bescherming	① Gedwongen uitvoering behandelplan (38c Wet Bopz)	(6:3 Wvvgz) -> zie A. ② Crisismaatregel (7:3 Wvvgz) -> zie C.		
- toediening van medicatie, vocht en voeding	② Toepassing van niet in behandelplan opgenomen middelen & maatregelen (39 Wet Bopz/Besluit mede-VG/PG)	③ Tijdelijk verplichte zorg waarin de zorgmachtiging of de crisismaatregel niet voorziet (8:11 Wvvgz) -> zie E.		
- medische controle of andere medische handelingen				
- pedagogische of therapeutische maatregelen	① Gedwongen uitvoering behandelplan (38 Wet Bopz)			
- afzondering of separatie	② Toepassing van niet in behandelplan opgenomen middelen & maatregelen (39 Wet Bopz/Besluit mede-VG/PG)			
- toezicht op patiënt				
- beperking van vrijheid eisen leven in te richten met gevolg dat patiënt iets moet doen of nalaten				
Wie beslist/procedure	<i>Psychiatrie en VG/PG</i> Behandelaar van patiënt (schriftelijk)		★ Zorgverantwoordelijke (opname in zorgplan, met inachtneming van 'stappenplan') (9 en 10 WZD) ★ Zorgverlener (verlenen van zorg op basis van zorgplan of in onvoorziene situaties) (13 en 15 WZD)	Behandelaar van patiënt
Criteria	① <i>Psychiatrie en VG/PG</i> + Patiënt verblijft o.g.v. RM/indicatiebesluit in instelling - Geen overeenstemming over behandelplan - Patiënt of vertegenwoordiger verzet zich tegen behandeling		+ noodzakelijk en geschikt ter afwending ernstig nadeel volgend uit vg/pg-stoornis + geen minder ingrijpende alternatieven (10 WZD)	+ Patiënt is wilsonbekwaam + Patiënt verzet zich tegen verrichting van ingrijpende aard + Vertegenwoordiger(s) stemt/stemmen in met dwangbehandeling of (bij uitblijven toestemming) dwangbehandeling is noodzakelijk uit hoofde van goed

<i>Modaliteiten</i>	<i>Wet Bopz</i>	<i>Wvvgz</i>	<i>WZD</i>	<i>BW</i>
	<p><i>Psychiatrie</i></p> <p>– Aannemelijk dat zonder dwangbehandeling gevaar dat geestelijke stoornis patiënt doet veroorzaken niet binnen redelijke termijn kan worden weggenomen</p> <p>– Dwangbehandeling is volstrekt noodzakelijk om gevaar dat geestelijke stoornis patiënt binnen inrichting doet veroorzaken, af te wenden</p> <p><i>VG/PG</i></p> <p>Volstrekt noodzakelijk om gevaar voor patiënt of anderen, voortvloeiende uit stoornis van geestvermogens, af te wenden</p> <p>②</p> <p><i>Psychiatrie en VG/PG</i></p> <p>+ Overbrugging van door geestelijke stoornis veroorzaakte noodsituatie</p> <p>+ Te treffen maatregelen staan niet in behandelplan</p> <p><i>NB:</i> alleen door minister van VWS aangewezen maatregelen (afzondering, separatie, fixatie, medicatie, toediening van voeding/vocht) zijn toegestaan, tenzij opgenomen in behandelplan</p> <p><i>NB:</i> geen separatie mogelijk in verpleeghuizen (2 sub b Bmm bopz)</p>			<p>hulpverlenerschap</p> <p>+ Ernstig nadeel voor de patiënt voorkomen</p>
Duur	<p>①</p> <p><i>Psychiatrie</i></p> <p>★ Max. behandelaar: 3 maanden</p> <p>★ GD: geen max. termijn</p> <p><i>VG/PG</i></p> <p>Geen max. termijn</p>	Ze hiervoor	<p>★ Max. 3 maanden (10 WZD)</p> <p>★ In noodsituaties en niet opgenomen in zorgplan: 2 weken (15 WZD)</p>	<p>Geen termijn (zolang als nodig o.g.v. goed hulpverlenerschap)</p>

<i>Modaliteiten</i>	<i>Wet Bopz</i>	<i>Wvvgz</i>	<i>WZD</i>	<i>BW</i>
	<p>②</p> <p><i>Psychiatrie en VG/PG</i></p> <p>Zo kort mogelijk, maar niet langer dan 7 opeenvolgende dagen</p>			
Verlenging ja/nee	<p><i>Psychiatrie</i></p> <p>① Ja, dwangbehandeling die niet louter gericht is op wegnemen van gevaar, kan steeds voor max. drie maanden worden verlengd; bij verlenging dwangbehandeling binnen zes maanden na afsluiting vorige dwangbehandeling is schriftelijk besluit geneesheer-directeur vereist (38c lid 3)</p> <p><i>Psychiatrie en VG/PG</i></p> <p>② Geen verlenging mogelijk</p>	Zie hiervoor	<p>★ Tenminste elke 6 maanden evaluatie van zorgplan (8 WZD)</p> <p>★ Indien voortzetting onvrijwillige zorg noodzakelijk blijkt, dan telkens max. 6 maanden (11 WZD)</p>	
Rechtsmiddelen	<p><i>Psychiatrie en VG/PG</i></p> <p>★ Klacht indienen o.g.v. art. 41 en beroepsmogelijkheid bij rechter</p> <p>★ Cassatieberoep bij HR</p>	Zie hiervoor	<p>Klacht indienen o.g.v. 53 WZD en beroepsmogelijkheid bij rechter</p>	<p>Klacht indienen bij klachtencommissie o.g.v. Wkcz</p>
Registratie en melding (i.v.m. toezicht)	<p><i>Psychiatrie</i></p> <p>GD meldt start en beëindiging van dwangbehandeling bij IGZ en geeft aan welke personen voor beslissing daartoe verantwoordelijk zijn; wanneer patiënt zich verzet, geeft GD aan of deze in staat is gebruik te maken van klachtregeling (38c lid 5 Wet Bopz)</p> <p><i>VG/PG</i></p> <p>GD meldt start en beëindiging dwangbehandeling bij IGZ en geeft aan wat de grondslag is voor de beslissing tot dwangbehandeling en welke personen voor beslissing verantwoordelijk zijn;</p>	Zie hiervoor	Zie A.	<p>Algemeen toezicht op uitvoering van wetsbepalingen door IGZ</p>

Modaliteiten	Wet Bopz	Wvvgz	WZD	BW
	<p>wanneer patiënt zich verzet, geeft GD aan of deze in staat is gebruik te maken van klachtregeling (38 lid 6 Wet Bopz)</p> <p><i>Psychiatrie en VG/PG</i></p> <p>GD houdt register van toegepaste middelen en maatregelen bij (57 Wet Bopz), maakt melding van start en beëindiging middelen en maatregelen aan IGZ (39 lid 3 Wet Bopz) en verstrekt maandelijks update van register aan IGZ (58 lid 2 wet Bopz)</p>			

## G Beperking van vrijheden

	<i>Psychiatrie en VG/PG</i>	Niet specifiek geregeld, valt onder in 3:2 Wvvgz omschreven begrip van verplichte zorg -> zie F.	Niet specifiek geregeld, valt onder in 2 WZD omschreven begrip van 'onvrijwillige zorg -> zie F.	Niet geregeld
	① Beperking briefverkeer			
	② Beperking bezoek			
	③ Beperking telefoon			
	④ Beperking bewegingsvrijheid (40 Wet Bopz; Besluit Rechtspositieregeling Bopz)			
Wie beslist/procedure	Behandelaar van patiënt (schriftelijk)			
Criteria	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gezondheid van patiënt wordt bedreigd</li> <li>– Orde binnen instelling wordt verstoord</li> <li>– Er dreigen strafbare feiten te worden gepleegd</li> </ul>			
Duur	Geen max. termijn			
Verlenging ja/nee	-			
Rechtsmiddelen	Klacht indienen o.g.v. art. 41 en beroepsmogelijkheid bij rechter			
Registratie en melding IGZ	Behandelaar meldt vrijheidsbeperking onverwijld aan GD (40 lid 5 Wet Bopz)			

## H Verlof onder voorwaarden

	<i>Psychiatrie</i> Voorwaardelijk verlof (45 lid 3 Wet Bopz) <i>VG/PG</i> Voorwaardelijk verlof (46a Wet Bopz)	Tijdelijke onderbreking ver- plichte zorg onder beperkin- gen of voorwaarden (8:17 Wvvggz)	Voorwaardelijk verlof (47 lid 4 WZD)	Niet geregeld
Wie beslist/procedure	<i>Psychiatrie en VG/PG</i> GD	GD	Zorgaanbieder	
Criteria	<i>Psychiatrie</i> Gevaar is zover verminderd dat het verantwoord is pa- tiënt (onder voorwaarden be- treffende behandeling en gedrag) verlof te verlenen <i>VG/PG</i> Voor zover en voor zolang het verantwoord is patiënt buiten de inrichting te laten verblijven	Voor zover en voor zolang onderbreking van verplichte zorg verantwoord is	Voor zover en voor zolang voor patiënt verantwoord is buiten accommodatie te ver- blijven	
Duur	<i>Psychiatrie</i> ① 2 weken (verlof boven 60 uur max. 2 X per jaar) ② Geen max. termijn <i>VG/PG</i> Geen max. termijn (duur ver- lof niet langer dan verant- woord)	Geen max. termijn	Geen max. termijn	
Verlenging ja/nee	-	-	-	
Rechtsmiddelen	Klacht indienen o.g.v. 41 wet Bopz en beroepsmo- gelijkheid bij rechter	Klacht indienen o.g.v. 10:3 Wvvggz en beroepsmo- gelijkheid bij rechter	Klacht indienen o.g.v. 53 WZD en beroeps- mogelijkheid bij rechter	
Registratie en melding (i.v.m. toezicht)	★ GD overlegt met IGZ in- dien wordt overwogen verlof langer dan 60 dagen te laten duren (45 lid 2 Wet Bopz) ★ GD meldt maandelijks aan IGZ aan wie meer dan 60 uur verlof is verleend en wanneer iemand's verlof is ingetrokken (58 lid 1 Wet Bopz)	Zie A. I.h.b.: zorgaanbieder regis- treert beslissing GD tot tijde- lijke onderbreking van ver- plichte zorg (8:25 lid 1 sub I)	-	

## I Ontslag onder voorwaarden

	<i>Psychiatrie</i> Voorwaardelijk ontslag (47 Wet Bopz) VG/PG -	Beëindiging verplichte zorg onder beperkingen of voor- waarden (8:18 Wvggz)	Ontslag met of zonder voor- waarden (48 WZD)
Wie beslist/procedure	<i>Psychiatrie</i> GD	★ GD (uit eigen beweging of op aanvraag van eenieder) ★ Rechter (indien GD afwij- zend of niet tijdig beslist)	Zorgaanbieder
Criteria	<i>Psychiatrie</i> Gevaar is zover verminderd dat het verantwoord is pa- tiënt (onder voorwaarden be- treffende behandeling en gedrag) ontslag te verlenen	★ Doel verplichte zorg is be- reikt ★ Er wordt niet langer aan criteria verplichte zorg vol- daan	– Verblijf niet langer noodza- kelijk om ernstig nadeel t.g.v. pg/vg-stoornis af te wenden – Geldigheidsduur rechterlij- ke machtiging of IBS is ver- streken
Duur	-	-	-
Verlenging ja/nee	-	-	-
Rechtsmiddelen	OvJ verzoeken om over door GD geweigerde ontslag (on- der voorwaarden) door rech- ter te laten toetsen (49 lid 3 Wet Bopz)	GD verzoeken om (door GD) geweigerde beëindiging van zorgmachtiging door rechter te laten toetsen (8:19 lid 1 Wvggz)	Klacht indienen o.g.v. art. 53 WZD en be- roepsmogelijkheid bij rechter
Registratie en melding (i.v.m. toezicht)	★ GD meldt ontslag aan IGZ (47 Wet Bopz) ★ GD meldt maandelijks aan IGZ aan wie voorwaardelijk ontslag is verleend/ van wie voorwaardelijk ontslag is ingetrokken (58 Wet Bopz)	Zie A. I.h.b.: zorgaanbieder regis- treert beslissing GD tot beëindiging van verplichte zorg (8:25 lid 1 sub I)	-

## Schema B Externe rechtspositie forensische zorg

### Legenda

- ①,② enz: Geeft modaliteiten voor gedwongen zorg aan  
 + Geeft aan dat aan alle opgesomde criteria moet worden voldaan  
 - Geeft aan dat aan één van de opgesomde (alternatief geformuleerde) criteria moet worden voldaan  
 \* Geeft naast elkaar bestaande mogelijkheden of verantwoordelijkheden aan

Modaliteit	Wie besluit / formele criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
------------	-----------------------------------	------------------------	--	---------------------------------------	----------

### Huidige wetgeving

<i>Wetboek van strafrecht</i>	Plaatsing in een tbs-instelling van veroordeelden tot gevangenisstraf	De minister beslist, op voorstel van selectiefunctienaris (art 41 Pm). + Het hoofd van de inrichting waar de veroordeelde verblijft wordt om advies gevraagd (art 41 lid 2 Pm, zie verder hierover artikel 27 van de Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden, <i>Stcrt</i> 2000, 176, artikel laatstelijk gewijzigd bij <i>Stcrt</i> . 2006, 103). + Twee gedragskundigen – waaronder een psychiater – brengen aan de minister advies uit (art 13 lid 3 Sr jo. 41 lid 3 Pm).	Aan veroordeelde tot gevangenisstraf die daar wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens voor in aanmerking komt	-	Tot terugplaatsing in gevangenis kan worden besloten door de minister. Hiervoor geldt dezelfde eis van multidisciplinaire rapportage en advies door het hoofd van de inrichting als bij het besluit tot plaatsing (art 13 lid 3 Sr jo. 41 lid 2 Pm.)	* Na plaatsing in een tbs-instelling geldt het regime van de bvt * Beroep tegen plaatsing en terugplaatsing bij Rsj (art 13 lid 4 Sr). * Zie voor plaatsing vanuit detentie in een psychiatrisch ziekenhuis art 15 lid 5 pbw, verderop in dit schema. * Ook voorlopig gehechten kunnen in een tbs-instelling geplaatst worden (art 19 Sr)
Art 13 lid 1 Sr						

	Modaliteit	Wie besluit / formele criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
Art 13 lid 2 Sr	Plaatsing in een tbs- instelling van ver- oordeelden tot ge- vangenisstraf en tbs (een combinatievon- nis).	De minister beslist, op voorstel van se- lectiefunctionaris (art 41 Pm). ★ Ten minste een maal per jaar vindt een beoordeling plaats omtrent de noodzaak van plaat- sing in een inrich- ting voor tbs-gestel- den, met het oog op de in de volgende kolom te noemen criteria hiervoor. Bij deze beoordeling speelt het PMO een centrale rol. Zie voor de nadere regeling van deze procedure art 28 en 29 Rege- ling selectie, plaat- sing en overplaat- sing van gedetineer- den, <i>Stcrt</i> 2000, 176.	Plaatsing in een tbs- inrichting vindt in beginsel plaats na het ten uit voer te leggen gedeelte van de straf (twee der- de), tenzij: – Dringende medi- sche redenen die plaatsing eerder noodzakelijk maken. – De veroordeelde jonger is dan 23 jaar en plaatsing met oog op zijn ontwik- keling noodzakelijk is. – Of op advies van de strafrechter, zo- als bedoeld in art 37b Sr (art 42 lid 2 Pm,	-	-	★Beroep tegen plaatsing bij Rsj (art 13 lid 4 Sr). ★ Eveneens beroep bij de Rsj indien in afwijking van het advies van de rech- ter niet tot plaatsing wordt besloten.
Art 14a e.v. Sr	Voorwaardelijke ver- oordeling waarbij een zorgmodaliteit als bijzondere voor- waarde wordt ge- steld. Art 14c lid 2 noemt de volgende: 10° Opneming van de veroordeelde in een zorginstelling. 11° Een verplichting voor de veroordeel- de zich onder be- handeling te stellen van een deskundige	De rechter	★ Strafofflegging door de rechter. ★ Deels voorwaar- delijke strafopleg- ging niet mogelijk bij een gevangenis- straf langer dan 4 jaar, geheel voor- waardelijke strafop- legging niet moge- lijk bij een gevange- nisstraf langer dan 2 jaar (art 14a Sr).	Na verlenging be- draagt de proeftijd in totaal maximaal 5 of maximaal 12 jaar, dit is als volgt opge- bouwd: ① In beginsel maxi- maal drie jaar. ② Maximaal tien jaar, indien er ern- stig rekening mee moet worden ge- houden dat de ver- oordeelde wederom een misdrijf zal be- gaan dat gericht is	Indien de voorwaar- den niet worden na- geleefd: ① Alsnog tenuit- voerleggen van de voorwaardelijk op- gelegde sanctie (art 14 g Sr). De sanctie zelf betreft in zo'n geval geen zorgmo- daliteit, maar kan wel worden tenuit- voergelegd binnen een kader waarin gedwongen zorg mogelijk is (in het	★ Aan een bijzonde- re voorwaarde (zie art 14c lid 2 Sr) kan elektronisch toe- zicht worden ver- bonden (art 14c lid 4, <i>Aan- wijzing Elektronisch Toezicht, Stcrt.</i> 2010, 8001., laatstelijk ge- wijzigd <i>Stcrt.</i> 2013, 22031). ★ Toezicht op het naleven van de voor- waarden vindt plaats onder verant-



Modaliteit	Wie besluit / formele criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen	
of zorginstelling. 12° Het verblijven in een instelling voor begeleid wonen of maatschappelijke opvang. 13° Het deelnemen aan een gedragsin- terventie. 14° Andere voor- waarden, het gedrag van de veroordeelde betreffende.			tegen of gevaar ver- oorzaakt voor de on- aantastbaarheid van het lichaam van een of meer personen. Of indien er ernstig rekening mee moet worden gehouden dat de veroordeelde wederom een mis- drijf zal begaan dat de gezondheid of het welzijn van een of meer dieren be- nadeelt (art 14b Sr). ★ Vervolgens kan de proeftijd éénmaal met maximaal twee jaar worden ver- lengd op verzoek van de verdachte of op vordering OM (art 14f lid 1 Sr). ★ Een voorwaarde- lijke veroordeling eindigt door het ver- strijken van de proeftijd of door het alsnog tenuitvoer- leggen van de sanc- tie (zie volgende ko- lom).	geval van gevange- nisstraf of hechte- nis) Ongeacht of de voorwaarden wel of niet worden na- geleefd: ② De voorwaarden kunnen gedurende de proeftijd worden gewijzigd, en er kun- nen alsnog bijzonde- re voorwaarden worden gesteld (art 14f lid 2 Sr).	woordelijkheid van het OM. ★ De rechter kan bepalen dat een re- classeringsinstelling de veroordeelde be- geleidt en toezicht houdt op de nale- ving van de voor- waarden. ★ Voor wijziging van de proeftijd of wijziging van de voorwaarde staat geen rechtsmiddel open (14j Sr). Dit is anders wanneer de vordering of het ver- zoek wordt behan- deld gelijk met een nieuwe strafzaak. ★ Dadelijke tenuit- voerlegging van bij- zondere zorgvoor- waarden is mogelijk (art 14e).	
Art 15 e.v. Sr	Voorwaardelijke in- vrijheidsstelling waarbij een zorgmo- daliteit als bijzon- dere voorwaarde wordt gesteld Art 15a lid 2 noemt de volgende: 6° Opneming van de	① Voorwaardelijke invrijheidsstelling vindt plaats van rechtswege, tenzij een vordering tot uitstel of afstel wordt gedaan. ★ Bijzondere voor- waarden kunnen	① Voorwaardelijke invrijheidsstelling vindt plaats: — In geval van ver- oordeling tot een vrijheidsstraf van meer dan een jaar en ten hoogste twee jaren: wanneer de	★ Maximumduur proeftijd is gelijk aan het strafrestant ★ Proeftijd kan niet worden verlengd. ★ Voorwaardelijke invrijheidsstelling eindigt door het ver- strijken van de	Indien de voorwaar- den niet worden na- geleefd: ③ Alsnog tenuit- voerleggen van het gehele of een deel van het strafrestant (art 15g e.v. Sr). De herroeping van de	★ Aan een bijzonde- re voorwaarde kan elektronisch toe- zicht worden ver- bonden (15a lid 4, <i>Aanwijzing Elektro- nisch Toezicht, Stcrt.</i> 2010, 8001., laats- telijk gewijzigd <i>Stcrt.</i>

Modaliteit	Wie besluit / formele criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
veroordeelde in een zorginstelling. 7° Een verplichting voor de veroordeel- de zich onder be- handeling te stellen van een deskundige of zorginstelling. 8° Het verblijven in een instelling voor begeleid wonen of maatschappelijke opvang. 9° Het deelnemen aan een gedragsin- terventie. 10° Andere voor- waarden, het gedrag van de veroordeelde betreffende.	worden gesteld door het OM, met inacht- neming van het <i>Uit- voeringsbesluit voor- waardelijke invrij- heidstelling</i> (art 15a lid 8, Stb. 2008, 218, laatstelijk gewijzigd <i>Stb.</i> 2012, 5). De directeur van de PI moet hierom- trent adviseren (art 15a lid 6 Sr), de reclassering mag dit (art 15a lid 6 Sr), evenals de recht- bank indien een vor- dering tot uitstel of afstel is gedaan (art 15f lid 3 Sr). ② De rechter beslist over uitstel of afstel, op vordering open- baar ministerie	vrijheidsbeneming ten minste een jaar heeft geduurd en van het alsdan nog ten uitvoer te leg- gen gedeelte van de straf eenderde ge- deelte is ondergaan. — De veroordeelde tot tijdelijke gevan- genisstraf van meer dan twee jaren wordt voorwaarde- lijk in vrijheid ge- steld wanneer hij tweederde gedeelte daarvan heeft on- dergaan. Tenzij de vrijheidsstraf deels voorwaardelijk is opgelegd, de vrij- heidsstraf het resul- taat is van het als- nog tenuitvoerleg- gen van de deels voorwaardelijk op- gelegde vrijheids- straf na het niet na- leven van een voor- waarde of indien de veroordeelde een vreemdeling is die geen rechtmatig verblijf heeft in Ne- derland. ② Voorwaardelijke invrijheidstelling kan worden uitge- steld of achterwege blijven indien: — De veroordeelde	proeftijd of door een herroeping (zie vol- gende kolom).	voorwaardelijke in- vrijheidsstelling zelf betreft in zo'n geval geen zorgmodaliteit, maar kan wel wor- den tenuitvoerge- legd binnen een ka- der waarin gedwon- gen zorg mogelijk is (in het geval van ge- vangenisstraf of hechtenis) Ongeacht of de voorwaarden wel of niet worden nage- leefd: ② Voorwaarden kunnen gedurende de proeftijd worden gewijzigd, aange- vuld en opgeheven (art 15 lid 7)	2013, 22031). ★ Geen rechtsmid- del tegen gestelde bijzondere voor- waarden. ★ Toezicht op het naleven van de voor- waarden vindt plaats onder verant- woordelijkheid van het OM. ★ Het OM kan een reclasseringsinstel- ling opdracht geven de veroordeelde te begeleiden en toe- zicht te houden op de naleving van de voorwaarden. ★ Geen rechtsmid- del tegen beslissing rechtbank omtrent uitstel/ afstel

Modaliteit	Wie besluit / formele criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
		<p>op grond van de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens is geplaatst in een inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden en zijn verpleging voortzetting behoeft;</p> <p>– Is gebleken dat de veroordeelde zich na de aanvang van de tenuitvoerlegging van zijn straf of in de periode die ingevolge artikel 27, eerste lid, op de vrijheidsstraf in mindering wordt gebracht, ernstig heeft misdragen;</p> <p>– De veroordeelde na de aanvang van de tenuitvoerlegging van zijn straf of in de periode die ingevolge artikel 27, eerste lid, op de vrijheidsstraf in mindering wordt gebracht zich hieraan onttrekt of hiertoe een poging doet;</p> <p>– Door het stellen van voorwaarden het recidiverisico voor misdrijven onvoldoende kan wor-</p>			

Modaliteit	Wie besluit / formeel criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen	
		den ingeperkt dan wel indien de ver- oordeelde zich niet bereid verklaart de voorwaarden na te leven; — De vrijheidsstraf die ten uitvoer wordt gelegd, voort- vloeit uit een onher- roepelijke veroorde- ling door een bui- tenlandse rechter en de tenuitvoerleg- ging overeenkom- stig het toepasselij- ke verdrag is overge- nomen, voorzover de mogelijkheid van uitstel of achterwe- ge blijven van voor- waardelijke invrij- heidstelling de in- stemming van de buitenlandse autori- teit met de over- brenging heeft be- vordert.				
Art 37 Sr	Plaatsing in een psy- chiatrisch zieken- huis	★ De rechter gelast de plaatsing. ★ De OvJ kan een psychiatrisch zieken- huis verplichten een persoon ten aanzien van wie plaatsing gelast is op te ne- men (art 10 lid 2 bopz jo. 51 lid 4 bopz).	† Degene aan wie een strafbaar feit wegens de gebrek- kige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermo- gens niet kan wor- den toegerekend † Indien hij gevaar- lijk is voor zichzelf, voor anderen, of voor de algemene veiligheid van perso-	★ De strafrechter kan plaatsing voor maximaal één jaar gelasten (art 37 Sr). ★ Daarna kan, over- eenkomstig de bopz, de OvJ een verzoek tot voortgezet ver- blijf aan de rechter voorleggen (art 15 e.v. bopz jo. 51 bopz)	Regime bopz is van- af de start van de tenuitvoerlegging van toepassing (art 51 lid 1 bopz).	Regime Bopz

		Wie besluit / formele criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
			nen of goederen.			
37a e.v. Sr	Tbs met dwangverpleging	De rechter beslist over oplegging. <b>+</b> Nadat hij zich een advies heeft doen overleggen van ten minste twee gedragskundigen – waaronder een psychiater. <b>+</b> Het advies mag in beginsel niet ouder zijn dan één jaar (art 37 Sr jo. 37a Sr & 37b Sr).	<b>+</b> Gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens van de verdachte tijdens het plegen van een delict (37a lid 1 Sr) <b>+</b> Het delict moet van een zekere ernst zijn (zie 37a lid 1 sub 1. Sr) <b>+</b> De veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen moet het opleggen van de maatregel eisen (37a lid 1 sub 2 Sr jo. 37b lid 1 Sr).	<b>Maximale duur:</b> <b>①</b> in geval het is opgelegd ter zake van een misdrijf dat gericht is tegen of gevaar veroorzaakt voor de onaanstaarbaarheid van het lichaam van een of meer personen: onbegrensd (art 38e Sr). <b>②</b> in overige gevallen: maximaal vier jaar (art 38e Sr). <b>Verlenging:</b> <b>★</b> Steeds met een of twee jaar (art 38e Sr jo. 509t Sv). <b>★</b> Wanneer de totale termijn zes jaar of een veelvoud daarvan te boven zou gaan gelden aanvullende eisen voor rapportage aan de rechter (509o Sv). <b>Beëindiging:</b> Beëindiging van de terbeschikkingstelling vindt niet plaats dan nadat de verpleging van overheidswege gedurende minimaal een jaar voorwaardelijk beëindigd is geweest (509t, lid 2 Sv).	<b>①</b> Voorwaardelijke beëindiging (38g, 38h Sr en 509t, lid 2 Sv) <b>②</b> Overplaatsing psychiatisch ziekenhuis (14 Bvt)	-

	Modaliteit	Wie besluit / formele criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
38 e.v. Sr	Tbs met voorwaarden, waarbij een zorgmodaliteit als voorwaarde wordt gesteld.	De rechter beslist over oplegging, + Nadat hij zich een advies heeft doen overleggen van ten minste twee gedragskundigen – waaronder een psychiater. + Het advies mag in beginsel niet ouder zijn dan één jaar (art 37 Sr jo. 37a Sr & 37b Sr). * in het geval de veroordeelde in een inrichting wordt geplaatst is een machtiging van de minister nodig (art 4 lid 2 Bvt)	+ Gebrekkige ontwikkeling of zielelijke stoornis van de geestvermogens van de verdachte tijdens het plegen van een delict (art 37a lid 1 Sr) + Het delict moet van een zekere ernst zijn (zie art 37a lid 1 sub 1. Sr) + De veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen moet het opleggen van de maatregel eisen (art 37a lid 1 sub 2 Sr jo. 37b lid 1 Sr).	<b>Maximale duur:</b> 9 jaar (art 38e lid 2 Sr) <b>Verlenging:</b> * Steeds met een of twee jaar (art 38e Sr jo. 509t Sv). * Wanneer de totale termijn zes jaar of een veelvoud daarvan te boven zou gaan gelden aanvullende eisen voor rapportage aan de rechter (art 509o Sv).	① Alsnog verpleging van overheidswege (art 38c Sr) ② Overplaatsing psychiatrisch ziekenhuis (art 14 Bvt) ③ Wijziging of aanvulling van de voorwaarden (art 38b Sr) op verzoek van de terbeschikking gestelde of diens raadsman of op vordering OM. De reclassering kan het OM hiertoe een voorstel doen (art 70 rvt).	* Het algemeen toezicht berust bij de minister (art 63 rvt). * De rechter wijst een (reclasserings-)instelling aan om hulp en steun te verlenen (art 38 lid 1 Sr). * Met het toezicht is vervolgens mede belast het OM in het arrondissement van de woonplaats van de terbeschikkinggestelde (art 67 rvt), waaraan de reclassering dient te rapporteren (art 68 rvt). * Dadelijke tenuitvoerlegging is mogelijk (art 38 lid 6 Sr).
38g & 38h Sr	Voorwaardelijke beëindiging tbs met dwangverpleging	De rechter beslist over voorwaardelijke beëindiging	① bij de verlengingsprocedure (art 38g Sr): + Bij verlenging met 1 dan wel 2 jaar. + Indien de uit de stoornis van de geestvermogens voortvloeiende gevaarlijkheid van de ter beschikking gestelde voor de veiligheid van anderen dan de ter beschikking gestelde of de algemene veiligheid	Negen jaar (art 38j Sr) <b>Verlenging:</b> * Steeds met een of twee jaar (art 38j Sr jo. 509t Sv). * Wanneer de totale termijn zes jaar of een veelvoud daarvan te boven zou gaan gelden aanvullende eisen voor rapportage aan de rechter (art 509o Sv).	① Hervatting verpleging van overheidswege op vordering van het openbaar ministerie, indien: – Een gestelde waarde niet wordt nageleefd of – Het belang van de veiligheid van anderen dan wel van de algemene veiligheid van personen of goederen zulks eist, of ② Wijziging of aan-	Het algemeen toezicht berust bij de minister (art 63 rvt). De rechter wijst een (reclasserings-)instelling aan om hulp en steun te verlenen (art 38 lid 1 Sr). Met het toezicht is vervolgens mede belast het OM in het arrondissement van de woonplaats van de terbeschikkinggestelde

Modaliteit	Wie besluit / formele criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
		<p>van personen of goederen dusdanig is teruggebracht dat het verantwoord is de verpleging onder voorwaarden te beëindigen (art 46 Rvt, geen wettelijk criterium)</p> <p>+ Bereidverklaring betrokkene. Wordt wettelijk niet meer geëist, maar zal desalniettemin een voorwaarde voor een zinnige voorwaardelijke beëindiging zijn.</p> <p>② Buiten beslissing tot verlenging om (art 38h Sr):</p> <p>+ Op vordering van het openbaar ministerie of op verzoek van de ter beschikking gestelde of diens raadsman</p> <p>+ Nadat het proefverlof 12 maanden onafgebroken heeft geduurd.</p> <p>+ Bereidverklaring betrokkene. Wordt wettelijk niet meer geëist, maar zal desalniettemin een voorwaarde voor een zinnige voorwaardelijke beëindiging zijn.</p>		<p>vulling voorwaarden (art 67 rvt), waaraan (art 38i Sr) op verzoek van de ter beschikking gestelde of diens raadsman of op vordering OM. De reclassering kan het OM hiertoe een voorstel doen (art 70 rvt).</p>	<p>(art 67 rvt), waaraan de reclassering dient te rapporteren (art 68 rvt).</p>

		Wie besluit / formele criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
Art 38m Sr	ISD	De rechter beslist + Op vordering OM. + Nadat hij zich heeft laten adviseren (doorgaans op het terrein van risicotaxatie). + Het advies mag in beginsel niet ouder zijn dan één jaar.	+ Feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, en + De verdachte in de vijf jaren voorafgaand aan het door hem begane feit ten minste driemaal wgens een misdrijf onherroepelijk tot een vrijheidsbenemende straf of maatregel, een vrijheidsbeperkende maatregel of een taakstraf is veroordeeld dan wel bij onherroepelijke strafbeschikking een taakstraf is opgelegd, het feit is begaan na tenuitvoerlegging van deze straffen of maatregelen en er voorts ernstig rekening mede moet worden gehouden dat de verdachte wederom een misdrijf zal begaan, en + De veiligheid van personen of goederen het opleggen van de maatregel eist.	* Maximale duur: 2 jaar (art 38n Sr). * Verlenging niet mogelijk. * Maatregel eindigt dus door tijdsverloop, en kan daarnaast op ieder moment worden beëindigd door de minister.	① plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (art 15 lid 5 pbw), zie hieronder in het schema.	* Regime Pbw (art 10a pbw) * Rechter kan besluiten tot een tussentijdse beoordeling van de noodzaak van de maatregel (art 38s Sr). * Maatregel kan worden beëindigd door minister.
Art 38p	Voorwaardelijke ISD	De rechter beslist + Op vordering OM. + Nadat hij zich heeft laten adviseren (doorgaans op	+ feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, en + De verdachte in de vijf jaren vooraf-	* Proeftijd is ten hoogste drie jaar (art 38p lid 2). * De proeftijd kan niet worden ver-	① In geval voorwaarden niet nageleefd, kan rechter op vordering OM besluiten tot alsnog	* Bijzondere voorwaarden betreffende het gedrag van de veroordeelde moeten worden ge-



Modaliteit	Wie besluit / formele criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
	het terrein van risi- cotaxatie). + Het advies mag in beginsel niet ouder zijn dan één jaar.	gaand aan het door hem begane feit ten minste driemaal we- gens een misdrijf onherroepelijk tot een vrijheidsbene- mende straf of maatregel, een vrijheidsbeperkende maatregel of een taakstraf is veroor- deeld dan wel bij on- herroepelijke straf- beschikking een taakstraf is opge- legd, het feit is be- gaan na tenuitvoer- legging van deze straffen of maatre- gelen en er voorts ernstig rekening mede moet worden gehouden dat de verdachte wederom een misdrijf zal begaan, en + De veiligheid van personen of goede- ren het opleggen van de maatregel eist. ★ Intramurale be- handeling wordt slechts als bijzonde- re voorwaarde ge- steld indien de ver- oordeelde zich be- reid verklaart tot na- leving (art 38p lid 5).	lengd. ★ Wanneer als bij- zondere voorwaarde intramurale behan- deling wordt gesteld duurt deze niet lan- ger dan twee jaar (art 38p lid 5).	tenuitvoerlegging ISD (art 38r). ② Wijziging of aan- vulling van de voor- waarden (art 38q).	steld. Deze kunnen (mede) uit een zorg- traject bestaan, waarbij dus aanvul- lende eisen gelden wanneer intramura- le behandeling als voorwaarde wordt gesteld (zie voor- gaande kolommen) (art 38p lid 4 en 5 Sr). ★ Het naleven van de bijzondere voor- waarden geschiedt met hulp en steun reclassering (art 38p lid 4).

	Modaliteit	Wie besluit / formeel criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
<i>Wetboek van strafvordering</i>  Art 17 Sv	Spoedeisende maat- regelen in geval van schorsing der vervol- ging waarbij een zorgmodaliteit als maatregel wordt ge- troffen.	De rechter	Indien de verdachte aan een zodanige gebrekkige ontwik- keling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens lijdt, dat hij niet in staat is de strekking van de tegen hem ingestelde vervol- ging te begrijpen (art 16 Sv)	-		
Art 80 Sv	Schorsing voorlopi- ge hechtenis onder voorwaarden, waar- bij het volgen van een zorgmodaliteit als voorwaarde wordt gesteld	De RC / De Rechter	Bereidverklaring tot naleving van de voorwaarden	Termijn voorlopige hechtenis	① wijzigen voor- waarden (een wijzi- ging brengen in de schorsingsbeslis- sing, (art 81 Sv) ② Opheffing schor- sing (82 Sv), NB: dit is zelf geen zorgmo- daliteit, maar kan wel de kaders schep- pen waarbinnen ge- dwongen zorg mo- gelijk is.	① Eénmaal kan bij het gerechtshof hoger beroep wor- den ingesteld tegen een afwijzende be- slissing op een ver- zoek om schorsing door de rechtbank. ② Daarnaast kan de verdachte om wijzi- ging van de voor- waarden verzoeken.
Art 167 lid 2, 242 lid 2 Sv	Voorwaardelijk be- leidsepot, waarbij het volgen van een zorgmodaliteit als voorwaarde wordt gesteld	Openbaar ministerie	Geen criterium, wel een aanwijzing ge- bruik sepotgronden (Stcrt. 2012, 26859): ★in zaken waarin, gelet op de wettelij- ke begrenzing, geen strafbeschikking kan worden uitgevaar- digd (art. 257a lid 1 Sv) en er om opportuni- teitsredenen aanlei- ding is af te zien van (verdere) vervolging	-	-	Zelden toegepast

Modaliteit	Wie besluit / formele criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
		indien de verdachte aan de gestelde voorwaarden heeft voldaan. ★ in strafzaken, waarin wél een strafbeschikking opgelegd zou kunnen worden, doch om opportuniteitsredenen van vervolging wordt afgezien, waarbij geen aanleiding bestaat bijzondere voorwaarden op te leggen, en uitsluitend de algemene voorwaarde wordt gesteld.			
Art 257a lid 3 sub e Sv	Strafbeschikking met aanwijzingen het gedrag van de verdachte betreffende	Uitvaardiging door de officier van justitie + Een gedragsaanwijzing kan slechts worden uitgevaardigd indien de verdachte door de officier van justitie is gehoord en daarbij heeft verklaard bereid te zijn de straf te voldoen dan wel zich aan de aanwijzing te houden (art 257c lid 1 Sv jo. art 3.2. Aanwijzing OM-strafbeschikking, <i>Stcrt.</i> 2013, 33003).	Uitvaardiging van een strafbeschikking (binnen de grenzen die worden gesteld in art 257a)	Proeftijd is maximaal 1 jaar (art 257a lid 3 sub e Sv)	- ★ Als de aanwijzingen niet worden opgevolgd geldt dit als niet-tenuitvoerlegging van de strafbeschikking, in welk geval kan worden gedagvaard (art 255a Sv) ★Beroepsmogelijkheid: doen van verzet (art 257e Sv)
Art 509hh Sv	Een gedragsaanwijzing die inhoudt dat de verdachte zich zal	De Ovj kan de gedragsaanwijzing geven	De aanwijzing kan worden gegeven aan een verdachte	Na verlenging duurt de gedragsaanwijzing in totaal maxi-	- ① De rechter voor wie de verdachte gedagvaard is te ver-

Modaliteit	Wie besluit / formeel criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
doen begeleiden bij hulpverlening		tegen wie ernstige bezwaren bestaan, op verdenking van een strafbaar feit: – Waardoor de openbare orde, gelet op de aard van het strafbare feit of de samenhang met an- dere strafbare fei- ten, dan wel de wij- ze waarop het straf- bare feit is gepleegd, ernstig is verstoord, en waarbij grote vrees voor herhaling bestaat; – In verband waar- mee vrees bestaat voor ernstig belas- tend gedrag van de verdachte jegens een persoon of per- sonen; – In verband waar- mee vrees bestaat voor gedrag van de verdachte dat her- haald gevaar voor goederen oplevert.	maal 360 dagen en zij eindigt in ieder geval op de dag dat het vonnis terzake het strafbare feit waar de verdachte van verdacht wordt onherroepelijk wordt. De duur komt als volgt tot stand: ★ In beginsel maxi- maal 90 dagen. ★ Dit kan drie keer met nog eens 90 dagen worden ver- lengd. ★ Verlenging is niet mogelijk indien te- gen de verdachte geen vervolging is ingesteld.		schijnen kan de ge- dragsaanwijzing aanpassen. ② De OvJ wijzigt de gedragsaanwijzing indien nieuwe feiten of omstandigheden daartoe aanleiding geven. ★ Beroep bij de rechtbank tegen ge- dragsaanwijzing en tegen verlenging. ★ Overtreding van de gedragsaanwij- zing is een zelfstan- dig strafbaar feit (art 184a Sr).
Art 543 Sv	Gerechtigde beve- len die (mede) de aanwijzing van een zorgmodaliteit in- houden	De RC	Gerechtigde beve- len kunnen worden uitgevaardigd tegen een verdachte in- dien: + De openbare orde door dat strafbare feit ernstig is aange- rand. + ontdekking van dit feit op heterdaad	–	★ De wet voorziet niet in een maxi- mumtermijn ★ De bevelen eindi- gen in ieder geval bij het onherroepelijk worden van het von- nis terzake van het feit waarvoor ie- mand verdachte was. ★ Inverzekeringstel- ling kan volgen (door de RC, en niet in het kader van het onderzoeksbelang) voor maximaal 7 dagen indien de be- reidverklaring niet volgt of de zekerheid niet wordt gesteld. In dat geval dient

Modaliteit	Wie besluit / formele criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
		<p>plaatsvindt of indien hieropvolgend bestuurlijke ophouding is toegepast (art 540 Sv).</p> <p>✦ Er tegen de verdachte gewichtige (=ernstige) bezwaren bestaan</p> <p>✦ Er groot gevaar voor herhaling of voortzetting bestaat.</p> <p>✦ Een bereidverklaring van de verdachte</p>			<p>wel binnen die periode hoger beroep bij de rechtbank te worden georganiseerd (art 545 Sv).</p> <p>★ Bij overtreding van de bevelen kan eveneens aanhouding en inverzekeringstelling volgen (548 Sv).</p> <p>★ Tegen de bevelen zelf staat geen rechtsmiddel open.</p> <p>★ Tegen de inverzekeringstelling kan in hoger beroep worden gegaan drie dagen na de tenuitvoerlegging.</p> <p>★ De wet zegt niets over de inhoud van de bevelen.</p>
Art 570b Sv	onderbreking tenuitvoerlegging vrijheidsstraf onder voorwaarden waarbij een zorgmodaliteit als voorwaarde wordt gesteld	Minister	<p>Strafonderbreking kan worden verleend wegens zodanig bijzondere omstandigheden in de persoonlijke sfeer, dat niet kan worden volstaan met een andere vorm van verlof (art 34 Regeling tijdelijk verlaten van de inrichting, <i>Stcrt.</i> 1998, 247). Redenen zijn:</p> <p>① Dringende redenen van lichamelijke</p>	minimaal twee maanden en maximaal drie maanden (art 35 Regeling tijdelijk verlaten van de inrichting, <i>Stcrt.</i> 1998, 247)	<p>★ Beroep bij de rsj</p>

Modaliteit	Wie besluit / formele criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
		<p>of psychische aard, gelegen in de persoon van de gedetineerde, indien en voor zover de inrichtingsarts heeft bevestigd dat deze redenen aan de voortzetting van detentie in de weg staan (art 37 Regeling tijdelijk verlaten van de inrichting, <i>Stcrt.</i> 1998, 247).</p> <p>② Een bezoek aan een in levensgevaar of ernstige psychische nood verkerende levenspartner, kind, ouder, broer, zuster, grootouder of schoonouder van de gedetineerde. (art 36 jo 23 Regeling tijdelijk verlaten van de inrichting, <i>Stcrt.</i> 1998, 247).</p> <p>③ Een bezoek in verband met het overlijden van de levenspartner, of een kind, ouder, broer, zuster, grootouder of schoonouder van de gedetineerde art 36 jo 24 Regeling tijdelijk verlaten van de inrichting, <i>Stcrt.</i> 1998, 247).</p> <p>★ Strafonderbreking kan eenmalig</p>			

		Wie besluit / formele criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
			worden verleend in verband met dringende omstandigheden van zakelijke aard (art 38 Regeling tijdelijk verlaten van de inrichting, <i>Stcrf.</i> 1998, 247).			
Gratiewet Art 13 Gratiewet	Gratieverlening onder voorwaarden, waarbij een zorgmodaliteit als voorwaarde wordt gesteld.	De Kroon	Voorwaarden kunnen worden gesteld wanneer gratie onder voorwaarden wordt verleend. Voor gratieverlening gelden de volgende criteria: ① Op grond van enige omstandigheid, waarmede de rechter op het tijdstip van zijn beslissing geen of onvoldoende rekening heeft gehouden of kunnen houden en die, ware zij op dat tijdstip wel of voldoende bekend geweest, hem aanleiding zou hebben gegeven tot het opleggen van een andere straf of maatregel, of tot het afzien daarvan; dan wel ② Indien aannemelijk is geworden dat met de tenuitvoerlegging van de rechterlijke beslissing of de voortzetting	Twee jaar, te verlengen door minister (art 14 gratiewet)		★ Een jaar na de beschikking op een verzoekschrift (of eerder indien een nieuwe omstandigheid wordt aangevoerd) kan een nieuw ingediend verzoek in behandeling worden genomen (art 4 lid 5 gratiewet)

	Modaliteit	Wie besluit / formele criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
			daarvan geen met de strafrechtstoe- passing na te stre- ven doel in redelijk- heid wordt gediend (art 2 gratiewet).			
Beginnelenwet verpleging ter- beschikking-ge- stelden  Art 32 bvt	Plaatsing op de af- deling voor intensie- ve zorg	Hoofd van de inrich- ting (voorbehouden beslissing).	indien dit noodzake- lijk is met het oog op één van de volgende belangen ★ de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijk- heid van de ver- pleegde voor de vei- ligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene vei- ligheid van perso- nen of goederen; ★ de handhaving van de orde of de veiligheid in de in- richting ★ de afwending van ernstig gevaar voor de gezondheid van de verpleegde.	Minimaal evaluatie van voortdurend noodzakelijkheid ie- dere zes maanden		★ Beklag (zowel op- leggen en verlengen na zes maanden), zij het slechts voor zo- ver de rechten van art 31 bvt worden ingeperkt, en beroep
Art 11 bvt, Be- leidskader longstay forensische zorg 2009.	Longstay-plaatsing	Minister (door hoofd plaatsing DForZo), na advies door Lan- delijke adviescom- missie plaatsing (Lap).	★ Er bestaat risico dat de tbs-gestelde een ernstig delict pleegt. Dit risico voor fysieke schade van anderen is zoda- nig groot dat de maatschappij daar- tegen moet worden beschermd. ★ Beveiliging naast eventuele zorg is no- dig om te voorko-	Driejaarlijks vindt een periodieke toets plaats waarin de longstaystatus wordt geëvalueerd (art 6.3 Beleidskader longstay forensische zorg 2009).	-	★ Tegen eerste plaatsing is beroep mogelijk bij de RSJ



Modaliteit	Wie besluit / formele criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
		<p>men dat de tbs-gestelde tot genoemde delicten komt.</p> <p>★ Het delictrisico is niet zodanig afgenomen dan wel beheersbaar geworden dat de tbs-gestelde buiten deze van beveiliging en toezicht kan.</p> <p>★ De tbs-gestelde heeft conform “state of the art” alle behandelingsmogelijkheden ondergaan, bij voorkeur in twee behandelsettings, zonder dat dit heeft geleid tot een substantiële vermindering van het delictgevaar. Bij bepaalde individuen die zeer gevoelig zijn voor decompensatie kan een multidisciplinair onderzoek op indicatie door de Lap de tweede behandelopgave vervangen.</p> <p>★ Er is geen mogelijkheid tot plaatsing in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) vanwege het vereiste hoge beveiligingsniveau</p> <p>(art 3.1 Beleidskader longstay forensische</p>			

	Modaliteit	Wie besluit / formele criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
			zorg 2009).			
Penitentiare beginselenwet  15 lid 1 pbw	Overplaatsing naar ppc	<p>★ De selectiefunc- tionaris beslist (art 15 lid 1 pbw).</p> <p>★ De selectiefunc- tionaris neemt de aanwijzingen van het openbaar minis- terie en van de auto- riteiten die de straf of maatregel heb- ben opgelegd in aanmerking (art 15 lid 4 pbw). Indien de selectie- functionaris voorne- mens is van de aan- wijzingen af te wij- ken, stelt hij hen daarvan schriftelijk en gemotiveerd op de hoogte (art 21 Regeling selectie, plaatsing en over- plaatsing van gedet- tineerden).</p>	<p>★ Indien in verband met een psychiatri- sche stoornis, een persoonlijkeids- stoornis, psychoso- ciale problematiek, verslavingsproble- matiek of een verstandelijke be- perking, forensische zorg is geïndiceerd, of indien in verband met de vraag of fo- rensische zorg is ge- ïndiceerd, nadere observatie is vereist (art 20c Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden).</p>	-		
Penitentiare beginselenwet  Art 15 lid 5 pbw & artikel 30 Regeling selectie, plaatsing en overplaatsing van gedetineerden.	Overbrenging naar ggz	<p>★ De selectiefunc- tionaris, maar in- stemming van de gedetineerde is noodzakelijk. Indien geen instemming is een rechterlijke machtiging in de zin van de BOPZ vereist. ★ Indien op verzoek van de directeur, geldt de procedu- revoorschriften van art 30 Regeling se- lectie, plaatsing en</p>	Ziekelijke stoornis of gebrekkige ontwik- keling van de geest- vermogens van een gedetineerde	Zolang dat noodza- kelijk is.	-	★ Geldt als vrijwilli- ge opname.

Modaliteit	Wie besluit / formele criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
	overplaatsing van gedetineerden.				

## Komend recht

Wet forensische zorg  2:3 Wfz <sup>548</sup>	Afzonderlijke beslissing tot toepassing 37 Sr (opname psychiatrisch ziekenhuis)	De strafrechter: – bij de rechterlijke uitspraak waarbij iemand wegens een strafbaar feit wordt veroordeeld; – bij de rechterlijke uitspraak waarbij overeenkomstig artikel 9a van het Wetboek van Strafrecht wordt bepaald dat geen straf wordt opgelegd; – bij de rechterlijke uitspraak waarbij de verdachte wordt vrijgesproken of ontslagen van alle rechtsvervolging; – . bij een afzonderlijke rechterlijke beschikking op verdring van het openbaar ministerie; – indien de rechter de terbeschikkingstelling niet verlengt; – indien de rechter de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van over-	+ Degene aan wie een strafbaar feit wegens de gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend  + Indien hij gevaarlijk is voor zichzelf, voor anderen, of voor de algemene veiligheid van personen of goederen.	* De strafrechter kan plaatsing voor maximaal één jaar gelasten (37 Sr).  * Daarna kan, overeenkomstig de bopz, de OvJ een verzoek tot voortgezet verblijf aan de rechter voorleggen (art 15 e.v. bopz jo. 51 bopz)	Regime bopz is vanaf de start van de tenuitvoerlegging van toepassing (art 51 lid 1 bopz).
---	---	---	--	---	--

<sup>548</sup> Kamerstukken I, 2012/13, 32398, nr. D.

Modaliteit	Wie besluit / formele criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
	heidswege niet ver- lengt; — indien de rechter de plaatsing in een inrichting voor jeug- digen niet verlengt. ★ De Ovj kan een psychiatrisch zieken- huis verplichten een persoon ten aanzien van wie plaatsing gelast is op te ne- men (art 10 lid 2 bopz jo. 51 lid 4 bopz).				
Wet forensische zorg, na inwerking- treding van het wetsvoorstel wijzi- ging van de Peniten- tiaire beginselenwet en het Wetboek van Strafrecht in ver- band met de herij- king van de wijze van de tenuitvoer- legging van vrij- heidsbenemende sancties en de in- voering van elektro- nische detentie <sup>549</sup>	Electronische deten- tie van forensische patiënten 6:6 Wfz	Onze Minister			
Wetsvoorstel Wijzi- ging van het Wet- boek van Strafrecht en Wetboek van Strafvordering in verband met het la- ten vervallen van de	Een maatregel strek- kende tot gedrags- beïnvloeding of vrij- heidsbeperking waarbij een zorgmo- daliteit als bijzonde- re voorwaarde	★ Opleggingsrech- ter kan de maatregel opleggen bij het op- leggen van een vrij- heidsbenemende straf of maatregel die voldoet aan de	Criteria voor beslis- sing tot tenuitvoer- legging: — Indien er ernstig rekening mee moet worden gehouden dat de veroordeelde	★ Vijf jaar (38ab lid 4). ★ Telkens te verlen- gen. ★ Voor verlenging gelden dezelfde ma- teriële criteria als	★ De maatregel of de voorwaarden kunnen worden ge- wijzigd (38ae). ★ Electronisch toe- zicht mogelijk (38ab lid 3). ★ Het OM houdt toezicht op de nale- ving (38ad lid 1) ★ Reclasseringstoe-

<sup>549</sup> Kamerstukken II, 2013/14, 33745 nr. 2.

	Modaliteit	Wie besluit / formele criteria	Materieel criterium	Max. duur / verlenging / beëindiging	Overgang naar andere modaliteit	Diversen
maximale duur van de voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van over- heidswege, het ver- lengen van de proef- tijden van de voor- waardelijke invrij- heidsstelling en de invoering van een langdurige gedrags- beïnvloedende en vrijheidsbeperkende maatregel voor ter beschikking gestel- den en zeden- en ge- weldsdelinquenten (langdurig toezicht, gedragsbeïnvloe- ding en vrijheidsbe- perking) <sup>550</sup>	wordt gesteld 38z Sr ev 38ab lid 2 noemt de volgende maatregelen: <i>a.</i> een verbod op het gebruik van verdo- vende middelen of alcohol en de ver- plichting ten behoe- ve van de naleving van dit verbod mee te werken aan bloedonderzoek of urineonderzoek <i>b.</i> opneming in een zorginstelling; <i>c.</i> een verplichting zich onder behande- ling te stellen van een deskundige of zorginstelling <i>d.</i> het verblijven in een instelling voor begeleid wonen of maatschappelijke opvang; <i>e.</i> het deelnemen aan een gedragsin- terventie <i>g.</i> andere voorwaar- den, het gedrag van de veroordeelde be- treffende	criteria van 38z Sr, ★ Bij die beslissing legt de OvJ een re- cent rapport van de reclassering over (38z lid 3 Sr). ★ De maatregel vervalt echter als niet wordt besloten tot tenuitvoerleg- ging (38aa lid 3). ★ Een rechter be- sluit (in een afzon- derlijke beslissing kort voor het aflo- pen van de vrijheids- straf of maatregel) tot tenuitvoerleg- ging van de straf of maatregel (38aa Sr), mits dit is gevorderd door het openbaar ministerie en die vordering voldoet aan de eisen van 38aa Sr.	wederom een mis- drijf zal begaan waarvoor de rechter een maatregel strek- kende tot gedrags- beïnvloeding of vrij- heidsbeperking, kan opleggen. (38ab lid 1 onder <i>a.</i> Sr) – indien dit ter voor- koming van ernstig belastend gedrag jegens slachtoffers of getuigen noodza- kelijk is (38ab lid 1 onder <i>b.</i> Sr).	voor de beslissing tot tenuitvoerleg- ging (38ac lid 1 jo. 38ab lid 1 Sr)		zicht mogelijk (38ad lid 2). Dit kan ook huisbezoeken om- vatten (38ab lid 5 onder <i>b.</i> ★ Beroep tegen de beslissing tot tenuit- voerlegging en te- gen de beslissing tot tenuitvoerlegging bij de penitentiaire kamer gerechtshof Arnhem-Leeuwar- den.

<sup>550</sup> Kamerstukken II, 2013/14, 33816, nr. 2

## Schema C Rechtspositie tijdens regime forensische zorg

### Afkortingen

Bvt	Beginselenwet verpleging terbeschikkinggestelden
Givtbg	Geweldsinstructie inrichtingen voor verpleging van ter beschikking gestelden
Gpi	Geweldsinstructie penitentiaire inrichtingen
Pbw	Penitentiaire beginselenwet
Pm	Penitentiaire maatregel
Rag	Regeling arbeidsloon gedetineerden
Rgpg	Regeling geprivilegieerde post gedetineerden
Rtas	Regeling rechten tijdens afzondering en separatie
Rsapi	Regeling straf- en afzonderingscel penitentiaire inrichtingen
Rtkog	Regeling tegemoetkoming kosten onderwijs gedetineerden
Rtkov	Regeling tegemoetkoming kosten onderwijs verpleegden
Rtmmipi	Regeling toepassing mechanische middelen in penitentiaire inrichtingen
Rtmv	Regeling toepassing mechanische middelen verpleegden
Rtwbbtpi	Regeling toelating en weigering bezoek en beperking telefooncontacten penitentiaire inrichtingen
Rupi	Regeling urinecontrole penitentiaire inrichtingen
Ruv	Regeling urineonderzoek verpleegden
Rvt	Reglement verpleging terbeschikkinggestelden

### Legenda

- ①,② enz: Geven meerdere elkaar uitsluitende opties aan. Bijvoorbeeld meerdere mogelijkheden voor een overgang naar een andere zorgmodaliteit
- ★ Geeft aan dat er verschillende opties naast elkaar bestaan, die al dan niet in combinatie met elkaar aan de orde kunnen zijn.
- Geeft aan dat aan één van de opgesomde (alternatief geformuleerde) criteria moet worden voldaan
- + Geeft aan dat aan alle van de opgesomde (cumulatief geformuleerde) criteria moet worden voldaan.

## Dwangbehandeling, afzondering, controle en geweldgebruik

### Dwangbehandeling

Specificatie & Vindplaats	Drie modaliteiten: ① Het verplicht ondergaan geneeskundige handeling (32 pbw) ② de <i>a-dwangbehandeling</i> (46d pbw). ③ de <i>b-dwangbehandeling</i> (46d pbw). Lagere regelgeving: 21 t/m 22g Pm	Drie modaliteiten: ① Het verplicht ondergaan geneeskundige handeling (26 bvt) ② de <i>a-dwangbehandeling</i> (16b bvt). ③ de <i>b-dwangbehandeling</i> (16b bvt). Lagere regelgeving: 33 t/m 34g rvt
Wie beslist	De directeur, voorbehouden beslissing (art 5 pbw).	Hoofd van de inrichting, voorbehouden beslissing (art 7 bvt)
Formele criteria	<p><i>a-dwangbehandeling:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Verblijf op een afdeling voor bijzondere opvang (art 14 lid 2 pbw).</li> <li>★ Een verklaring van de behandelend psychiater alsmede een verklaring van een psychiater die de verpleegde met het oog daarop kort tevoren heeft onderzocht maar niet bij diens behandeling betrokken was dient te worden overlegd, waaruit dient te blijken dat de persoon op wie de verklaring betrekking heeft, is gestoord in zijn geestvermogens en dat ook aan het materiële criterium is voldaan (zie hier onder) (art 46e lid 2 pbw).</li> <li>★ Hoorplicht (art 57 onder <i>g</i> pbw)</li> </ul> <p><i>b-dwangbehandeling:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Overleg van de directeur met de arts en met het hoofd van de afdeling waar de gedetineerde verblijft. Indien de behandeling door een andere arts wordt verricht, wordt tevens met hem overlegd (art 22a lid 1 PM) Ook overlegt de directeur met de voor de behandeling verantwoordelijke psychiater (22a lid 2 PM).</li> <li>★ Hoorplicht (art 57 onder <i>g</i> pbw)</li> </ul> <p><i>gedwongen geneeskundige behandeling:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ overleg van de directeur met de arts en met het hoofd van de afdeling waar de gedetineerde verblijft. Indien de behandeling door een andere arts wordt verricht, wordt tevens met hem overlegd (art 22a lid 1 PM) Ook overlegt de directeur met de voor de behandeling verantwoordelijke psychiater, indien het verrichten van een gedwongen geneeskundige handeling noodzakelijk is ter afwending van geestvermogens van de gedetineerde (art 22a lid 2 PM).</li> </ul>	<p><i>a-dwangbehandeling:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Een verklaring van de behandelend psychiater alsmede een verklaring van een psychiater die de verpleegde met het oog daarop kort tevoren heeft onderzocht maar niet bij diens behandeling betrokken was dient te worden overlegd, waaruit dient te blijken dat de persoon op wie de verklaring betrekking heeft, is gestoord in zijn geestvermogens en dat ook aan het materiële criterium is voldaan (zie hier onder) (art 16c lid 2 bvt).</li> <li>★ Hoorplicht (art 53 lid 1 onder <i>d</i> bvt)</li> </ul> <p><i>b-dwangbehandeling:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>overleg van het hoofd van de inrichting met de arts en met het hoofd van de afdeling waar de verpleegde verblijft. Indien de behandeling door een andere arts wordt verricht, wordt tevens met hem overlegd (art 34 lid 1 rvt). Ook overlegt het hoofd van de inrichting met de voor de behandeling verantwoordelijke psychiater (art 34 lid 2 rvt)</li> <li>★ Hoorplicht (art 53 lid 1 onder <i>d</i> bvt)</li> </ul> <p><i>gedwongen geneeskundige behandeling:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ overleg van het hoofd van de inrichting met de arts en met het hoofd van de afdeling waar de verpleegde verblijft. Indien de behandeling door een andere arts wordt verricht, wordt tevens met hem overlegd (34 lid 1 rvt). Ook overlegt het hoofd van de inrichting met de voor de behandeling verantwoordelijke psychiater, indien het verrichten van een gedwongen geneeskundige handeling noodzakelijk is ter afwending van geestvermogens van de gedetineerde (22a lid 2 PM).</li> <li>★ Hoorplicht (art 53 lid 1 onder <i>c</i> bvt)</li> </ul>

	Pbw	Bvt
	<b>★ Hoorplicht (art 57 onder f pbw)</b>	
Overleg (niet zijnde een formeel criterium)	<i>a-dwangbehandeling:</i> De verklaringen van psychiaters dienen te worden besproken in het psycho-medisch overleg (art 22 lid 3 PM).	—
Duur	<i>a-dwangbehandeling:</i> zo kort mogelijk, maar niet langer dan drie maanden. <i>b-dwangbehandeling:</i> niet in tijd beperkt.	<i>a-dwangbehandeling:</i> zo kort mogelijk, maar niet langer dan drie maanden. <i>b-dwangbehandeling:</i> niet in tijd beperkt.
Verlenging ja / nee, en bij verlenging in acht te nemen regelingen.	<i>a-dwangbehandeling:</i> <b>★</b> Voordat de directeur de beslissing tot verlenging van a-dwangbehandeling neemt, pleegt hij in ieder geval overleg met de voor de behandeling verantwoordelijke psychiater en met het hoofd van de afdeling waar de gedetineerde verblijft (22c lid 1 PM). Hier wordt nagegaan of van de voortzetting van de behandeling alsnog het beoogde effect kan worden verwacht (22c lid 2 PM). De uitkomsten van het multidisciplinaire overleg, worden bij de beslissing meegenomen (22c lid 3 PM). <b>★</b> In geval van voortzetting wordt dit bij aanvang gemeld aan Onze Minister (22e lid 3 PM) De melding voldoet aan de eisen van 22e leden 5 en 6 PM). <i>Gedwongen geneeskundige handeling:</i> Zo spoedig mogelijk na de aanvang van de gedwongen geneeskundige handeling wordt door of onder verantwoordelijkheid van een arts een plan opgesteld gericht op een zodanige verbetering van de toestand van de gedetineerde dat de toepassing van de gedwongen geneeskundige handeling kan worden beëindigd (22b PM).	<i>a-dwangbehandeling:</i> <b>★</b> Voordat het hoofd van de inrichting de beslissing tot verlenging van a-dwangbehandeling neemt, pleegt hij in ieder geval overleg met de voor de behandeling verantwoordelijke psychiater en met het hoofd van de afdeling waar de verpleegde verblijft (34b lid 1 rvt). Hier wordt nagegaan of van de voortzetting van de behandeling alsnog het beoogde effect kan worden verwacht (34b lid 2 rvt). De uitkomsten van het multidisciplinaire overleg, worden bij de beslissing meegenomen (34b lid 3 rvt). <b>★</b> In geval van voortzetting wordt dit bij aanvang gemeld aan Onze Minister (34d lid 3 rvt) De melding voldoet aan de eisen van 34e leden 5 en 6 rvt). <i>Gedwongen geneeskundige handeling:</i> Zo spoedig mogelijk na de aanvang van de gedwongen geneeskundige handeling wordt door of onder verantwoordelijkheid van een arts een plan opgesteld gericht op een zodanige verbetering van de toestand van de verpleegde dat de toepassing van de gedwongen geneeskundige handeling kan worden beëindigd (34a rvt).
Materieel criterium	<i>a-dwangbehandeling:</i> Voor zover aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de verpleegde doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. <i>b-dwangbehandeling:</i> Dit naar het oordeel van een arts volstrekt noodzakelijk is om het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de verpleegde binnen de inrichting doet veroorzaken, af te wenden. <i>Verplicht ondergaan geneeskundige handeling:</i> Indien die handeling naar het oordeel van een arts volstrekt noodzakelijk is ter afwending van gevaar voor de gezondheid of veiligheid van de gedetineerde of van anderen.	<i>a-dwangbehandeling:</i> Voor zover aannemelijk is dat zonder die behandeling het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de verpleegde doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen. <i>b-dwangbehandeling:</i> Dit naar het oordeel van een arts volstrekt noodzakelijk is om het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de verpleegde binnen de inrichting doet veroorzaken, af te wenden. <i>Verplicht ondergaan geneeskundige handeling:</i> Indien die handeling naar het oordeel van een arts volstrekt noodzakelijk is ter afwending van gevaar voor de gezondheid of veiligheid van de verpleegde of van anderen.



	Pbw	Bvt
Meldplicht & toezicht	<p><i>a-dwangbehandeling:</i></p> <p>✚ Melding aan de Commissie van Toezicht. De voorzitter van de Commissie van Toezicht doet onverwijld een melding aan de maandcommissaris (46e lid 3 pbw, 22e lid 2 pm).</p> <p>✚ In kennisstelling van de raadsman van de gedetineerde, de curator en de mentor uiterlijk drie dagen voor het nemen van die beslissing. Bij aanvang van de behandeling worden zij opnieuw op de hoogte gesteld (22e lid 4 PM).</p> <p>✚ melding aan Onze Minister uiterlijk bij aanvang van de behandeling (22e lid 3 PM). De melding voldoet aan de eisen van 22e leden 5 en 6 PM) .</p> <p>✚ Melding aan de inspecteur indien de behandeling wordt toegepast in verband met een gevaar dat voortvloeit uit een stoornis van de geestvermogens van de gedetineerde (de wet spreekt over 'verpleegde', 22e lid 3 PM). De melding voldoet aan de eisen van 22e leden 5 en 6 PM) .</p> <p><i>b-dwangbehandeling:</i></p> <p>✚ melding aan Onze Minister uiterlijk bij aanvang van de behandeling (22e lid 3 PM). De melding voldoet aan de eisen van 22e leden 5 en 6 PM) .</p> <p>✚ Melding aan de inspecteur indien de behandeling wordt toegepast in verband met een gevaar dat voortvloeit uit een stoornis van de geestvermogens van de gedetineerde (de wet spreekt over 'verpleegde', 22e lid 3 PM). De melding voldoet aan de eisen van 22e leden 5 en 6 PM) .</p> <p><i>gedwongen geneeskundige behandeling:</i></p> <p>✚ melding aan Onze Minister uiterlijk bij aanvang van de behandeling (22e lid 3 PM). De melding voldoet aan de eisen van 22e leden 5 en 6 PM).</p> <p>✚ Melding aan de inspecteur indien de behandeling wordt toegepast in verband met een gevaar dat voortvloeit uit een stoornis van de geestvermogens van de gedetineerde (de wet spreekt over 'verpleegde', 22e lid 3 PM). De melding voldoet aan de eisen van 22e leden 5 en 6 PM).</p>	<p><i>a-dwangbehandeling:</i></p> <p>✚ Melding aan de Commissie van Toezicht. De voorzitter van de Commissie van Toezicht doet onverwijld een melding aan de maandcommissaris (34d lid 2 rvt).</p> <p>✚ In kennisstelling van de raadsman van de verpleegde, de curator en de mentor uiterlijk drie dagen voor het nemen van die beslissing. Bij aanvang van de behandeling worden zij opnieuw op de hoogte gesteld (34d lid 4 rvt).</p> <p>✚ melding aan Onze Minister uiterlijk bij aanvang van de behandeling (34d lid 3 rvt). De melding voldoet aan de eisen van 34d leden 5 en 6 rvt .</p> <p>✚ Melding aan de inspecteur indien de behandeling wordt toegepast in verband met een gevaar dat voortvloeit uit een stoornis van de geestvermogens van de verpleegde (34d lid 3 rvt). De melding voldoet aan de eisen van 34d leden 5 en 6 rvt) .</p> <p><i>b-dwangbehandeling:</i></p> <p>✚ melding aan Onze Minister uiterlijk bij aanvang van de behandeling (34d lid 3 rvt). De melding voldoet aan de eisen van 34d leden 5 en 6 rvt) .</p> <p>✚ Melding aan de inspecteur indien de behandeling wordt toegepast in verband met een gevaar dat voortvloeit uit een stoornis van de geestvermogens van de verpleegde (34d lid 3 rvt). De melding voldoet aan de eisen van 34d leden 5 en 6 rvt) .</p> <p><i>gedwongen geneeskundige behandeling:</i></p> <p>✚ melding aan Onze Minister uiterlijk bij aanvang van de behandeling (34d lid 3 rvt). De melding voldoet aan de eisen van 34d leden 5 en 6 rvt).</p> <p>✚ Melding aan de inspecteur indien de behandeling wordt toegepast in verband met een gevaar dat voortvloeit uit een stoornis van de geestvermogens van de verpleegde (34d lid 3 rvt). De melding voldoet aan de eisen van 34d leden 5 en 6 rvt).</p>
Uitvoeringsvoorschriften	<p>★ Bij de keuze voor een bepaalde geneeskundige handeling wordt steeds gekozen voor de voor de gedetineerde minst ingrijpende handeling (22b lid 2 PM).</p> <p>★ De gedetineerde wordt gedurende de periode dat de a- of b-dwangbehandeling of de gedwongen geneeskundige</p>	<p>★ Bij de keuze voor een bepaalde geneeskundige handeling wordt steeds gekozen voor de voor de verpleegde minst ingrijpende handeling (34a lid 2 rvt).</p> <p>★ De verpleegde wordt gedurende de periode dat de a- of b-dwangbehandeling of de gedwongen geneeskundige</p>

	Pbw	Bvt
	<p>handeling wordt verricht, zo vaak als nodig is bezocht door een arts of in diens opdracht een verpleegkundige (22d PM).</p> <p>★ De maandcommissaris bezoekt na de melding van de voorzitter van de commissie van toezicht dat de behandeling heeft plaatsgevonden onverwijld de gedetineerde (22e PM).</p>	<p>handeling wordt verricht, zo vaak als nodig is bezocht door een arts of in diens opdracht een verpleegkundige (34c rvt).</p> <p>★ De maandcommissaris bezoekt na de melding van de voorzitter van de commissie van toezicht dat de behandeling heeft plaatsgevonden onverwijld de verpleegde (34d rvt).</p>
Registratievoorschriften	<p><i>In het medisch dossier:</i></p> <p>✚ Afspraken en resultaten van het PMO (21a PM).</p> <p>✚ Het verslag van bevindingen van de arts - of een verpleegkundige in diens opdracht - die gedurende de periode dat de behandeling wordt verricht de gedetineerde bezoekt (22d PM).</p> <p>✚ alle gedane meldingen, zoals voorgeschreven in 22f PM.</p> <p><i>in geneeskundig behandelingsplan:</i></p> <p>✚ de diagnose van de stoornis van de geestvermogens van de gedetineerde (21b lid 1 onder a)</p> <p>✚ de therapeutische middelen, zo mogelijk gerelateerd aan de verschillende aspecten die in de stoornis te onderscheiden zijn, die zullen worden toegepast teneinde een zodanige verbetering van de stoornis van de geestvermogens van de gedetineerde te bereiken, dat het gevaar op grond waarvan deze in verband met zijn geestelijke gezondheidstoestand in een afdeling of inrichting voor bijzondere zorg behoeft te verblijven, wordt weggenomen (21b lid 1 onder b).</p> <p>✚ of er overeenstemming over het geneeskundig behandelingsplan is (hetgeen er bij dwangbehandeling niet zal zijn) (21b lid 1 onder c).</p> <p><i>aanvullende registratievoorschriften voor een a- of b-dwangbehandeling in geneeskundig behandelplan:</i></p> <p>✚ 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.</p> <p>✚ de wijze waarop rekening wordt gehouden met de voorkeuren van de gedetineerde ten aanzien van de behandeling.</p> <p><i>aanvullende registratievoorschriften voor de gedwongen geneeskundige behandeling in geneeskundig behandelplan:</i></p> <p>Het plan dat na aanvang van de gedwongen geneeskundige handeling door of onder verantwoordelijkheid van een arts is opgesteld gericht op een zodanige verbetering van</p>	<p><i>In het verpleegdedossier:</i></p> <p>✚ Het verslag van bevindingen van de arts - of een verpleegkundige in diens opdracht - die gedurende de periode dat de behandeling wordt verricht de verpleegde bezoekt (34c rvt).</p> <p>✚ De verantwoordelijke arts draagt zorg dat de melding van de toepassing van een a-dwangbehandeling, b-dwangbehandeling, gedwongen geneeskundige handeling of voortzetting van a-dwangbehandeling wordt opgenomen (art 34e rvt).</p> <p><i>In het register</i></p> <p>✚ De verantwoordelijke arts draagt zorg dat de melding van de toepassing van een a-dwangbehandeling, b-dwangbehandeling, gedwongen geneeskundige handeling of voortzetting van a-dwangbehandeling wordt opgenomen (art 34e rvt).</p> <p><i>In het verplegings- en behandelplan:</i></p> <p>Alle meldingen, bedoeld in art 34e rvt.</p> <p><i>aanvullende registratievoorschriften voor de gedwongen geneeskundige behandeling:</i></p> <p>Zo spoedig mogelijk na de aanvang van de gedwongen geneeskundige handeling wordt door of onder verantwoordelijkheid van een arts een plan opgesteld gericht op een zodanige verbetering van de toestand van de verpleegde dat de toepassing van de gedwongen geneeskundige handeling kan worden beëindigd. Dit plan wordt opgenomen in het verplegings- en behandelingsplan (art 34a lid 1 rvt).</p>

	Pbw	Bvt
	de toestand van de gedetineerde dat de toepassing van de gedwongen geneeskundige handeling kan worden beëindigd wordt opgenomen in het geneeskundig behandelingsplan (22b PM).	
Mogelijkheden in geval van bezwaar	<p><i>a-dwangbehandeling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Hoorplicht gedetineerde (art 57 lid 1 onder g pbw)</li> <li>★ rechtstreeks beroep bij rsj tegen oplegging (72 lid 3 pbw)</li> <li>★ geen rechtstreeks beroep mogelijk tegen verlengingsbeslissing (rsj 8 april 2014, 13/3859/GA). Wel beklag mogelijk (directeursbeslissing).</li> </ul> <p><i>b-dwangbehandeling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Hoorplicht gedetineerde (art 57 lid 1 onder g pbw)</li> <li>★ directeursbeslissing, beklag (art 60 pbw) en beroep (art 69 pbw)</li> </ul> <p><i>gedwongen geneeskundige behandeling:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Hoorplicht gedetineerde (art 57 lid 1 onder f pbw)</li> <li>★ directeursbeslissing, beklag (art 60 pbw) en beroep (art 69 pbw)</li> </ul> <p>Ook voorziet de pm in een hoofdstuk over mogelijk beroep tegen medisch handelen. Het beroepschrift wordt ingediend bij en behandeld door een door de Raad voor Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming benoemde commissie van drie leden, bestaande uit één jurist en twee artsen, die wordt bijgestaan door een secretaris.</p> <p>Alvorens een beroepschrift in te dienen doet de gedetineerde een schriftelijk verzoek aan de Medisch Adviseur bij het Ministerie van Justitie om te bemiddelen terzake van de klacht (28 – 34 pm).</p>	<p><i>a-dwangbehandeling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ hoorplicht (art 53 lid 1 onder d bvt)</li> <li>★ rechtstreeks beroep bij rsj tegen oplegging (69 li1 1 onder g bvt)</li> </ul> <p><i>b-dwangbehandeling</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ hoorplicht (art 53 lid 1 onder d bvt)</li> <li>★ beklag (art 56 lid 1 onder e bvt)</li> </ul> <p><i>gedwongen geneeskundige behandeling:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ hoorplicht (art 53 lid 1 onder c bvt)</li> <li>★ beklag (art 56 lid 1 onder e bvt)</li> </ul>
Procedurevoorschriften bij de beëindiging	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ De directeur meldt de beëindiging aan de voorzitter van de commissie van toezicht, de raadsman van de gedetineerde, de curator, de mentor, Onze Minister en de inspecteur, voor zover zij eerder ter zake zijn geïnformeerd (22e lid 7 PM)</li> <li>★ De inspecteur stelt na beëindiging van elke dwangbehandeling doch in ieder geval binnen drie maanden een onderzoek in of de beslissing tot de behandeling zorgvuldig is genomen en of de uitvoering van de behandeling zorgvuldig is geschied (22g PM jo. 46e lid 4 pbw). In geval van een <i>gedwongen geneeskundige behandeling</i> geschiedt dit slechts indien de behandeling is verricht ter afwending van een gevaar dat voortvloeit uit de stoornis van de geestvermogens van de gedetineerde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ Het hoofd van de inrichting meldt de beëindiging aan de voorzitter van de commissie van toezicht, de raadsman van de verpleegde, de curator, de mentor, Onze Minister en de inspecteur, voor zover zij eerder ter zake zijn geïnformeerd (34d lid 7 rvt)</li> <li>★ De inspecteur stelt na beëindiging van elke dwangbehandeling doch in ieder geval binnen drie maanden een onderzoek in of de beslissing tot de behandeling zorgvuldig is genomen en of de uitvoering van de behandeling zorgvuldig is geschied (34 f rvt jo. 18 lid 4 rvt). In geval van een <i>gedwongen geneeskundige behandeling</i> geschiedt dit slechts indien de behandeling is verricht ter afwending van een gevaar dat voortvloeit uit de stoornis van de geestvermogens van de verpleegde.</li> </ul>

	Pbw	Bvt
Overige	-	-

### *Plaatsing in afzondering*

Specificatie & Vindplaats	Plaatsing in afzondering. Art 24 pbw, Rsapi	Drie modaliteiten: ① Afdelingsconsignatie (art 33 bvt) ② Afzondering (art 1 onder z bvt) ③ Separatie (art 1 onder aa bvt). Art 33 & 34 bvt, Rrtas
Wie beslist	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ De directeur, voorbehouden beslissing (art 5 pbw).</li> <li>★ Indien onverwijld tenuitvoerlegging van de afzondering op de grond van artikel 23, eerste lid, onder a of b, geboden is, kan een ambtenaar of medewerker een gedetineerde voor een periode van ten hoogste vijftien uren in afzondering plaatsen. De directeur wordt van deze plaatsing onverwijld op de hoogte gesteld.</li> </ul>	<p><i>Afzondering, separatie &amp; afdelingsconsignatie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Het hoofd van de inrichting (art 34 lid 1 bvt).</li> </ul> <p><i>Separatie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Het hoofd van de afdeling waar de verpleegde verblijft kan bij dringende noodzakelijkheid de beslissing tot separatie nemen voor ten hoogste vijftien uren (art 34 lid 3 bvt).</li> </ul>
Formele criteria	★ hoorplicht (art 57 onder c)	★ hoorplicht (art 53 lid 1 onder b bvt)
Overleg (niet zijnde een formeel criterium)	—	—
Duur	Twee weken (indien opgelegd anders dan ingeval van ziekmelding, ziekte of op eigen verzoek) (art 24 lid 1 jo. 23 lid 1 pbw).	Vier weken
Verlenging ja / nee, en bij verlenging in acht te nemen regelingen.	Ja. De directeur kan de afzondering telkens voor ten hoogste twee weken verlengen, indien hij tot het oordeel is gekomen dat de noodzaak tot afzondering nog bestaat (art 24 lid 3 pbw).	<i>Afzondering &amp; Separatie</i> Ja. Het hoofd van de inrichting kan de afzondering of separatie telkens, met schriftelijke machtiging van Onze Minister, met ten hoogste vier weken verlengen (art 34 lid 4 bvt).
Materieel criterium	<ul style="list-style-type: none"> <li>— indien dit in het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting dan wel van een ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeneming noodzakelijk is (art 23 lid 1 onder a pbw).</li> <li>— indien dit ter bescherming van de betrokken gedetineerde noodzakelijk is (art 23 lid 1 onder b pbw).</li> <li>— in geval van ziekmelding of ziekte van de betrokken gedetineerde (art 23 lid 1 onder c pbw).</li> <li>— indien de gedetineerde hierom verzoekt en de directeur dit verzoek redelijk en uitvoerbaar oordeelt (art 23 lid 1 onder d pbw).</li> </ul>	<p>indien dit noodzakelijk is met het oog op één van de volgende belangen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen</li> <li>— dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen (art 32 lid 1 onder a bvt).</li> <li>— de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 32 lid 1 onder b bvt).</li> <li>— de afwending van ernstig gevaar voor de gezondheid van de verpleegde (art 32 lid 1 onder c bvt).</li> </ul> <p>(art 33 en 34 lid 1 jo. 32 lid 1 bvt)</p>
Meldplicht & toezicht	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ Onverwijld melding aan inrichtingsarts (art 4 Rsapi)</li> <li>★ Melding aan aan commissie van toezicht indien het langer dan 24 uur duurt (art 24 lid 5 pbw)</li> </ul>	<p><i>Separatie</i></p> <p>Het hoofd van de inrichting draagt zorg dat, ingeval de separatie langer dan vierentwintig uren duurt, een aan de inrichting verbonden arts en de commissie van toezicht onverwijld hiervan in kennis worden gesteld</p>

Pbw		Bvt
		(art 34 lid 5 bvt).
Uitvoeringsvoorschriften	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ Vindt plaats in afzonderingscel (art 3 Rsapi) Zie par. 3 Rsapi voor inrichting van de afzonderingscel.</li> <li>★ Zo spoedig mogelijk bezoek door arts of, in diens opdracht, verpleegkundige (art 4 Rsapi).</li> <li>★ Directeur draagt zorg dat hij dagelijks op de hoogte wordt gehouden</li> <li>★ contact tussen piw'ers en gedetineerde dient te worden gewaarborgd door directeur (art 5 Pbw jo. art 8 Rsapi)</li> </ul>	
Registratievoorschriften	—	—
Mogelijkheden in geval van bezwaar	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ hoorplicht (art 57 onder c pbw)</li> <li>★ directeursbeslissing, beklag (art 60 pbw) en beroep (art 69 pbw)</li> </ul>	<p><i>Afzondering</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Tegen een beslissing tot afzondering en de duur van de afzondering staat beklag open, nadat de afzondering twee dagen heeft geduurd (art 57 lid 3 bvt).</li> <li>★ Tegen de beslissing tot verlenging van de afzondering staat beklag open.</li> </ul> <p><i>Separatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Tegen een beslissing tot separatie en de duur van de separatie staat beklag open nadat de separatie een dag heeft geduurd (art 57 lid 2 bvt).</li> <li>★ Tegen de beslissing tot verlenging van de separatie staat beklag open.</li> </ul> <p><i>Afdelingsconsignatie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ Staat beklag open nadat dit een week heeft geduurd (art 57 lid 1 bvt)</li> </ul> <p><i>Algemeen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>★ hoorplicht (art 53 lid 1 onder b bvt)</li> <li>★ De dag waarop een beslissing als hierboven bedoeld is genomen blijft buiten beschouwing.</li> <li>★ Tegen een uitspraak van de beklagcommissie is beroep mogelijk (art 67 bvt)</li> </ul>
Procedurevoorschriften bij de beëindiging	—	—
Overige	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ Cameraobservatie mogelijk (art 24a pbw, 33 Rsapi), zie in het schema hier onder.</li> <li>★ Zie paragraaf 4, 5, 6 voor overige voorschriften.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ Cameraobservatie mogelijk (art 34a bvt, art 3 lid 5 Rrtas), zie in het schema hier onder.</li> <li>★ Zie Rrtas voor uitvoeringsvoorschriften</li> <li>★ De verpleegde kan worden verplicht tijdens de separatie aangepaste kleding of schoeisel te dragen (art 3 lid 3 Rrtas).</li> </ul>

*Urineonderzoek*

Specificatie & Vindplaats	(art 30, Rupi)	(art 24, Ruv)
Wie beslist	De directeur	Het hoofd van de inrichting
Formele criteria	ten behoeve van een onderzoek van die urine op aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen (art 30 lid 1 pbw)	ten behoeve van een onderzoek van die urine op aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen (art 24 lid 1 bvt)
Overleg (niet zijnde een formeel criterium)	—	—
Duur	—	—
Verlenging ja / nee, en bij verlenging in acht te nemen regelingen.	—	—
Materieel criterium	indien dit noodzakelijk is in het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting dan wel in verband met de verlening van verlof (art 30 lid 1 pbw).	indien dit noodzakelijk is in het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting dan wel in verband met de verlening van verlof (art 24 lid 1 bvt).
Meldplicht & toezicht	—	—
Uitvoeringsvoorschriften	<p>★ De afname van urine gebeurt bij voorkeur 's ochtends vroeg (art 3 lid 1 rupi)</p> <p>★ De ambtenaar of medewerker controleert of het aanvraagformulier en de benodigde materialen aanwezig zijn (art 3 lid 1 rupi).</p> <p>★ Alvorens de urine wordt afgenomen wordt de reden van de urinecontrole aan de gedetineerde medegedeeld en wordt de gedetineerde uitleg gegeven over de te volgen procedure (art 3 lid 2 rupi).</p> <p>★ De gedetineerde urineert onder direct visueel toezicht van een ambtenaar of medewerker in een daartoe aan hem verstrekte opvangbeker (art 3 lid 3 rupi).</p> <p>★ Indien de gedetineerde niet direct tot afgifte van de urine in staat is, wordt hij gedurende een periode van vier uur alsnog in de gelegenheid gesteld onder direct visueel toezicht urine af te staan. De gedetineerde verblijft gedurende deze periode bij voorkeur in een ruimte waarin geen mogelijkheden aanwezig zijn de resultaten van de analyse te beïnvloeden (art 3 lid 4 rupi).</p> <p>★ De gedetineerde verdeelt onder toezicht van een ambtenaar of medewerker de urine over twee aan hem verstrekte buizen. De gedetineerde sluit de buizen af, waarna de ambtenaar of medewerker controleert of de buizen goed zijn afgesloten. De gedetineerde plakt vervolgens stickers met een uniek registratienummer of code op de</p>	<p>★ De afname van urine gebeurt bij voorkeur 's ochtends vroeg (art 3 lid 1 rupi).</p> <p>★ Alvorens de urine wordt afgenomen wordt de reden van de urinecontrole aan de gedetineerde medegedeeld en wordt de gedetineerde uitleg gegeven over de te volgen procedure (art 3 lid 2 ruv).</p> <p>★ De verpleegde urineert bij voorkeur onder direct visueel toezicht van een personeelslid of medewerker in een daartoe aan hem verstrekte opvangbeker (art 3 lid 3).</p> <p>★ Indien de verpleegde niet direct tot afgifte van de urine in staat is, wordt hij gedurende een periode van vier uur alsnog hiertoe in de gelegenheid gesteld. De verpleegde verblijft gedurende deze periode bij voorkeur in een ruimte waarin geen mogelijkheden aanwezig zijn de resultaten van de analyse te beïnvloeden (art 3 lid 4 ruv).</p> <p>★ In het bijzijn van de verpleegde verdeelt een personeelslid of medewerker de urine over twee afzonderlijke buizen, sluit de buizen af en controleert of de buizen goed zijn afgesloten. Vervolgens plakt het personeelslid of de medewerker stickers met een uniek registratienummer op de twee buizen (art 3 lid 5 ruv).</p> <p>★ In het bijzijn van de verpleegde controleert het personeelslid of de medewerker of het aanvraagformulier goed en volledig is ingevuld alsmede of het nummer op de buizen overeenstemt met het nummer op het aanvraagformulier.</p>

Pbw		Bvt
	<p>twee buizen (art 3 lid 5 rupi).</p> <p>★ In het bijzijn van de gedetineerde controleert de ambtenaar of medewerker of het aanvraagformulier goed en volledig is ingevuld alsmede of het nummer/de code op de buizen overeenstemt met het nummer op het aanvraagformulier (art 3 lid 6 rupi).</p> <p>★ Het aanvraagformulier dient in ieder geval een opgave van de volledige naam en voorletters van de gedetineerde, het registratienummer van de gedetineerde, de afname datum, het tijdstip van afname, de stoffen waarop gecontroleerd dient te worden alsmede gegevens over medicatiegebruik en relevante pathologie te bevatten (art 3 lid 6 rupi).</p> <p>★ Zowel de gedetineerde als het personeelslid plaatsen een handtekening op het aanvraagformulier ter bevestiging dat de procedure correct is verlopen (art 3 lid 7 rupi).</p> <p>★ Eén buis wordt met het aanvraagformulier zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk de eerstvolgende werkdag, naar een laboratorium verstuurd dan wel binnen drie werkdagen bij het laboratorium afgegeven. De andere buis wordt, gedurende ten hoogste twee weken na afname, ten behoeve van een eventueel herhalingsonderzoek in een voor onbevoegden niet toegankelijke diepvries of koelkast bewaard.</p>	<p>mulier (art 3 lid 6 ruv).</p> <p>★ Het aanvraagformulier dient in ieder geval een opgave van de volledige naam en voorletters van de verpleegde, het registratienummer van de verpleegde, de afname datum, het tijdstip van afname, de stoffen waarop gecontroleerd dient te worden alsmede gegevens over medicatiegebruik en relevante pathologie te bevatten (art 3 lid 7 ruv).</p> <p>★ Eén buis wordt met het aanvraagformulier zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk de eerstvolgende werkdag, naar een laboratorium verstuurd, dan wel binnen drie werkdagen bij een laboratorium afgegeven. De andere buis wordt, gedurende ten hoogste een week na afname, ten behoeve van een eventueel herhalingsonderzoek in een voor onbevoegden niet toegankelijke diepvries of koelkast bewaard (art 3 lid 9 ruv).</p>
Registratievoorschriften	<p>★ Registratie van doen van mededeling recht op herhalingsonderzoek (art 5 lid 2 Rupl).</p> <p>★ uitslagen van urinecontroles, dan wel een samenvattend overzicht daarvan, worden geregistreerd in penitentiair dossier (art 37 lid 1 onder e PM).</p> <p>★ Een kopie van het aanvraagformulier urineonderzoek wordt in de inrichting bewaard (art 3 lid 9 rupi).</p>	<p>★ Registratie van doen van mededeling recht op herhalingsonderzoek (art 5 lid 2 Ruv).</p> <p>★ Het hoofd van de inrichting houdt aantekening bij van uitgevoerde urinecontroles in het register (art 6 lid 1 rvt).</p>
Mogelijkheden in geval van bezwaar	<p>★ Recht op herhalingsonderzoek (art 6 Rupl). (NB: Dit is een identiek onderzoek op een gelijkelijk afgenomen monster). Gedetineerde moet hierop worden gewezen bij bekendmaken van een positieve uitslag (art 5 lid 2 Rupl).</p> <p>★ Recht op bevestigingsonderzoek (art 7 Rupl) (NB: Dit is een onderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van een andere gevalideerde methode op <i>hetzelfde</i> monster als het eerste onderzoek).</p> <p>★ In afwachting van uitslag van herhalingsonderzoek wordt de tenuitvoerlegging van een disciplinaire straf opgeschort, wordt de besluitvorming dan wel de effectuering van een genomen besluit in het kader van de selectie</p>	<p>★ Recht op herhalingsonderzoek (art 6 Ruv). (NB: Dit is een identiek onderzoek op een gelijkelijk afgenomen monster). Gedetineerde moet hierop worden gewezen bij bekendmaken van een positieve uitslag (art 5 lid 2 Ruv).</p> <p>★ Recht op bevestigingsonderzoek (art 7 Ruv) (NB: Dit is een onderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van een andere gevalideerde methode op <i>hetzelfde</i> monster als het eerste onderzoek)</p> <p>★ In afwachting van de uitslag van een herhalingsonderzoek dan wel een bevestigingsonderzoek wordt de tenuitvoerlegging van een disciplinaire straf opgeschort en wordt de effectuering van verlof of proefverlof opgeschort</p>

	Pbw	Bvt
	<p>en overplaatsing opgeschort, wordt de effectuering van het algemeen verlof of regimesgebonden verlof opgeschort en kan de effectuering van een incidenteel verlof of strafonderbreking worden opgeschort (art 9 Rupi).</p> <p>★ Directeursbeslissing, beklag (art 60 pbw) en beroep (art 69 pbw)</p>	<p>(art 8 lid 3 Ruv).</p> <p>★ Beklag (art 56 lid 1 onder e bvt) en beroep (art 67 bvt).</p>
Procedurevoorschriften bij de beëindiging	—	—
Overige	<p>★ Indien gebruik van gedragsbeïnvloedende middelen is vastgesteld, de gedetineerde weigert aan de urinecontrole mee te werken dan wel is gebleken dat de gedetineerde met het urinemonster heeft gefraudeerd, kan de gedetineerde een disciplinaire straf worden opgelegd (art 8 lid 1 jo lid 2 Rupi).</p>	<p>★ In de huisregels van de inrichting wordt vermeld wat de gevolgen kunnen zijn van de weigering aan het urineonderzoek mee te werken. Tevens wordt in de huisregels vermeld wat de gevolgen kunnen zijn van de vaststelling in het urineonderzoek dat er sprake is geweest van het gebruik van gedragsbeïnvloedende middelen dan wel van fraude met het urinemonster van de zijde van de verpleegde (art 8 lid 1 Ruv).</p>

### *Onderzoek aan lichaam en kleding*

Specificatie & Vindplaats	Art 29 pbw	Art 23 bvt
Wie beslist	De directeur	Het hoofd van de inrichting
Formele criteria	—	—
Overleg (niet zijnde een formeel criterium)	—	—
Duur	—	—
Verlenging ja / nee, en bij verlenging in acht te nemen regelingen.	—	—
Materieel criterium	<p>★ bij binnenkomst of bij het verlaten van de inrichting</p> <p>★ Voorafgaand aan of na afloop van bezoek,</p> <p>★ Indien dit anderszins noodzakelijk is in het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 29 lid 1 pbw)</p>	<p>★ Bij binnenkomst in of bij het verlaten van een inrichting</p> <p>★ voorafgaand aan of na afloop van bezoek</p> <p>★ indien dit anderszins noodzakelijk is in het belang van de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen.</p> <p>★ indien dit noodzakelijk is voor de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 23 lid 1 bvt).</p>
Meldplicht & toezicht	—	—
Uitvoeringsvoorschriften	<p>★ Het onderzoek aan het lichaam van de gedetineerde omvat mede het uitwendig schouwen van de openingen en holten van het lichaam van de gedetineerde (29 lid 2 pbw).</p> <p>★ Het onderzoek aan de kleding van de gedetineerde om-</p>	<p>★ Het onderzoek aan het lichaam van de verpleegde omvat mede het uitwendig schouwen van de openingen en holten van het lichaam van de verpleegde (art 23 lid 2 bvt).</p> <p>★ Het onderzoek aan de kleding van de verpleegde omvat mede het onderzoek van de voorwerpen die de verpleegde</p>



	Pbw	Bvt
	vat mede het onderzoek van de voorwerpen die de gedetineerde bij zich draagt of met zich meevoert (art 29 lid 2 pbw). ★ Het onderzoek aan het lichaam van de gedetineerde wordt op een besloten plaats (art 29 lid 3 pbw). ★ Het onderzoek aan het lichaam van de gedetineerde wordt voor zover mogelijk, door personen van hetzelfde geslacht als de gedetineerde verricht (art 29 lid 3 pbw).	bij zich draagt of met zich mee voert (art 23 lid 2 bvt). ★ Het onderzoek aan het lichaam van de verpleegde wordt op besloten plaatsen verricht (art 29 lid 3 bvt). ★ Het onderzoek aan het lichaam van de verpleegde wordt, voor zover mogelijk, door personen van hetzelfde geslacht als de verpleegde verricht (art 29 lid 3 bvt)
Registratievoorschriften	—	—
Mogelijkheden in geval van bezwaar	★ directeursbeslissing, beklag (art 60 pbw) en beroep (art 69 pbw)	★ Beklag (art 56 lid 1 onder e bvt) en beroep (art 67 bvt).
Procedurevoorschriften bij de beëindiging	—	—
Overige	★ Indien bij een onderzoek aan het lichaam of de kleding voorwerpen worden aangetroffen die niet in het bezit van de gedetineerde mogen zijn, en, voor zover het onderzoek betrekking heeft op de openingen of holten van het lichaam van de gedetineerde, deze voorwerpen zonder het gebruik van hulpmiddelen daaruit kunnen worden verwijderd, is de directeur bevoegd deze in beslag te nemen. Hij draagt zorg dat deze voorwerpen, hetzij onder afgifte van een bewijs van ontvangst ten behoeve van de gedetineerde op diens kosten worden bewaard, hetzij met toestemming van de gedetineerde worden vernietigd, hetzij aan een opsporingsambtenaar ter hand worden gesteld met het oog op de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 29 lid 4 pbw).	★ Indien bij een onderzoek aan het lichaam of de kleding voorwerpen worden aangetroffen die niet in het bezit van de verpleegde mogen zijn is het hoofd van de inrichting bevoegd deze in beslag te nemen. Deze bevoegdheid omvat mede het verwijderen van deze voorwerpen uit de openingen en holten van het lichaam voor zover dit kan plaatsvinden zonder het gebruik van hulpmiddelen. Hij draagt zorg dat deze voorwerpen, hetzij onder afgifte van een bewijs van ontvangst ten behoeve van de verpleegde worden bewaard, hetzij met toestemming van de verpleegde in diens aanwezigheid worden vernietigd, hetzij aan een opsporingsambtenaar ter hand worden gesteld met het oog op de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 29 lid 4 bvt).

### Onderzoek in lichaam

Specificatie & Vindplaats	Art 31 pbw	Art 25 bvt
Wie beslist	De directeur, voorbehouden beslissing (art 5 pbw), tenzij onverwijld ten uitvoerlegging geboden is (art 31 lid 2 pbw).	Het hoofd van de inrichting, , voorbehouden beslissing (art 7 bvt), Het hoofd van de afdeling waar de verpleegde verblijft kan bij dringende noodzakelijkheid de beslissing nemen (art 25 lid 2 bvt).
Formele criteria	★ hoorplicht (art 57 onder e pbw)	★ Hoorplicht (art 53 lid 1 onder c bvt).
Overleg (niet zijnde een formeel criterium)	—	—
Duur	—	—
Verlenging ja / nee, en bij verlenging in acht te nemen regelingen.	—	—

	Pbw	Bvt
Materieel criterium	<p>★ Indien dit noodzakelijk is ter afwijking van ernstig gevaar voor de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 31 lid 1 pbw).</p> <p>★ Indien dit noodzakelijk is voor de gezondheid van de gedetineerde (art 31 lid 1 pbw).</p>	<p>★ indien dit noodzakelijk is ter afwijking van ernstig gevaar voor de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 25 lid 1 bvt).</p> <p>★ indien dit noodzakelijk is ter afwijking van ernstig gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van de verpleegde (art 25 lid 1 bvt).</p>
Meldplicht & toezicht	—	—
Uitvoeringsvoorschriften	Het onderzoek wordt verricht door een arts of, in diens opdracht, door een verpleegkundige (art 31 lid 3 pbw).	Het onderzoek wordt verricht door een arts of, in diens opdracht, door een verpleegkundige (art 25 lid 3 bvt).
Registratievoorschriften	—	★ Het hoofd van de inrichting houdt aantekening bij van uitgevoerd onderzoek in het lichaam in het register (art 6 lid 1 rvt).
Mogelijkheden in geval van bezwaar	<p>★ hoorplicht (art 57 onder e pbw)</p> <p>★ directeursbeslissing, beklag (art 60 pbw) en beroep (art 69 pbw)</p>	<p>★ Hoorplicht (art 53 lid 1 onder c bvt).</p> <p>★ Beklag (art 56 lid 1 onder e bvt) en beroep (art 67 bvt).</p>
Procedurevoorschriften bij de beëindiging	—	—
Overige	—	—

### *Bevestiging mechanische middelen*

Specificatie & Vindplaats	Art 33 pbw, rtmmpi	(art 27, Rtmnv)
Wie beslist	De directeur (voorbehouden beslissing (art 5 pbw), tenzij onderwijlde tenuitvoerlegging geboden is (art 33 lid 2 pbw).	Het hoofd van de inrichting (voorbehouden beslissing, art 7 bvt), tenzij dringende noodzakelijkheid afzondering (art 34 bvt) en bevestiging van vrijheidsbeperkende middelen noodzakelijk maakt, dan kan ook het hoofd van de afdeling waar de verpleegde verblijft de beslissing nemen.
Formele criteria	<p>⊕ Plaatsing in afzondering</p> <p>⊕ hoorplicht (art 57 onder h pbw)</p> <p>⊕ directeursbeslissing, beklag (art 60 pbw) en beroep (art 69 pbw)</p>	★ Hoorplicht (art 53 lid 1 onder c bvt).
Overleg (niet zijnde een formeel criterium)	-	-
Duur	24 uur (art 33 lid 1 pbw)	24 uur (art 27 lid 1 bvt)
Verlenging ja / nee, en bij verlenging in acht te nemen regelingen.	<p>★ Ja. Telkens met ten hoogste 24 uur door de directeur (art 33 lid 3 pbw).</p> <p>★ De beslissing tot verlenging wordt genomen na overleg met de aan de inrichting verbonden arts of diens vervanger.</p>	<p>★ Ja. Telkens met ten hoogste 24 uur door de directeur (art 27 lid 3 bvt).</p> <p>★ De beslissing tot verlenging wordt genomen na overleg met de aan de inrichting verbonden arts.</p>
Materieel criterium	★ indien die beperking noodzakelijk is ter afwijking van een van de gedetineerde uitgaand ernstig gevaar voor diens gezondheid of de veiligheid van anderen dan de gedetineerde.	★ indien die beperking noodzakelijk is ter afwijking van een van de verpleegde uitgaand ernstig gevaar voor diens gezondheid of veiligheid of die van anderen.

	Pbw	Bvt
Meldplicht & toezicht	<p>★ De directeur stelt de arts of diens vervanger en de commissie van toezicht onverwijld in kennis (art 33 lid 1 pbw).</p>	<p>★ Het hoofd van de inrichting stelt de arts of diens plaatsvervanger en de commissie van toezicht onverwijld in kennis. (art 27 lid 1 bvt).</p>
Uitvoeringsvoorschriften	<p>★ Alleen mechanische middelen worden toegepast die in de bijlage bij de rtmmpi zijn opgenomen (art 2 lid 1 rtmmpi).</p> <p>★ De toepassing van mechanische middelen beperkt de gedetineerde niet verder in zijn vrijheid dan voor de afwijking van het van de gedetineerde uitgaande ernstig gevaar voor diens gezondheid of veiligheid of die van anderen noodzakelijk is (art 3 lid 1 rtmmpi).</p> <p>★ Bij de keuze voor de toepassing van bepaalde mechanische middelen wordt zoveel mogelijk voorkomen dat de gedetineerde wordt belemmerd in de zelfstandige uitvoering van de lichaamsfuncties eten, drinken, urineren en ontlasten (art 3 lid 2 rtmmpi).</p> <p>★ Voor de toepassing bestaat een protocol (art 5 rtmmpi).</p> <p>★ De daartoe aangewezen ambtenaar of medewerker stelt zich tenminste eenmaal per uur op de hoogte van de toestand van de gedetineerde (art 6 lid 1 rtmmpi).</p> <p>★ Minimaal een maal per dag stelt de aan de inrichting verbonden arts of diens plaatsvervanger zich op de hoogte van de toestand van de gedetineerde (art 6 lid 2 rtmmpi).</p>	<p>★ Alleen mechanische middelen worden toegepast die in de bijlage bij de rtmmpi zijn opgenomen (art 2 lid 1 rtmmv).</p> <p>★ De toepassing van mechanische middelen beperkt de verpleegde niet verder in zijn vrijheid, dan voor de afwijking van het van de verpleegde uitgaande ernstig gevaar voor diens gezondheid of veiligheid of die van anderen noodzakelijk is (art 3 lid 1 rtmmv).</p> <p>★ Bij de keuze voor de toepassing van bepaalde mechanische middelen wordt zoveel mogelijk voorkomen dat de verpleegde wordt belemmerd in de zelfstandige uitvoering van de lichaamsfuncties eten, drinken, urineren en ontlasten (art 3 lid 2 rtmmv).</p> <p>★ Voor de toepassing bestaat een protocol (art 5 rtmmv).</p> <p>★ De daartoe aangewezen ambtenaar of medewerker stelt zich tenminste eenmaal per uur op de hoogte van de toestand van de gedetineerde (art 6 lid 1 rtmmv).</p> <p>★ Minimaal tweemaal per dag stelt de aan de inrichting verbonden arts of diens plaatsvervanger zich op de hoogte van de toestand van de verpleegde (art 6 lid 2 rtmmv).</p>
Registratievoorschriften	<p>★ De wijze van verslaglegging wordt voorgeschreven door het protocol dat door de directeur wordt vastgesteld (art 5 lid 2 onder e rtmmpi)</p> <p>★ Verslag wordt opgemaakt van de toestand van de gedetineerde bij het op de hoogte stellen van de toestand van de gedetineerde door de daartoe aangewezen ambtenaar of medewerker (tenminste eenmaal per uur) (art 6 lid 1 rtmmpi).</p> <p>Indien het verslag van de ambtenaar of medewerker, of de bevindingen van de arts, daartoe aanleiding geven, doch in elk geval twee maal per etmaal, overweegt de directeur na overleg met de aan de inrichting verbonden arts of diens vervanger, of de toestand van de gedetineerde zodanig is gewijzigd dat kan worden volstaan met de bevestiging van mechanische middelen die de gedetineerde minder vergaand in zijn vrijheid beperken, dan wel dat de bevestiging van mechanische middelen kan worden beëindigd (art 6 lid 3 rtmmpi).</p>	<p>★ De wijze van verslaglegging wordt voorgeschreven door het protocol dat door het hoofd van de inrichting wordt vastgesteld (art 5 lid 2 onder e rtmmv).</p> <p>★ Verslag wordt opgemaakt van de toestand van de gedetineerde bij het op de hoogte stellen van de toestand van de gedetineerde door de daartoe aangewezen ambtenaar of medewerker (tenminste eenmaal per uur) (art 6 lid 1 rtmmpi).</p> <p>Indien het verslag van de ambtenaar of medewerker, of de bevindingen van de arts, daartoe aanleiding geven, doch in elk geval twee maal per etmaal, overweegt het hoofd van de inrichting na overleg met de aan de inrichting verbonden arts of diens vervanger, of de toestand van de gedetineerde zodanig is gewijzigd dat kan worden volstaan met de bevestiging van mechanische middelen die de gedetineerde minder vergaand in zijn vrijheid beperken, dan wel dat de bevestiging van mechanische middelen kan worden beëindigd (art 6 lid 3 rtmmpi).</p> <p>★ Het hoofd van de inrichting houdt aantekening bij van</p>

	Pbw	Bvt
		bevestiging mechanische middelen aan het lichaam in het register (art 6 lid 1 rvt).
Mogelijkheden in geval van bezwaar	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ hoorplicht (art 57 onder h pbw)</li> <li>★ directeursbeslissing, beklag (art 60 pbw) en beroep (art 69 pbw)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ Hoorplicht (art 53 lid 1 onder c bvt).</li> <li>★ Beklag (art 56 lid 1 onder e bvt) en beroep (art 67 bvt).</li> </ul>
Procedurevoorschriften bij de beëindiging	—	—
Overige	—	—

### Onderzoek verblijfsruimte

Specificatie & Vindplaats	Onderzoek op de aanwezigheid van voorwerpen die niet in zijn bezit mogen zijn. Art 34 pbw	Onderzoek op de aanwezigheid van voorwerpen die niet in zijn bezit mogen zijn. Art 29 bvt
Wie beslist	De directeur	Het hoofd van de inrichting
Formele criteria	—	—
Overleg (niet zijnde een formeel criterium)	—	—
Duur	—	—
Verlenging ja / nee, en bij verlenging in acht te nemen regelingen.	—	—
Materieel criterium	<ul style="list-style-type: none"> <li>— indien dit onderzoek plaatsvindt in het kader van het algemeen toezicht op de aanwezigheid van verboden voorwerpen in de verblijfsruimten van gedetineerden (art 34 lid 1 onder a pbw).</li> <li>— indien dit noodzakelijk is in het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 34 lid 1 onder b pbw).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>— indien dit onderzoek plaatsvindt in het kader van het algemeen toezicht op de aanwezigheid van verboden voorwerpen in de persoonlijke verblijfsruimten van verpleegden (art 29 lid 1 onder a bvt).</li> <li>— indien dit noodzakelijk is voor de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 29 lid 1 onder b jo. 23 lid 1 bvt).</li> <li>— indien dit noodzakelijk is in het belang van de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde (art 29 lid 1 onder b jo. 23 lid 1 bvt).</li> <li>— indien dit noodzakelijk is voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen (art 29 lid 1 onder b jo. 23 lid 1 bvt).</li> </ul>
Meldplicht & toezicht	—	—
Uitvoeringsvoorschriften	—	—
Registratievoorschriften	—	—
Mogelijkheden in geval van bezwaar	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ directeursbeslissing, beklag (art 60 pbw) en beroep (art 69 pbw)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ Beklag (art 56 lid 1 onder e bvt) en beroep (art 67 bvt).</li> </ul>
Procedurevoorschriften bij de beëindiging	—	—

	Pbw	Bvt
Overige	<p>★ Indien bij het onderzoek voorwerpen worden aange- troffen die niet in het bezit van de gedetineerde mogen zijn, is de directeur bevoegd deze in beslag te nemen. Hij draagt zorg dat deze voorwerpen, hetzij onder afgifte van een bewijs van ontvangst ten behoeve van de gedetineerde op diens kosten worden bewaard, hetzij met toestemming van de gedetineerde worden vernietigd, hetzij aan een opsporingsambtenaar ter hand worden gesteld met het oog op de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 34 lid 2 jo. 29 lid 4 pbw).</p> <p>★ De directeur is bevoegd de verblijfsruimte van een gedetineerde te onderzoeken op de aanwezigheid van voorwerpen waarop vermoedelijk celmateriaal van de gedetineerde aanwezig is en deze voorwerpen in beslag te nemen, indien de officier van justitie hem op grond van artikel 6, eerste lid, van de Wet DNA-onderzoek bij veroordeelden een opdracht tot het in beslag nemen van deze voorwerpen heeft gegeven (art 34 lid 3 pbw).</p>	<p>★ Indien bij het onderzoek voorwerpen worden aange- troffen die niet in het bezit van de verpleegde mogen zijn is het hoofd van de inrichting bevoegd deze in beslag te nemen. Hij draagt zorg dat deze voorwerpen, hetzij onder afgifte van een bewijs van ontvangst ten behoeve van de verpleegde worden bewaard, hetzij met toestemming van de verpleegde in diens aanwezigheid worden vernietigd, hetzij aan een opsporingsambtenaar ter hand worden ge- steld met het oog op de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 29 lid 2 jo. 23 id 4 bvt).</p> <p>★ Het hoofd van de inrichting is bevoegd de persoonlijke verblijfsruimte van een verpleegde te onderzoeken op de aanwezigheid van voorwerpen waarop vermoedelijk cel- materiaal van de verpleegde aanwezig is en deze voorwer- pen in beslag te nemen, indien de officier van justitie hem op grond van artikel 6, eerste lid, van de Wet DNA-onder- zoek bij veroordeelden een opdracht tot het in beslag ne- men van deze voorwerpen heeft gegeven (art 29 lid 3 bvt).</p>

## Cameraobservatie

Specificatie & Vindplaats	<p>Drie modaliteiten:</p> <p>① tijdens afzondering (art 24a pbw)</p> <p>② tijdens individueel regime of in EBI (Art 34a pbw).</p> <p>③ tijdens verblijf in strafcel (art 51a pbw)</p>	Een modaliteit, tijdens afzondering of separatie (art 34a bvt)
Wie beslist	De directeur	Het hoofd van de inrichting
Formele criteria	<p><i>Tijdens afzondering</i></p> <p>★ verblijf in afzonderingscel (art 24a pbw)</p> <p>★ hoorplicht (art 57 onder <i>i</i> pbw)</p> <p>★ Alvorens de directeur hiertoe beslist, wint hij het advies in van een gedragsdeskundige onderscheidenlijk de inrich- tingsarts, tenzij dit advies niet kan worden afgewacht. In dat geval wint de directeur het advies zo spoedig mogelijk na zijn beslissing in (art 24a lid 2 pbw).</p> <p><i>Tijdens individueel regime of in EBI</i></p> <p>★ plaatsing in een individueel regime (art 34a lid 1 jo 22 pbw).</p> <p>★ hoorplicht (art 57 onder <i>h</i> pbw)</p> <p>★ indien het wordt opgelegd omdat dit ter bescherming van de geestelijke of lichamelijke toestand van de gedeti- neerde noodzakelijk is (art 34a lid 1 onder <i>c</i>), wordt, alvo- rens de directeur tot cameraobservatie beslist, het advies ingewonnen van een gedragsdeskundige onderscheide-</p>	<p>★ plaatsing in afzondering of separatie (art 34a lid 1 bvt).</p> <p>★ hoorplicht (art 53 lid 1 onder <i>f</i> bvt)</p> <p>★ alvorens het hoofd van de inrichting hiertoe beslist, wint hij het advies in van de voor de behandeling verant- woordelijke psychiater onderscheidenlijk een aan de in- richting verbonden arts, tenzij dit advies niet kan worden afgewacht. In dat geval wint het hoofd van de inrichting het advies zo spoedig mogelijk na zijn beslissing in (art 34a lid 2 bvt).</p>

	Pbw	Bvt
	<p>nlijk de inrichtingsarts, tenzij dit advies niet kan worden afgewacht. In dat geval wint de directeur het advies zo spoedig mogelijk na zijn beslissing in.</p> <p><i>Tijdens verblijf in strafcel</i></p> <p>★ verblijf in strafcel</p> <p>★ hoorplicht (art 57 onder i pbw)</p> <p>★ Alvorens hij hiertoe beslist, wint hij het advies in van een gedragsdeskundige onderscheidenlijk de inrichtingsarts, tenzij dit advies niet kan worden afgewacht. In dat geval wint de directeur het advies zo spoedig mogelijk na zijn beslissing in (art 51a lid 2 pbw)</p>	
Overleg (niet zijnde een formeel criterium)	—	—
Duur	<p><i>Tijdens afzondering</i></p> <p>Onbepaald</p> <p><i>Tijdens individueel regime of in EBI</i></p> <p>Twee weken (art 34a lid 3 pbw)</p> <p><i>Tijdens verblijf in strafcel</i></p> <p>Onbepaald</p>	Onbepaald
Verlenging ja / nee, en bij verlenging in acht te nemen regelingen.	<p><i>Tijdens individueel regime of in EBI</i></p> <p>Ja. Indien de directeur tot het oordeel is gekomen dat de noodzaak daartoe nog bestaat. De beslissing tot verlenging wordt genomen na overleg met de aan de inrichting verbonden arts of diens vervanger, of, in het geval de cameraobservatie ter bescherming van de geestelijke of lichamelijke toestand van de gedetineerde noodzakelijk is, een gedragsdeskundige.</p>	—
Materieel criterium	<p><i>Tijdens afzondering</i></p> <p>indien dit ter bescherming van de geestelijke of lichamelijke toestand van de gedetineerde noodzakelijk is (art 24a lid 1 pbw)</p> <p><i>Tijdens individueel regime of in EBI</i></p> <p>— indien dit noodzakelijk is in het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 34a lid 1 onder a).</p> <p>— indien dit noodzakelijk is voor een ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeneming (art 34a lid 1 onder b).</p> <p>— indien dit ter bescherming van de geestelijke of lichamelijke toestand van de gedetineerde noodzakelijk is (art 34a lid 1 onder c).</p> <p>— indien dit ter bescherming van de geestelijke of lichamelijke toestand van de gedetineerde noodzakelijk is</p>	indien dit ter bescherming van de geestelijke of lichamelijke toestand van de verpleegde noodzakelijk is (art 34a lid 1 bvt).

	Pbw	Bvt
	(art 34a lid 1 onder d). <i>Tijdens verblijf in strafcel</i> indien dit ter bescherming van de geestelijke of lichamelijke toestand van de gedetineerde noodzakelijk is (art 51a lid 1 pbw)	
Meldplicht & toezicht	<i>Tijdens individueel regime of in EBI</i> ★ De directeur draagt zorg dat, ingeval de cameraobservatie langer dan vierentwintig uren duurt, de commissie van toezicht en de aan de inrichting verbonden arts of diens vervanger terstond hiervan in kennis worden gesteld (art 34a lid 4 pbw).	—
Uitvoeringsvoorschriften	—	—
Registratievoorschriften	—	—
Mogelijkheden in geval van bezwaar	★ Hoorplicht gedetineerde voorafgaande aan beslissing (art 57 pbw). ★ Directeursbeslissing, beklag (art 60 pbw) en beroep (art 69 pbw).	★ hoorplicht (art 53 lid 1 onder f bvt) ★ Beklag (art 57 lid 6 bvt) en beroep (art 67 bvt).
Procedurevoorschriften bij de beëindiging	—	—
Overige	—	—

### *Gebruik geweld / vrijheidsbeperkende middelen*

Specificatie & Vindplaats	Art 35 pbw, gpi	Art 30, givtbg
Wie beslist	De directeur	Het hoofd van de inrichting
Formele criteria	-	-
Overleg (niet zijnde een formeel criterium)	-	-
Duur	-	-
Verlenging ja / nee, en bij verlenging in acht te nemen regelingen.	-	-
Materieel criterium	voor zover dit noodzakelijk is met het oog op een van de volgende belangen: — de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 35 lid 1 onder a pbw) — de uitvoering van een door de directeur genomen beslissing (art 35 lid 1 onder b pbw) — de voorkoming van het zich onttrekken door de gedetineerde aan het op hem uitgeoefende toezicht (art 35 lid 1 onder c pbw) — de uitvoering van een ingevolge het Wetboek van Straf-	voor zover dit noodzakelijk is met het oog op één van de volgende belangen: — de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art30 lid 1 onder a bvt). — de uitvoering van een bij of krachtens de bvt genomen beslissing (art30 lid 1 onder b bvt). — de voorkoming van de onttrekking van een verpleegde aan het op hem uitgeoefende toezicht (art30 lid 1 onder c bvt). — de uitvoering van een ingevolge het Wetboek van Straf-

	Pbw	Bvt
	<p>vordering of de Wet DNA-onderzoek bij veroordeelden door de officier van justitie of de rechter-commissaris genomen beslissing (art 35 lid 1 onder d pbw).</p> <p>NB: De inrichtingsdirecteur stelt een voor zijn inrichting geldende dienstinstructie voor het personeel vast (art 3 gpi).</p>	<p>vordering of de Wet DNA-onderzoek bij veroordeelden door de officier van justitie of de rechter-commissaris genomen beslissing (art30 lid 1 onder d bvt).</p> <p>NB: Het hoofd van de inrichting voor verpleging van ter beschikking gestelden maakt op basis van deze regeling een voor zijn inrichting geldende dienstinstructie voor personeelsleden of medewerkers (art 10 lid 1 givtbg). Een afschrift hiervan wordt binnen 3 maanden naar de minister gestuurd. Geweld tijdens verlof, in verband met onttrekkingen, is nader genormeerd in art 2a givtbg.</p>
Meldplicht & toezicht	<p>★ De ambtenaar of medewerker die geweld heeft gebruikt of vrijheidsbeperkende middelen heeft aangewend, meldt dit onverwijld schriftelijk aan de directeur van de betrokken inrichting of de selectiefunctionaris. De schriftelijke melding dient duidelijkheid te verschaffen over de redenen die tot het aanwenden van geweld hebben geleid, de daaruit voortvloeiende gevolgen en op wiens last dit aanwenden van geweld heeft plaatsgevonden (art 9 lid 1 gpi). De melding, geschiedt in de vorm van een rapport indien de gevolgen van het aangewende geweld daartoe, naar het oordeel van de meerdere, aanleiding geven, of gebruik is gemaakt van enig geweldsmiddel en lichamenlijk letsel dan wel de dood veroorzaakt is (art 9 lid 3 gpi).</p> <p>★ Indien de aanwending van het geweld bij een gedetineerde heeft geleid tot lichamenlijk letsel van meer dan geringe betekenis en in alle gevallen waarin van een vuurwapen, een wapenstok of CS-traangasgranaten of traangasverspreidende middelen gebruik is gemaakt, dient deze melding tevens ter kennis te worden gebracht van het hoofd van de Dienst Justitiële Inrichtingen en het Openbaar Ministerie art 9 lid 2 gpi). De melding, bedoeld in het eerste en tweede lid, geschiedt in de vorm van een rapport indien de gevolgen van het aangewende geweld daartoe, naar het oordeel van de meerdere, aanleiding geven, of gebruik is gemaakt van enig geweldsmiddel en lichamenlijk letsel dan wel de dood veroorzaakt is (art 9 lid 3 gpi).</p>	<p>★ De ambtenaar of medewerker die geweld heeft gebruikt of vrijheidsbeperkende middelen heeft aangewend, meldt dit onverwijld schriftelijk aan de directeur van de betrokken inrichting of de selectiefunctionaris. De schriftelijke melding dient duidelijkheid te verschaffen over de redenen die tot het aanwenden van geweld hebben geleid, de daaruit voortvloeiende gevolgen en op wiens last dit aanwenden van geweld heeft plaatsgevonden (art 11 lid 1 givtbg). De melding, geschiedt in de vorm van een rapport indien de gevolgen van het aangewende geweld daartoe, naar het oordeel van de meerdere, aanleiding geven, of gebruik is gemaakt van enig geweldsmiddel en lichamenlijk letsel dan wel de dood veroorzaakt is (art 11 lid 3 givtbg).</p> <p>★ Indien de aanwending van het geweld bij een gedetineerde heeft geleid tot lichamenlijk letsel van meer dan geringe betekenis en in alle gevallen waarin van een vuurwapen, een wapenstok of CS-traangasgranaten of traangasverspreidende middelen gebruik is gemaakt, dient deze melding tevens ter kennis te worden gebracht van het hoofd van de Dienst Justitiële Inrichtingen en het Openbaar Ministerie (art 11 lid 2 givtbg). De melding, bedoeld in het eerste en tweede lid, geschiedt in de vorm van een rapport indien de gevolgen van het aangewende geweld daartoe, naar het oordeel van de meerdere, aanleiding geven, of gebruik is gemaakt van enig geweldsmiddel en lichamenlijk letsel dan wel de dood veroorzaakt is (art 11 lid 3 givtbg).</p>
Uitvoeringsvoorschriften	Afhankelijk van het geweldsmiddel en omstandigheden, zie gpi.	Afhankelijk van het geweldsmiddel en omstandigheden, zie givtbg.
Registratievoorschriften	—	★ Het hoofd van de inrichting houdt aantekening bij van toegepast geweld in het register (art 6 lid 1 rvt).



	Pbw	Bvt
Mogelijkheden in geval van bezwaar	★ Directeursbeslissing, beklag (art 60 pbw) en beroep (art 69 pbw).	★ Beklag (art 56 lid 1 onder e bvt) en beroep (art 67 bvt).
Procedurevoorschriften bij de beëindiging	—	—

## Contact met de buitenwereld

### Post

Recht	De gedetineerde heeft, behoudens de in de pbw gestelde beperkingen, het recht brieven en stukken per post te verzenden en te ontvangen. De hieraan verbonden kosten komen, tenzij de directeur anders bepaalt, voor rekening van de gedetineerde (art 36 lid 1 pbw).	De verpleegde heeft, behoudens de in de bvt gestelde beperkingen, het recht brieven en stukken per post te verzenden en te ontvangen. De hieraan verbonden kosten komen, tenzij het hoofd van de inrichting anders bepaalt, voor rekening van de verpleegde (art 35 lid 1 bvt).
Vormen van toezicht	<p><i>Controle op inhoud</i></p> <p>★ De directeur is bevoegd op de inhoud van brieven of andere poststukken afkomstig van of bestemd voor gedetineerden toezicht uit te oefenen (art 36 pbw lid 3).</p> <p>★ Van de wijze van uitoefenen van toezicht wordt aan de gedetineerden tevoren mededeling gedaan (art 36 lid 3 pbw).</p> <p>★ Op de inhoud van brieven van of naar geprivilegieerde personen of instanties wordt geen toezicht uitgeoefend (art 37 lid 1 pbw).</p> <p><i>Controle op bijgesloten voorwerpen</i></p> <p>★ De directeur is bevoegd enveloppen of andere poststukken, afkomstig van of bestemd voor gedetineerden, op de aanwezigheid van bijgesloten voorwerpen te onderzoeken en deze hiertoe te openen (art 36 lid 2 pbw). Indien de enveloppen of andere poststukken afkomstig zijn van of bestemd zijn voor geprivilegieerde personen of instanties (zie artikel 37, eerste en tweede lid pbw), geschiedt dit onderzoek in aanwezigheid van de betrokken gedetineerde (art 36 lid 2 pbw jo. art 4 lid 2 rgpg).</p>	<p><i>Controle op inhoud</i></p> <p>★ Het hoofd van de inrichting is bevoegd op de inhoud van brieven of andere poststukken afkomstig van of bestemd voor de verpleegde telkens voor een periode van ten hoogste vier weken toezicht uit te oefenen (art 35 lid 3 bvt), indien dit toezicht noodzakelijk is met het oog op één van de volgende belangen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen (art 35 lid 3 onder a bvt).</li> <li>— de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 35 lid 3 onder b bvt).</li> <li>— de afwending van ernstig gevaar voor de gezondheid van de verpleegde (art 35 lid 3 onder c bvt).</li> <li>— de bescherming van slachtoffers van of anderszins betrokkenen bij door een verpleegde begane misdrijven (art 35 lid 3 onder d bvt).</li> <li>— de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 35 lid 3 onder e bvt).</li> </ul> <p>Dit toezicht kan worden beperkt tot bepaalde personen of instanties (art 35 lid 4 bvt).</p> <p>★ Op de inhoud van brieven van of naar geprivilegieerde personen of instanties wordt geen toezicht uitgeoefend (art 36 lid 1 bvt).</p> <p><i>Controle op bijgesloten voorwerpen</i></p> <p>★ Het hoofd van de inrichting is bevoegd enveloppen of andere poststukken afkomstig van of bestemd voor verpleegden op de aanwezigheid van bijgesloten voorwerpen</p>

	Pbw	Bvt
Mogelijkheden van beperking van het recht	<p>★ De directeur kan de verzending of uitreiking van bepaalde brieven of andere poststukken alsmede bijgesloten voorwerpen weigeren, indien dit noodzakelijk is met het oog op een van de volgende belangen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 36 lid 4 onder c pbw).</li> <li>— de bescherming van de openbare orde of nationale veiligheid (art 36 lid 4 onder b pbw).</li> <li>— de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 36 lid 4 onder c pbw).</li> <li>— de bescherming van slachtoffers van of anderszins betrokkenen bij misdrijven (art 36 lid 4 onder d pbw).</li> </ul> <p>★ De uitreiking of verzending van een brief of ander poststuk dan wel van bijgesloten voorwerpen van of naar geprivilegieerde personen of instanties wordt niet geweigerd (art 37 lid 1 pbw).</p> <p>★ van de weigering van verzending of uitreiking van een brief of ander poststuk dan wel van bijgesloten voorwerpen doet de directeur melding aan de gedetineerde (art 58 lid 2 onder c pbw)</p> <p>★ De directeur draagt zorg dat de niet uitgereikte brieven of andere poststukken dan wel bijgesloten voorwerpen, hetzij worden teruggegeven aan de gedetineerde of voor diens rekening worden gezonden aan de verzender of een door de gedetineerde op te geven adres, hetzij onder afgifte van een bewijs van ontvangst ten behoeve van de gedetineerde worden bewaard, hetzij met toestemming van de gedetineerde worden vernietigd, hetzij aan een opsporingsambtenaar ter hand worden gesteld met het oog op de voorkoming of opsporing van strafbare feiten.</p> <p>★ De directeur geeft de gedetineerde onverwijld schriftelijk en zoveel mogelijk in voor hem begrijpelijke taal een met redenen omkleede, gedagtekende mededeling in geval van weigering van verzending of uitreiking van een brief of ander poststuk dan wel bijgesloten voorwerp(en) (art 58 lid 1 onder a pbw).</p>	<p>te onderzoeken en deze hiertoe te openen. Het openen geschiedt, voor zover mogelijk, in aanwezigheid van de betrokken verpleegde (art 35 lid 2). Ten aanzien verpleegden die vrijwillig zijn opgenomen (art 4 lid 1 onder g bvt) geldt deze bevoegdheid slechts indien de kantonrechter van de rechtbank Den Haag hiertoe de last heeft gegeven (art 35 lid 2 bvt).</p> <p>★ Het hoofd van de inrichting kan de verzending of uitreiking van bepaalde brieven of andere poststukken alsmede bijgesloten voorwerpen weigeren, indien dit noodzakelijk is met het oog op een van de volgende belangen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen (art 35 lid 3 onder a bvt).</li> <li>— de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 35 lid 3 onder b bvt).</li> <li>— de afwending van ernstig gevaar voor de gezondheid van de verpleegde (art 35 lid 3 onder c bvt).</li> <li>— de bescherming van slachtoffers van of anderszins betrokkenen bij door een verpleegde begane misdrijven (art 35 lid 3 onder d bvt).</li> <li>— de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 35 lid 3 onder e bvt).</li> </ul> <p>★ De uitreiking of verzending van een brief of ander poststuk dan wel van bijgesloten voorwerpen van of naar geprivilegieerde personen of instanties wordt niet geweigerd (art 36 lid 1 bvt).</p> <p>★ van de weigering van verzending of uitreiking van een brief of ander poststuk dan wel van bijgesloten voorwerpen doet de directeur melding aan de gedetineerde (art 54 lid 1 onder b bvt).</p> <p>★ Het hoofd van de inrichting draagt zorg dat de niet uitgereikte brieven of andere poststukken dan wel bijgesloten voorwerpen, hetzij worden terug gegeven aan de verpleegde of voor diens rekening worden teruggezonden aan de verzender of een ander door de verpleegde op te geven adres, hetzij onder afgifte van een bewijs van ontvangst ten behoeve van de verpleegde worden bewaard, hetzij met toestemming van de verpleegde in diens aanwezigheid worden vernietigd, hetzij aan een opsporingsambtenaar ter hand worden gesteld met het oog op de voorkoming of opsporing van strafbare feiten</p>

	Pbw	Bvt
		(art 35 lid 6 bvt). <b>★</b> De verpleegde ontvangt onverwijld, schriftelijk en voor zoveel mogelijk in een voor hem begrijpelijke taal, een met redenen omklede, gedagtekende en ondertekende mededeling betreffende de weigering van verzending of uitreiking van een brief of ander poststuk dan wel van bijgesloten voorwerpen (art 54 lid 1 onder b bvt)
Mogelijkheden in geval van bezwaar	<b>★</b> Beklag (art 60 pbw) en beroep (art 69 pbw)	<b>★</b> Beklag (art 56 lid 1 onder c bvt) en beroep (art 67 bvt)

## Bezoek

Recht	De gedetineerde heeft het recht gedurende ten minste één uur per week op in de huisregels vastgestelde tijden en plaatsen bezoek te ontvangen (art 38 pbw).	De verpleegde heeft het recht ten minste gedurende een uur per week op in de huisregels vastgestelde tijden en plaatsen bezoek te ontvangen (art 37 lid 1 bvt).
Vormen van toezicht	<p><b>★</b> De directeur kan bepalen dat tijdens het bezoek toezicht wordt uitgeoefend, indien dit noodzakelijk is met het oog op:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 36 lid 4 onder c pbw).</li> <li>— de bescherming van de openbare orde of nationale veiligheid (art 36 lid 4 onder b pbw).</li> <li>— de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 36 lid 4 onder c pbw).</li> <li>— de bescherming van slachtoffers van of anderszins betrokkenen bij misdrijven (art 36 lid 4 onder d pbw).</li> </ul> <p>Dit toezicht kan omvatten het beluisteren of opnemen van het gesprek tussen de bezoeker en de gedetineerde. Tevoren wordt aan betrokkenen mededeling gedaan van de aard en de reden van het toezicht (art 38 lid 4 pbw).</p> <p><b>★</b> Geprivilegieerde personen of instanties kunnen zich vrijelijk met de gedetineerde onderhouden, behoudens ingeval de directeur, na overleg met de desbetreffende bezoeker, van mening is dat van de gedetineerde een ernstig gevaar uitgaat voor de veiligheid van de bezoeker. In dat geval laat de directeur voor het bezoek weten welke toezichthoudende maatregelen genomen worden om het onderhoud zo ongestoord mogelijk te laten verlopen. De toezichthoudende maatregelen mogen er niet toe leiden dat vertrouwelijke mededelingen in het onderhoud tussen de gedetineerde en diens rechtsbijstandverlener bij derden bekend kunnen worden.</p>	<p><b>★</b> Het hoofd van de inrichting kan bepalen dat tijdens het bezoek toezicht wordt uitgeoefend, indien dit noodzakelijk is met het oog op:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen (art 35 lid 3 onder a bvt).</li> <li>— de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 35 lid 3 onder b bvt).</li> <li>— de afwending van ernstig gevaar voor de gezondheid van de verpleegde (art 35 lid 3 onder c bvt).</li> <li>— de bescherming van slachtoffers van of anderszins betrokkenen bij door een verpleegde begane misdrijven (art 35 lid 3 onder d bvt).</li> <li>— de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 35 lid 3 onder e bvt).</li> </ul> <p>Dit toezicht kan omvatten het beluisteren of opnemen van het gesprek tussen de bezoeker en de gedetineerde. Tevoren wordt aan betrokkenen mededeling gedaan van de aard en de reden van het toezicht (art 37 lid 4 pbw).</p> <p><b>★</b> Geprivilegieerde personen of instanties kunnen zich vrijelijk met de verpleegde onderhouden, behoudens ingeval van de verpleegde een ernstig gevaar uitgaat voor de veiligheid van de bezoeker (art 37 lid 7 bvt).</p>

	Pbw	Bvt
Mogelijkheden van beperking van het recht	<p>★ De directeur kan het aantal tegelijkertijd tot de gedetineerde toe te laten personen beperken, indien dit noodzakelijk is in het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 38 lid 2 pbw)</p> <p>★ De directeur kan de toelating tot de gedetineerde van een bepaald persoon of van bepaalde personen weigeren, indien dit noodzakelijk is met het oog op:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 36 lid 4 onder c pbw).</li> <li>— de bescherming van de openbare orde of nationale veiligheid (art 36 lid 4 onder b pbw).</li> <li>— de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 36 lid 4 onder c pbw).</li> <li>— de bescherming van slachtoffers van of anderszins betrokkenen bij misdrijven (art 36 lid 4 onder d pbw).</li> </ul> <p>Deze weigering geldt voor ten hoogste twaalf maanden (art 38 lid 3 jo. 36 lid 4 pbw). De beslissing tot het weigeren van bezoek voor de maximumtermijn van twaalf maanden is slechts aan de orde indien het gaat om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— een gedetineerde die wordt verdacht van een terroristisch misdrijf (art 6 onder a rtwbvti).</li> <li>— een gedetineerde die al dan niet onherroepelijk is veroordeeld voor het begaan van een terroristisch misdrijf (art 6 onder b rtwbvti).</li> <li>— een gedetineerde waarbij de bescherming van slachtoffers van of anderszins betrokkenen bij misdrijven een weigering voor een zo lang mogelijke termijn vergt (art 6 onder c rtwbvti).</li> </ul> <p>★ De directeur kan het bezoek binnen de daarvoor bestemde tijd beëindigen en de bezoeker uit de inrichting doen verwijderen, indien dit noodzakelijk is met het oog op:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 36 lid 4 onder c pbw).</li> <li>— de bescherming van de openbare orde of nationale veiligheid (art 36 lid 4 onder b pbw).</li> <li>— de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 36 lid 4 onder c pbw).</li> <li>— de bescherming van slachtoffers van of anderszins betrokkenen bij misdrijven (art 36 lid 4 onder d pbw). (art 38 lid 6 pbw).</li> </ul> <p>★ Leden van de rsj of cvt hebben te allen tijde toegang tot de gedetineerde (art 38 lid 7 jo. 37 lid 1 onder g en h pbw)</p>	<p>★ Het hoofd van de inrichting kan het aantal tegelijk tot de verpleegde toe te laten personen beperken, indien dit noodzakelijk is in het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 37 lid 2 bvt).</p> <p>★ Het hoofd van de inrichting kan de toelating tot de verpleegde van bezoek of van een bepaalde persoon of bepaalde personen telkens voor een periode van ten hoogste vier weken weigeren, indien dit noodzakelijk is met het oog op een van de volgende belangen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen (art 35 lid 3 onder a bvt).</li> <li>— de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 35 lid 3 onder b bvt).</li> <li>— de afwending van ernstig gevaar voor de gezondheid van de verpleegde (art 35 lid 3 onder c bvt).</li> <li>— de bescherming van slachtoffers van of anderszins betrokkenen bij door een verpleegde begane misdrijven (art 35 lid 3 onder d bvt).</li> <li>— de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 35 lid 3 onder e bvt).</li> </ul> <p>Deze weigering geldt voor ten hoogste vier weken (art 37 lid 3 bvt).</p> <p>★ Het hoofd van de inrichting kan het bezoek binnen de daarvoor bestemde tijd beëindigen en de bezoeker uit de inrichting doen verwijderen, indien dit noodzakelijk is met het oog op een van de volgende belangen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen (art 35 lid 3 onder a bvt).</li> <li>— de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 35 lid 3 onder b bvt).</li> <li>— de afwending van ernstig gevaar voor de gezondheid van de verpleegde (art 35 lid 3 onder c bvt).</li> <li>— de bescherming van slachtoffers van of anderszins betrokkenen bij door een verpleegde begane misdrijven (art 35 lid 3 onder d bvt).</li> <li>— de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 35 lid 3 onder e bvt).</li> </ul> <p>★ Leden van de rsj of cvt hebben te allen tijde toegang tot de verpleegde (art 37 lid 7 jo. 36 lid 1 onder g en h pbw)</p>

	Pbw	Bvt
	<p>★ Overige geprivilegieerde personen of instanties hebben toegang tot de gedetineerde op in de huisregels vastgestelde tijden en plaatsen (art 38 lid 7 pbw).</p> <p>★ De directeur geeft de gedetineerde onverwijld schriftelijk en zoveel mogelijk in voor hem begrijpelijke taal een met redenen omkleede, gedagtekende mededeling in geval van weigering van de toelating tot de gedetineerde van een bepaald persoon of bepaalde personen (art 58 lid 1 onder b pbw).</p>	<p>★ Overige geprivilegieerde personen of instanties hebben toegang tot de gedetineerde op in de huisregels vastgestelde tijden en plaatsen (art 37 lid 7 pbw).</p> <p>★ De verpleegde ontvangt onverwijld, schriftelijk en voor zoveel mogelijk in een voor hem begrijpelijke taal, een met redenen omkleede, gedagtekende en ondertekende mededeling betreffende de weigering van de toelating tot de verpleegde van bezoek of een bepaalde bezoeker (art 54 lid 1 onder c bvt).</p>
Mogelijkheden in geval van bezwaar	★ Beklag (art 60 pbw) en beroep (art 69 pbw)	★ Beklag (art 56 lid 1 onder c bvt) en beroep (art 67 bvt)

## Telefoongesprekken

Recht	De gedetineerde heeft, behoudens de in de pbw gestelde beperkingen, het recht ten minste eenmaal per week op in de huisregels vastgestelde tijden en plaatsen en met behulp van een daartoe aangewezen toestel gedurende tien minuten een of meer telefoongesprekken te voeren met personen buiten de inrichting. De hieraan verbonden kosten komen, tenzij de directeur anders bepaalt, voor rekening van de gedetineerde (art 39 lid 1 pbw).	De verpleegde heeft, behoudens de in de bvt gestelde beperkingen, het recht tenminste eenmaal per week gedurende tien minuten een of meer telefoongesprekken te voeren met personen buiten de inrichting. In de huisregels worden de tijden en plaatsen alsmede het voor het gesprek of de gesprekken te gebruiken toestel aangewezen. De hieraan verbonden kosten komen, tenzij het hoofd van de inrichting anders bepaalt, voor rekening van de verpleegde (art 38 lid 1 bvt).
Vormen van toezicht	<p>★ In verband met het uitoefenen van toezicht, kunnen telefoongesprekken worden opgenomen (art 39 lid 1 pbw). Telefoongesprekken die in verband met het toezicht worden opgenomen, worden bewaard voor een periode van ten hoogste acht maanden (art 23a lid 1 PM). Indien bij de uitoefening van het toezicht blijkt dat een telefoongesprek met een geprivilegieerd persoon of instelling is opgenomen, wordt dit opgenomen gesprek terstond gewist (art 23a lid 3 PM). De gedetineerde wordt van het opnemen van het telefoonverkeer op de hoogte gesteld (art 23a lid 4 PM).</p> <p>★ De directeur kan bepalen dat op de door of met de gedetineerde gevoerde telefoongesprekken toezicht wordt uitgeoefend, indien dit noodzakelijk is om de identiteit van de persoon met wie de gedetineerde een gesprek voert vast te stellen dan wel met het oog op:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 36 lid 4 onder c pbw).</li> <li>— de bescherming van de openbare orde of nationale veiligheid (art 36 lid 4 onder b pbw).</li> </ul>	<p>★ In verband met het uitoefenen van toezicht, kunnen telefoongesprekken worden opgenomen (art 38 lid 1 bvt). Telefoongesprekken die in verband met het toezicht worden opgenomen, worden bewaard voor een periode van ten hoogste acht maanden (art 35a lid 1 rvt). Indien bij de uitoefening van het toezicht blijkt dat een telefoongesprek met een geprivilegieerd persoon of instelling is opgenomen, wordt dit opgenomen gesprek terstond gewist (art 35a lid 3 rvt). De gedetineerde wordt van het opnemen van het telefoonverkeer op de hoogte gesteld (art 35a lid 4 rvt).</p> <p>★ Het hoofd van de inrichting kan bepalen dat op de door of met een verpleegde gevoerde telefoongesprekken toezicht wordt uitgeoefend, indien dit noodzakelijk is om de identiteit van de persoon met wie de verpleegde een telefoongesprek voert vast te stellen dan wel met het oog op een van de volgende belangen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen</li> </ul>

	Pbw	Bvt
	<ul style="list-style-type: none"> <li>— de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 36 lid 4 onder c pbw).</li> <li>— de bescherming van slachtoffers van of anderszins betrokkenen bij misdrijven (art 36 lid 4 onder d pbw). Dit toezicht kan omvatten het beluisteren van een telefoongesprek of het uitluisteren van een opgenomen telefoongesprek. Aan de betrokkene wordt mededeling gedaan van de aard en de reden van het toezicht (art 39 lid 2 jo. 36 lid 4 pbw).</li> <li>★ Op gesprekken met geprivilegieerde personen of instanties wordt geen ander toezicht uitgeoefend dan noodzakelijk is om de identiteit van de personen of instantie met wie de gedetineerde een telefoongesprek voert of wenst te voeren vast te stellen (art 39 lid 4 jo. 37 lid 1 pbw).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>of goederen (art 35 lid 3 onder a bvt).</li> <li>— de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 35 lid 3 onder b bvt).</li> <li>— de afwijding van ernstig gevaar voor de gezondheid van de verpleegde (art 35 lid 3 onder c bvt).</li> <li>— de bescherming van slachtoffers van of anderszins betrokkenen bij door een verpleegde begane misdrijven (art 35 lid 3 onder d bvt).</li> <li>— de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 35 lid 3 onder e bvt).</li> <li>Dit toezicht kan omvatten het beluisteren van een telefoongesprek of het uitluisteren van een opgenomen telefoongesprek. Aan de betrokkene wordt mededeling gedaan van de aard en de reden van het toezicht (art 38 lid 2 jo. 35 lid 3 bvt)</li> <li>★ Op gesprekken met geprivilegieerde personen of instanties wordt geen ander toezicht uitgeoefend dan noodzakelijk is om de identiteit van de personen of instantie met wie de gedetineerde een telefoongesprek voert of wenst te voeren vast te stellen (art 38 lid 4 jo. 36 lid 1 bvt).</li> </ul>
Mogelijkheden van beperking van het recht	<p>De directeur kan de gelegenheid tot het voeren van een bepaald telefoongesprek of bepaalde telefoongesprekken weigeren of een telefoongesprek binnen de daarvoor bestemde tijd beëindigen, indien dit noodzakelijk is met het oog op een van de volgende belangen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 36 lid 4 onder c pbw).</li> <li>— de bescherming van de openbare orde of nationale veiligheid (art 36 lid 4 onder b pbw).</li> <li>— de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 36 lid 4 onder c pbw).</li> <li>— de bescherming van slachtoffers van of anderszins betrokkenen bij misdrijven (art 36 lid 4 onder d pbw). De beslissing tot het weigeren van een bepaald telefoongesprek of bepaalde telefoongesprekken geldt voor ten hoogste twaalf maanden. De beslissing tot het weigeren van een bepaald telefoongesprek of bepaalde telefoongesprekken voor de maximumtermijn van twaalf maanden is slechts aan de orde indien het gaat om: <ul style="list-style-type: none"> <li>— een gedetineerde die wordt verdacht van een terroristisch misdrijf (art 6 onder a rtwbti).</li> <li>— een gedetineerde die al dan niet onherroepelijk is veroordeeld voor het begaan van een terroristisch misdrijf</li> </ul> </li> </ul>	<p>Het hoofd van de inrichting kan het voeren van telefoongesprekken of een bepaald telefoongesprek telkens voor een periode van ten hoogste vier weken weigeren of een telefoongesprek binnen de daarvoor bestemde tijd beëindigen, indien dit noodzakelijk is met het oog op een van de volgende belangen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen (art 35 lid 3 onder a bvt).</li> <li>— de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 35 lid 3 onder b bvt).</li> <li>— de afwijding van ernstig gevaar voor de gezondheid van de verpleegde (art 35 lid 3 onder c bvt).</li> <li>— de bescherming van slachtoffers van of anderszins betrokkenen bij door een verpleegde begane misdrijven (art 35 lid 3 onder d bvt).</li> <li>— de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 35 lid 3 onder e bvt).</li> <li>★ De verpleegde ontvangt onverwijld, schriftelijk en voor zoveel mogelijk in een voor hem begrijpelijke taal, een met redenen omklede, gedagtekende en ondertekende mededeling betreffende de weigering van het voeren van tele-</li> </ul>

	Pbw	Bvt
	<p>(art 6 onder b rtwbtti).</p> <p>— een gedetineerde waarbij de bescherming van slachtoffers van of anderszins betrokkenen bij misdrijven een weigering voor een zo lang mogelijke termijn vergt (art 6 onder c rtwbtti).</p> <p>★ De directeur geeft de gedetineerde onverwijld schriftelijk en zoveel mogelijk in voor hem begrijpelijke taal een met redenen omkleede, gedagtekende mededeling in geval van het verbod van het voeren van een bepaald telefoongesprek of bepaalde telefoongesprekken (art 58 lid 1 onder c pbw).</p>	<p>foongesprekken of een bepaald telefoongesprek (art 54 lid 1 onder d bvt).</p>
Mogelijkheden in geval van bezwaar	★ Beklag (art 60 bvt) en beroep (art 69 pbw)	★ Beklag (art 56 lid 1 onder c bvt) en beroep (art 67 bvt)

## Mediacontacten

Recht	<p>De directeur kan toestemming geven voor het voeren van een gesprek tussen de gedetineerde en een vertegenwoordiger van de media, voor zover dit zich verdraagt met de volgende belangen:</p> <p>✚ de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 40 lid 1 onder a pbw).</p> <p>✚ de bescherming van de openbare orde en de goede zeden (art 40 lid 1 onder b pbw).</p> <p>✚ de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen dan de gedetineerde (art 40 lid 1 onder c pbw).</p> <p>✚ de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 40 lid 1 onder d pbw).</p>	<p>Het hoofd van de inrichting kan toestemming geven voor het voeren van een gesprek tussen de verpleegde en een vertegenwoordiger van de media, voor zover dit zich verdraagt met de volgende belangen:</p> <p>✚ de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen (art 39 lid 1 onder a bvt).</p> <p>✚ de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 39 lid 1 onder b bvt).</p> <p>✚ de bescherming van de openbare orde en de goede zeden (art 39 lid 1 onder c bvt).</p> <p>✚ de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen dan de verpleegde (art 39 lid 1 onder d bvt).</p> <p>✚ de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 39 lid 1 onder e bvt).</p>
Vormen van toezicht	<p>★ De directeur kan op het contact met een vertegenwoordiger van de media toezicht uitoefenen, indien dit noodzakelijk is met het oog op een van de volgende belangen:</p> <p>— de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 40 lid 1 onder a pbw).</p> <p>— de bescherming van de openbare orde en de goede zeden (art 40 lid 1 onder b pbw).</p> <p>— de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen dan de gedetineerde (art 40 lid 1 onder c pbw).</p> <p>— de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 40 lid 1 onder d pbw).</p>	<p>★ Het hoofd van de inrichting kan op het contact met een vertegenwoordiger van de media toezicht uitoefenen, indien dit noodzakelijk is met het oog op een van de volgende belangen:</p> <p>— de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen (art 39 lid 1 onder a bvt).</p> <p>— de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 39 lid 1 onder b bvt).</p> <p>— de bescherming van de openbare orde en de goede ze-</p>

	Pbw	Bvt
	<p>Dit toezicht kan omvatten het beluisteren of opnemen van het gesprek tussen de bezoeker en de gedetineerde. Tevoren wordt aan betrokkenen mededeling gedaan van de aard en de reden van het toezicht (art 40 pbw lid 3 jo. 38 lid 4 en 38 lid 5 pbw).</p>	<p>den (art 39 lid 1 onder c bvt).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen dan de verpleegde (art 39 lid 1 onder d bvt).</li> <li>— de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 39 lid 1 onder e bvt).</li> </ul> <p>Dit toezicht kan omvatten het beluisteren of opnemen van het gesprek tussen de bezoeker en de verpleegde. Tevoren wordt aan betrokkenen mededeling gedaan van de aard en de reden van het toezicht (art 39 lid 3 jo. 37 lid 4 en 38 lid 5 bvt).</p>
<p>Mogelijkheden van beperking van het recht</p>	<p>★ De directeur kan aan de toegang van een vertegenwoordiger van de media tot de inrichting voorwaarden verbinden met het oog op de bescherming van de volgende belangen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 40 lid 1 onder a pbw).</li> <li>— de bescherming van de openbare orde en de goede zeden (art 40 lid 1 onder b pbw).</li> <li>— de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen dan de gedetineerde (art 40 lid 1 onder c pbw).</li> <li>— de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 40 lid 1 onder d pbw).</li> </ul> <p>De directeur is bevoegd een vertegenwoordiger van de media uit de inrichting te doen verwijderen, indien hij de hem opgelegde voorwaarden niet nakomt (art 40 lid 2 pbw).</p>	<p>★ Het hoofd van de inrichting kan aan de toegang van een vertegenwoordiger van de media tot de inrichting voorwaarden verbinden met het oog op de bescherming van de volgende belangen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen (art 39 lid 1 onder a bvt).</li> <li>— de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting (art 39 lid 1 onder b bvt).</li> <li>— de bescherming van de openbare orde en de goede zeden (art 39 lid 1 onder c bvt).</li> <li>— de bescherming van de rechten en vrijheden van anderen dan de verpleegde (art 39 lid 1 onder d bvt).</li> <li>— de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 39 lid 1 onder e bvt).</li> </ul> <p>Het hoofd van de inrichting is bevoegd een vertegenwoordiger van de media uit de inrichting te doen verwijderen, indien hij de hem opgelegde voorwaarden niet nakomt (art 39 lid 2 bvt).</p>
<p>Mogelijkheden in geval van bezwaar</p>	<p>★ Beklag (art 60 bvt) en beroep (art 69 pbw)</p>	<p>★ Beklag (art 56 lid 1 onder c bvt) en beroep (art 67 bvt)</p>

## Rechten, dagbesteding

<p>Geestelijke verzorging</p>	<p>Art 41 pbw, art 24-27 pm, Regeling functie-eisen en vergoeding geestelijk verzorgers overige stromingen.</p>	<p>Art 40 bvt, art 36-39 rvt, Regeling functie-eisen en vergoeding geestelijk verzorgers overige stromingen</p>
<p>Medische verzorging</p>	<p>★ De gedetineerde heeft recht op verzorging door een aan de inrichting verbonden arts of diens vervanger (art 42 lid 1 pbw).</p> <p>★ De gedetineerde heeft recht op raadpleging, voor eigen rekening, van een arts van zijn keuze. De directeur stelt in overleg met de gekozen arts de plaats en het tijdstip van</p>	<p>★ De verpleegde heeft recht op verzorging door een aan de inrichting verbonden arts (art 41 lid 1 bvt).</p> <p>★ De verpleegde heeft recht op raadpleging voor eigen rekening van een arts van zijn keuze (art 41 lid 2 bvt).</p>



	Pbw	Bvt
	de raadpleging vast (art 42 lid 2 pbw).	
Sociale verzorging en hulpverlening	<p>★ De gedetineerde heeft recht op sociale verzorging en hulpverlening (art 43 lid 1 pbw).</p> <p>★ De directeur draagt zorg dat reclasseringswerkers en daarvoor in aanmerking komende gedragsdeskundigen de in het eerste lid omschreven zorg en hulp in de inrichting kunnen verlenen (art 43 lid 2 pbw).</p> <p>★ De directeur draagt zorg voor overbrenging van de gedetineerde naar de daartoe bestemde plaats, indien de in het eerste lid omschreven zorg en hulp dit noodzakelijk maken en een dergelijke overbrenging zich verdraagt met de ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbenaming (art 43 lid 3 pbw).</p>	<p>★ Het hoofd van de inrichting draagt zorg voor de sociale verzorging en hulpverlening (art 43 lid 1 bvt)</p>
Voeding en kleding	<p>★ De directeur draagt zorg dat aan de gedetineerde voeding, noodzakelijke kleding en schoeisel worden verstrekt dan wel dat hem voldoende geldmiddelen ter beschikking worden gesteld om hierin naar behoren te voorzien (art 44 lid 1 pbw).</p> <p>★ De gedetineerde heeft recht op het dragen van eigen kleding en schoeisel, tenzij die een gevaar kunnen opleveren voor de orde of de veiligheid in de inrichting. Hij kan worden verplicht tijdens de arbeid of sport aangepaste kleding of schoeisel te dragen. In de huisregels kunnen regels worden gesteld omtrent de wijze van gebruik en onderhoud van kleding en schoeisel (art 44 lid 2 pbw).</p> <p>★ De directeur draagt zorg dat bij de verstrekking van voeding zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de godsdienst of levensovertuiging van de gedetineerden (art 44 lid 3 pbw).</p> <p>★ De directeur draagt zorg dat de gedetineerde in staat gesteld wordt zijn uiterlijk en lichamelijke hygiëne naar behoren te verzorgen (art 44 lid 4 pbw).</p> <p>★ In de huisregels worden regels gesteld omtrent de aankoop door gedetineerden van andere gebruiksartikelen dan die welke door de directeur ter beschikking worden gesteld (art 44 lid 5 pbw).</p>	<p>★ Het hoofd van de inrichting draagt zorg dat aan de verpleegden voeding, noodzakelijke kleding en schoeisel worden verstrekt dan wel dat hem voldoende geldmiddelen ter beschikking worden gesteld om hierin naar behoren te voorzien (art 42 lid 1 bvt).</p> <p>★ De verpleegde heeft recht op het dragen van eigen kleding en schoeisel, tenzij die een gevaar kunnen opleveren voor de orde of de veiligheid in de inrichting. Hij kan worden verplicht tijdens het verrichten van werkzaamheden of sport aangepaste kleding of schoeisel te dragen (art 42 lid 2 bvt)</p> <p>★ Het hoofd van de inrichting draagt zorg dat bij de verstrekking van voeding zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de godsdienst of levensovertuiging van de verpleegden (art 42 lid 3 bvt).</p> <p>★ Het hoofd van de inrichting draagt zorg dat de verpleegde in staat gesteld wordt het uiterlijk en de lichamelijke hygiëne naar behoren te verzorgen (art 42 lid 4).</p> <p>★ In de huisregels worden regels gesteld omtrent de aankoop door verpleegden van andere gebruiksartikelen dan die welke door het hoofd van de inrichting ter beschikking worden gesteld (art 42 lid 5).</p>

### Bezit voorwerpen

- |  |   |
|--|---|
| <p>★ In de huisregels kan worden bepaald dat het bezit van bepaalde soorten voorwerpen binnen de inrichting of een bepaalde afdeling daarvan verboden is, indien dit noodzakelijk is in het belang van de handhaving van de orde of de</p> | <p>★ De verpleegde heeft het recht hem toebehorende voorwerpen in zijn persoonlijke verblijfsruimte te plaatsen dan wel bij zich te hebben (art 44 lid 1 bvt).</p> <p>★ In de huisregels kan worden bepaald dat het bezit van</p> |
|--|---|

---

**Pbw**

veiligheid in de inrichting, dan wel de beperking van de aansprakelijkheid van de directeur voor de voorwerpen (art 45 lid 1 pbw).

★ De directeur kan een gedetineerde toestemming geven hem toebehorende voorwerpen, waarvan het bezit niet is verboden ingevolge het eerste lid, in zijn verblijfsruimte te plaatsen dan wel bij zich te hebben voor zover dit zich verdraagt met de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting en de aansprakelijkheid van de directeur voor de voorwerpen (art 45 lid 2 pbw).

★ De directeur kan aan de toestemming voorwaarden verbinden die kunnen betreffen het gebruik van en de aansprakelijkheid voor deze voorwerpen (art 45 lid 3 pbw).

★ Buiten geval van opzet of bewuste roekeloosheid is de aansprakelijkheid van de directeur voor voorwerpen die een gedetineerde onder zich heeft, beperkt tot € 500 per voorwerp, inclusief eventuele gevolgschade (art 49 pm jo. art 45 lid 3 pbw).

★ De directeur is bevoegd aan de gedetineerde toebehorende voorwerpen voor diens rekening te laten onderzoeken, teneinde vast te stellen of de toelating of het bezit daarvan kan worden toegestaan dan wel is verboden (art 45 lid 4 pbw).

★ De directeur is bevoegd voorwerpen ten aanzien waarvan geen toestemming is verleend dan wel die zijn verboden, ingevolge het eerste onderscheidenlijk het tweede lid, in beslag te nemen. Hij draagt zorg dat deze voorwerpen hetzij onder afgifte van een bewijs van ontvangst ten behoeve van de gedetineerde op diens kosten worden bewaard, hetzij voor diens rekening worden gezonden aan de verzender of een door de gedetineerde op te geven adres, hetzij met toestemming van de gedetineerde worden vernietigd, hetzij aan een opsporingsambtenaar ter hand worden gesteld met het oog op de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 45 lid 5 pbw).

★ Het bezit van contant geld door de gedetineerden in de inrichting of een afdeling is verboden, tenzij in de huisregels anders is bepaald (art 46 lid 1 pbw).

★ In inrichtingen of afdelingen waar het bezit van contant geld door de gedetineerden verboden is, heeft de gedetineerde de beschikking over een rekening-courant bij de inrichting (art 46 lid 2 pbw).

★ In de huisregels kunnen nadere regels worden gesteld

**Bvt**

bepaalde soorten voorwerpen binnen de inrichting of een bepaalde afdeling daarvan verboden is, indien dit bezit een gevaar kan opleveren voor de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen of de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting, dan wel voor zover zich dit niet verdraagt met de aansprakelijkheid van het hoofd van de inrichting voor de voorwerpen (art 44 lid 2 bvt).

★ Het hoofd van de inrichting kan bepalen dat een verpleegde een hem toebehorend voorwerp, niet behorende tot de soorten voorwerpen, die in de huisregels zijn opgenomen, niet in zijn persoonlijke verblijfsruimte mag plaatsen of bij zich mag hebben indien dit bezit een gevaar kan opleveren voor de bescherming van de maatschappij tegen de gevaarlijkheid van de verpleegde voor de veiligheid van anderen dan de verpleegde of de algemene veiligheid van personen of goederen of de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting, dan wel voor zover zich dit niet verdraagt met de aansprakelijkheid van het hoofd van de inrichting voor de voorwerpen (art 44 lid 3 jo. 44 lid 2 bvt).

★ Het hoofd van de inrichting is bevoegd aan de verpleegde toebehorende voorwerpen voor diens rekening te laten onderzoeken ten einde vast te stellen of de toelating of het bezit daarvan kan worden toegestaan dan wel is verboden (art 44 lid 4 bvt).

★ Het hoofd van de inrichting draagt zorg dat voorwerpen die niet in het bezit van de verpleegde mogen zijn, hetzij onder afgifte van een bewijs van ontvangst ten behoeve van de verpleegde worden bewaard, hetzij met toestemming van de verpleegde in diens aanwezigheid worden vernietigd, hetzij aan een opsporingsambtenaar ter hand worden gesteld met het oog op de voorkoming of opsporing van strafbare feiten (art 44 lid 5 jo. 23 lid 4 bvt).

★ Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur worden regels gesteld met betrekking tot het beheer van het eigen geld van de verpleegde, waaronder begrepen de vergoeding voor het verrichten van werkzaamheden en het arbeidsloon en de besteding daarvan door verpleegden, alsmede het zak- en kleedgeld (art 46 bvt).

	Pbw	Bvt
	<p>omtrent het bezit van contant geld en het gebruik van de rekening-courant. Deze regels kunnen een beperking betreffen van het bedrag waarover de gedetineerde ten hoogste in contanten of door middel van zijn rekeningcourant mag beschikken (art 46 lid 3 pbw).</p>	
Arbeid	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ De gedetineerde heeft recht op deelname aan de in de inrichting beschikbare arbeid (art 47 lid 1 pbw).</li> <li>★ De directeur draagt zorg voor de beschikbaarheid van arbeid voor de gedetineerden, voor zover de aard van de detentie zich daar niet tegen verzet (art 47 lid 2 pbw).</li> <li>★ Gedetineerden die, al dan niet onherroepelijk, tot een vrijheidsstraf zijn veroordeeld zijn verplicht de aan hen door de directeur opgedragen arbeid, zowel binnen als buiten de inrichting of afdeling, te verrichten (art 47 lid 3 pbw).</li> <li>★ De arbeidstijd wordt in de huisregels vastgesteld binnen de grenzen van hetgeen buiten de inrichting gebruikelijk is (art 47 lid 4 pbw).</li> <li>★ Loon, financiële tegemoetkomingen, geregeld in Rag.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ De verpleegde is niet verplicht binnen de inrichting werkzaamheden te verrichten, behoudens voor zover dit voortvloeit uit een aan de uitbreiding van zijn bewegingsvrijheid verbonden voorwaarde of voor zover deze werkzaamheden van huishoudelijke aard zijn en betrekking hebben op de ruimten waar zij verblijven, de persoonlijke verblijfsruimte daaronder begrepen (art 46 lid 1 bvt). Voor laatstgenoemde werkzaamheden heeft de verpleegde recht op een vergoeding (art 46 lid 2 bvt).</li> <li>★ De verpleegde is niet verplicht buiten de inrichting arbeid te verrichten, behoudens voor zover dit voortvloeit uit een aan het verlof of het proefverlof verbonden voorwaarde (art 46 lid 3 bvt).</li> </ul>
Educatieve activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ De gedetineerde heeft recht op het kennis nemen van het nieuws, voor eigen rekening (art 48 lid 1 pbw).</li> <li>★ De gedetineerde heeft recht op het wekelijks gebruik maken van een bibliotheekvoorziening (art 48 lid 1 pbw).</li> <li>★ De gedetineerde heeft het recht op het volgen van onderwijs en het deelnemen aan andere educatieve activiteiten voor zover deze zich verdragen met de aard en de duur van de detentie en de persoon van de gedetineerde (art 48 lid 1 pbw).</li> <li>★ De directeur draagt zorg dat daarvoor in aanmerking komende functionarissen in de bedoelde activiteiten kunnen voorzien (art 48 lid 3 pbw).</li> <li>★ In de rtkog zijn regels gesteld omtrent de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming kan worden verleend in de kosten die voor de gedetineerde aan het volgen van onderwijs en het deelnemen aan andere educatieve activiteiten voor zover hierin niet in de inrichting wordt voorzien, kunnen zijn verbonden. Deze voorwaarden kunnen betreffen de aard, de duur en de kosten van deze activiteiten alsmede de vooropleiding van de gedetineerde en diens vorderingen (art 48 lid 4).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ Het hoofd van de inrichting draagt zorg voor de vorming en onderwijs, voor zover daarin niet reeds is voorzien in het verplegings- en behandelingsplan van de betrokken verpleegde (art 43 lid 1 bvt)</li> <li>★ Het hoofd van de inrichting draagt zorg dat een bibliotheekvoorziening aanwezig is. In de huisregels worden regels gesteld omtrent het gebruik van de bibliotheek door verpleegden (art 43 lid 2 bvt).</li> <li>★ O In de rtkog zijn regels gesteld omtrent de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming kan worden verleend in de kosten die voor de verpleegde aan het volgen van onderwijs en het deelnemen aan andere educatieve activiteiten voor zover hierin niet in de inrichting wordt voorzien, kunnen zijn verbonden. Deze voorwaarden kunnen betreffen de aard, de duur en de kosten van deze activiteiten alsmede de vooropleiding van de verpleegde en diens vorderingen (art 43 lid 4 bvt).</li> </ul>
Sport	<ul style="list-style-type: none"> <li>★ De gedetineerde heeft recht op lichamelijke oefening en het beoefenen van sport gedurende ten minste tweemaal drie kwartier per week, voor zover zijn gezondheid</li> </ul>	—

	Pbw	Bvt
	<p>zich daar niet tegen verzet (art 48 lid 2 pbw).</p> <p>★ De directeur draagt zorg dat daarvoor in aanmerking komende functionarissen in de bedoelde activiteiten kunnen voorzien (art 48 lid 3 pbw).</p>	
Recreatie/Luchten	<p>★ De gedetineerde heeft recht op recreatie en dagelijks verblijf in de buitenlucht, voor zover zijn gezondheid zich daar niet tegen verzet (art 49 lid 1 pbw).</p> <p>★ De directeur draagt zorg dat de gedetineerde in de gelegenheid wordt gesteld tot deelname aan recreatieve activiteiten, gedurende ten minste zes uren per week (art 49 lid 2).</p> <p>★ De directeur draagt zorg dat de gedetineerde in de gelegenheid wordt gesteld dagelijks ten minste een uur in de buitenlucht te verblijven (art 49 lid 3).</p>	<p>★ De verpleegde heeft recht op verblijf in de buitenlucht gedurende tenminste een uur per dag (art 43 lid 3 bvt).</p>

## Disciplinaire straffen

Materieel criterium	<p>⊕ Indien een ambtenaar of medewerker constateert dat een gedetineerde betrokken is bij feiten die onverenigbaar zijn met de orde of de veiligheid in de inrichting (50 lid 1 pbw).</p> <p>⊕ De gedetineerde daarvoor verantwoordelijk kan worden gesteld (art 51 lid 5 pbw)</p>	<p>⊕ Indien een ambtenaar of medewerker constateert dat een verpleegde betrokken is bij feiten die onverenigbaar zijn met de orde of de veiligheid in de inrichting dan wel met een ongestoord verloop van de verpleging (art 48 lid 1 bvt)</p> <p>⊕ De verpleegde daarvoor verantwoordelijk kan worden gesteld (art 49 lid 6 bvt)</p>
Wie beslist	De directeur, voorbehouden beslissing (art 6 lid 4 onder <i>h</i> pbw)	Het hoofd van de inrichting, voorbehouden beslissing (art 7 lid 4 onder <i>e</i> bvt)
Soorten straf	<p>★ opsluiting in een strafcel dan wel een andere verblijfsruimte voor ten hoogste twee weken (art 51 lid 1 onder <i>a</i> pbw).</p> <p>★ ontzegging van bezoek voor ten hoogste vier weken, indien het feit plaatsvond in verband met bezoek van die persoon of personen (art 51 lid 1 onder <i>b</i> pbw).</p> <p>★ uitsluiting van deelname aan een of meer bepaalde activiteiten voor ten hoogste twee weken (art 51 lid 1 onder <i>c</i> pbw).</p> <p>★ weigering, intrekking of beperking van het eerstvolgende verlof (art 51 lid 1 onder <i>d</i> pbw).</p> <p>★ geldboete tot een bedrag van ten hoogste tweemaal het in de inrichting of afdeling geldende weekloon (art 51 lid 1 onder <i>e</i> pbw).</p> <p>Combinatie van straffen is mogelijk (art 51 lid 3 pbw) (deels) voorwaardelijke oplegging mogelijk (art 51 lid 6 jo. 53 pbw).</p>	<p>★ afzondering in de persoonlijke verblijfsruimte, gedurende het gehele etmaal of bepaalde uren daarvan, voor ten hoogste twee weken (art 49 lid 1 onder <i>a</i> bvt).</p> <p>★ beperking van de bewegingsvrijheid tot de afdeling, waar de verpleegde verblijft, voor ten hoogste twee weken (art 49 lid 1 onder <i>b</i> bvt).</p> <p>★ geldboete tot een door Onze Minister te bepalen maximum (art 49 lid 1 onder <i>c</i> bvt).</p> <p>★ ontzegging van bezoek van een bepaalde persoon of van bepaalde personen voor ten hoogste twee weken, indien het feit plaatsvond in verband met bezoek van die persoon of personen (art 49 lid 1 onder <i>d</i> bvt).</p> <p>★ uitsluiting van deelname aan een of meer gemeenschappelijke activiteiten of werkzaamheden voor ten hoogste twee weken, indien het feit plaatsvond in verband met die gemeenschappelijke activiteit of werkzaamheid (art 49 lid 1 onder <i>e</i> bvt).</p>

	Pbw	Bvt
		Combinatie van straffen is mogelijk (art 49 lid 3 bvt)
Melding & registratie	Van elke strafoplegging dan wel wijziging daarvan houdt de directeur aantekening (art 54 lid 1 pbw).	Van elke strafoplegging dan wel wijziging daarvan houdt het hoofd van de inrichting aantekening (art 49 lid 7 bvt)
Beroep	★ Beklag (art 60 bvt) en beroep (art 69 pbw)	★ Beklag (art 56 lid 1 onder e bvt) en beroep (art 67 bvt)

## Schema D Gedwongen zorg jeugdhulp en jeugdstrafrecht: rechtspositie bij oplegging regime

### Afkortingen

Bij	Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen
BW	Burgerlijk Wetboek
ET	elektronisch toezicht
GBM	gedragsbeïnvloedende maatregel
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JJI	justitiële jeugdinrichting
Jw	Jeugdwet
OTS	ondertoezichtstelling
OvJ	Officier van Justitie
OM	Openbaar Ministerie
Pij	Plaatsing in een inrichting voor jeugdigen
RSJ	Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming
RvdK	Raad voor de Kinderbescherming
Sr	Wetboek van Strafrecht
Sv	Wetboek van Strafvordering
trz	terechtzing
UHP	uithuisplaatsing
vh	voorlopige hechtenis
Wet Bopz	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

### Legenda

- + Geeft aan dat aan alle opgesomde criteria moet worden voldaan
- Geeft aan dat aan één van de opgesomde (alternatief geformuleerde) criteria moet worden voldaan
- \* Geeft naast elkaar bestaande mogelijkheden of verantwoordelijkheden aan

**Gesloten opname/ -plaatsing**

	Machtiging opname en verblijf in gesloten accommodatie	Pij-maatregel   Jeugddetentie
Wie beslist/procedure	<p><i>Machtiging gesloten jeugdhulp</i></p> <p>Kinderrechter (art.6.1.2 lid 1 en 6.1.4 lid 1 Jw)</p> <p>Verzoek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– College gemeente woonplaats jeugdige</li> <li>– RvdK of OvJ bij (verzoek) ots, (gezins)voogdij</li> <li>– gecertificeerde instelling die (gezins)voogdij uitvoert (art.6.1.8 lid 1 Jw)</li> </ul> <p>Informatie: Instemming gekwalificeerde gedragswetenschapper die jeugdige met oog daarop kort tevoren heeft onderzocht (art.6.1.2 lid 6 Jw)</p> <p>Horen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ de jeugdige, degene die het gezag over de minderjarige uitoefent en degene die de jeugdige als behorende tot zijn gezin verzorgt en opvoedt, tenzij de kinderrechter vaststelt dat een persoon niet bereid is zich te doen horen;</li> <li>+ de verzoeker (art.6.1.10 lid 1 Jw)</li> </ul> <p>Rechtsbijstand: Toevoeging raadsman aan jeugdige (art.6.1.10 lid 4 Jw)</p>	<p><i>Pij-maatregel, jeugddetentie &gt; 6 maanden</i></p> <p>Meervoudige kamer</p> <p><i>Jeugddetentie &lt; 6 maanden</i></p> <p>Kinderrechter</p> <p>Dagvaarding door OvJ (art.258 lid 1 Sv)</p> <p>Informatie: Rapport RvdK (art.494 lid 1 Sv)</p> <p>Bij PJ-maatregel tevens gemotiveerd advies van ten minste twee gedragsdeskundigen van verschillende disciplines waaronder een psychiater (art.77s lid 2 Sr)</p> <p>Horen: Verplichte verschijning jeugdige en ouders (art.495a, 496 Sv)</p> <p>Rechtsbijstand: Toevoeging raadsman aan jeugdige (art.489 Sv)</p>
Criteria	<p><i>Machtiging gesloten jeugdhulp</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Jeugdhulp is noodzakelijk in verband met ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen die de ontwikkeling van de jeugdige naar volwassenheid ernstig belemmeren</li> <li>+ opneming en verblijf zijn noodzakelijk om te voorkomen dat jeugdige zich aan deze jeugdhulp onttrekt of daaraan door anderen wordt onttrokken. (art.6.1.2 lid 2 Jw)</li> </ul> <p>Bij jeugdige &lt; 18 jaar moet sprake zijn van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– OTS</li> <li>– voogdij door gecertificeerde instelling</li> <li>– instemming wettelijke vertegenwoordiger (anders dan de gecertificeerde instelling) met de opneming en het verblijf (art.6.1.2 lid 3 Jw)</li> </ul> <p>College gemeente woonplaats jeugdige of gecertificeerde instelling die OTS/voogdij uitvoert, heeft bepaald dat een voorziening, inhoudende verblijf nodig is (art. 6.1.2 lid 5 Jw)</p> <p>Uitzondering: RvdK doet verzoek mbt jeugdige met</p>	<p><i>Pij-maatregel</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Tijdens plegen strafbaar feit sprake van een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens</li> <li>+ veroordeling voor misdrijf waarop 4 jaar of meer gevangenisstraf is gesteld of enkele met name genoemde misdrijven</li> <li>+ veiligheid van anderen dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen eist opleggen van die maatregel</li> <li>+ de maatregel in het belang is van een zo gunstig mogelijke verdere ontwikkeling van de verdachte.</li> </ul> <p>Rechter neemt ernst begane feit of veelvuldigheid van voorafgegane veroordelingen wegens misdrijf in aanmerking (art.77s lid 1 en 4 Sr)</p> <p><i>Jeugddetentie</i></p> <p>Veroordeling wegens misdrijf (art.77h lid 1 Sr)</p>

Modaliteiten	Jeugdhulp - Jeugdwet/BW/Rv	Jeugdstrafrecht - WvSr/WvSv
	OTS/voogdij of tav wie OTS is verzocht, met instemming gekwalificeerde gedragswetenschapper (art. 6.1.2 lid 7 Jw)	
Duur	<i>Machtiging gesloten jeugdhulp</i> Max.1 jaar (art.6.1.12 lid 2 Jw) Als wettelijk vertegenwoordiger instemming intrekt, max.14 dagen (art.6.1.3 lid 5 Jw) Vervalt als: — na 3 maanden niet ten uitvoer gelegd (art.6.1.12 lid 3 Jw) — college gemeente woonplaats jeugdige of gecertificeerde instelling die OTS uitvoert of voogdij uitoefent, heeft bepaald dat een voorziening, inhoudende verblijf niet langer nodig is (art. 6.1.12 lid 4 Jw)	<i>Pij-maatregel</i> (art.77t lid 2 Sr) 3 jaar (te verlengen) Minister kan Pij-maatregel te allen tijde, na advies RvdK, (on)voorwaardelijk beëindigen. Voorwaardelijke beëindiging na 2 jaar tenzij Pij-maatregel wordt verlengd. In geval van verlenging Pij-maatregel eindigt deze voorwaardelijk 1 jaar voordat maximale duur maatregel wordt bereikt. (art.77tb Sr.) <i>Jeugddetentie</i> (art.77i Sr) — op tijdstip begaan misdrijf <16 jaar – max.12 maanden — overigens – max. 24 maanden — verrekening duur voorarrest (art.26 en 27 Sr)
Verlenging ja/nee	<i>Machtiging gesloten jeugdhulp</i> Nee, nieuwe machtiging vereist.	<i>Pij-maatregel</i> (art.77t Sr.) Ja, telkens met max.2 jaar tot maximale duur 7 jaar Voorwaarde - maatregel opgelegd voor geweldsmisdrijf Behandeld door meervoudige kamer op vordering OvJ. Bij vordering overleggen: + een recent opgemaakt, met redenen omkleed en ondertekend advies afkomstig van het hoofd van de inrichting, en + een afschrift van de aantekeningen omtrent de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de veroordeelde Bij verlengingsbeslissing tot maximale duur gemotiveerd advies van ten minste twee gedragsdeskundigen van verschillende disciplines, waaronder één psychiater. <i>Jeugddetentie</i> Niet verlengbaar
Rechtsmiddelen	<i>Machtiging gesloten jeugdhulp</i> Hoger beroep bij het hof (art. 6.1.12 lid 7 Jw) Beschikking bij voorraad uitvoerbaar (art.6.1.12 lid 1 Jw)	Hoger beroep bij gerechtshof (404 lid 1 Sv) <i>Verlenging Pij-maatregel</i> (art. 502 Sv) Hoger beroep bij gerechtshof Arnhem-Leeuwarden door OM of veroordeelde

## Spoedopname/-plaatsing

	Spoedmachtiging	Voorlopige hechtenis
Wie beslist/procedure	Kinderrechter(art.6.1.3 lid 1 Jw) Verzoek: Zie machtiging (art.6.1.8 lid 1 Jw) Informatie: Instemming gekwalificeerde gedragswet-	<i>Bewaring</i> Rechter-commissaris op vordering OvJ (art.63 lid 1 Sv) <i>Gevangenhouding</i>



Modaliteiten	Jeugdhulp - Jeugdwet/BW/Rv	Jeugdstrafrecht - WvSr/WvSv
	<p>schapper die jeugdige met oog daarop kort tevoren heeft onderzocht, tenzij onderzoek feitelijk onmogelijk is (art.6.1.3 lid 3 Jw)</p> <p>Horen: Zie machtiging (art.6.1.10 lid 1 Jw)</p> <p>Kan alleen dan aanstonds worden gegeven als de behandeling niet kan worden afgewacht zonder onmiddellijk en ernstig gevaar voor de minderjarige.</p> <p>Beschikking verliest na 2 wk kracht tenzij de belanghebbers binnen die termijn in de gelegenheid zijn gesteld hun mening te geven (art.6.1.10 lid 3 Jw jo 800 lid 3 Rv)</p>	<p>Raadkamer rechtbank op vordering OvJ (art.65 lid 1 Sv)</p> <p><i>Gevangenneming</i></p> <p>Rechtbank op vordering OvJ (art.65 lid 2 Sv)</p> <p>Horen:</p> <p><i>Bewaring</i></p> <p>Vooraf, tenzij voorafgaan verhoor niet kan worden afgewacht, vertegenwoordigd door raadsman (art.63 lid 3 en 4 Sv)</p> <p><i>Gevangenhouding</i></p> <p>Vooraf, tenzij verdachte afstand doet (art.65 lid 1 Sv)</p> <p><i>Gevangenneming</i></p> <p>Desgeraden vooraf (art.65 lid 2 Sv)</p>
Formele criteria	<p>➕ Onmiddellijke verlening van jeugdhulp is noodzakelijk in verband met ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen van de jeugdige die zijn ontwikkeling naar volwassenheid ernstig belemmeren, of een ernstig vermoeden daarvan</p> <p>➕ opnemning en verblijf zijn noodzakelijk om te voorkomen dat jeugdige zich aan deze jeugdhulp onttrekt of daaraan door anderen wordt onttrokken.</p> <p>Indien een machtiging niet kan worden afgewacht bij jeugdige &lt;18 jaar die:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– OTS</li> <li>– voogdij bij gecertificeerde instelling</li> <li>– instemming wettelijke vertegenwoordiger (anders dan de gecertificeerde instelling) met de opnemning en het verblijf (art.6.1.3 lid 2 Jw)</li> </ul>	<p><i>Voorlopige hechtenis (bewaring en gevangenhouding)</i></p> <p>Ernstige bezwaren m.b.t.:</p> <p>➕ feit waarvoor voorlopige hechtenis mogelijk is, en</p> <p>➕ een grond voor voorlopige hechtenis (ernstig gevaar voor vlucht, ernstig geschokte rechtsorde bij feit 12 jaar of meer, gevaar voor nieuwe misdrijven, gevaar voor het onderzoek) (art.67 en 67a lid 1 en 2 Sv)</p>
Duur	<p>Tot tijdstip waarop een beslissing is genomen, doch max.4 weken (art.6.1.12 lid 2 Jw)</p> <p>Vervalt indien college gemeente woonplaats jeugdige of gecertificeerde instelling die OTS of voogdij uitvoert, heeft bepaald dat een voorziening, inhoudende verblijf niet zijnde verblijf bij een pleegouder niet langer nodig is. College informeert RvdK (art. 6.1.12 lid 4 en 6 Jw)</p>	<p><i>Bewaring</i></p> <p>Max. 14 dagen (art.64 lid 1 Sv)</p> <p><i>Gevangenhouding</i></p> <p>Max. 90 dagen (art.66 lid 1 Sv)</p>
Verlenging ja/ nee	Nee, nieuwe machtiging vereist.	<p><u>Gevangenhouding</u></p> <p>Twee keer tussentijds te verlengen tot max.90 dagen (art.66 lid 3 Sv)</p>
Rechtsmiddelen	<p>Hoger beroep bij het hof (art. 6.1.12 lid 7 Jw)</p> <p>Beschikking bij voorraad uitvoerbaar (art.6.1.12 lid 1 Jw)</p>	<p><i>Bewaring en Gevangenhouding</i></p> <p>Verzoek opheffing bij rechtbank (art.69 lid 1 Sv)</p> <p><i>Gevangenhouding, Verlenging gevangenhouding</i></p> <p>Hoger beroep bij gerechtshof (art.71 lid 1 en 2 Sv)</p>

## Voorwaardelijke modaliteiten

	Voorwaardelijke machtiging	Voorwaardelijke Pij   Voorwaardelijke jeugddetentie   GBM   Schorsing voorlopige hechtenis onder voorwaarden
Wie beslist/procedure	<p>Kinderrechter (art.6.1.4 lid 1 Jw)</p> <p>Verzoek: Zie machtiging (art.6.1.8 lid 1 Jw)</p> <p>Informatie: Instemming gekwalificeerde gedragswetenschapper die jeugdige met oog daarop kort tevoren heeft onderzocht (art.6.1.4 lid 3 Jw)</p> <p>Overleggen hulpverleningsplan (art.6.1.4 lid 5 Jw)</p> <p>Vermeldt welke medewerker van de jeugdhulpaanbieder bevoegd is tot nemen besluit dat de jeugdige opgenomen wordt omdat hij zich niet houdt aan vooraf overeengekomen voorwaarden of opnemng en het verblijf noodzakelijk zijn om te voorkomen dat de jeugdige zich aan de jeugdhulp die hij nodig heeft onttrekt of daaraan door anderen wordt onttrokken. (art.6.1.4 lid 6 Jw)</p> <p>Jeugdhulpaanbieder kan hulpverleningsplan, na verlenen voorwaardelijke machtiging, alleen met instemming van de jeugdige wijzigen (art.6.1.5 Jw)</p> <p>Horen: Zie machtiging (art.6.1.10 lid 1 Jw)</p> <p>Beschikking: Voorwaarde dat jeugdige jeugdhulp aanvaardt cf. overgelegd hulpverleningsplan. (art.6.1.4 lid 7 Jw)</p> <p>Kinderrechter kan daarnaast voorwaarden stellen betreffende het gedrag van de jeugdige voor zover dit gedrag de ernstige opgroei- en opvoedproblemen beïnvloedt (art.6.1.4 lid 8 Jw)</p>	<p><i>Voorwaardelijke Pij-maatregel</i></p> <p>Pij-maatregel niet ten uitvoer gelegd (art.77x Sr.)</p> <p><i>Voorwaardelijke jeugddetentie</i></p> <p>Jeugddetentie geheel of gedeeltelijk niet ten uitvoer gelegd (art.77x Sr.)</p> <p>Procedure: Zie Pij-maatregel en Jeugddetentie</p> <p>Uitspraak: Algemene voorwaarden</p> <p>Rechter kan tevens bijzondere voorwaarden stellen (art.77z Sr)</p> <p><i>Schorsing voorlopige hechtenis onder voorwaarden</i></p> <p>Procedure: Zie Voorlopige hechtenis</p> <p>Bevel: Bijzondere voorwaarden door rechter te bepalen (art.493 lid 1 Sv en art.27 Besluit tenuitvoerlegging jeugdstrafrecht)</p> <p>Kan bepalen dat de verdachte 's nachts in JJI dan wel op een andere plaats verblijft, en overdag in de gelegenheid wordt gesteld de inrichting of die plaats te verlaten. (art.493 lid 3 Sv.)</p> <p><i>GBM</i> (art.77w lid 2 Sr.)</p> <p>Meervoudige kamer</p> <p>Dagvaarding door OvJ (art.258 lid 1 Sv)</p> <p>Informatie: Rapport RvdK (art.494 lid 1 Sv)</p> <p>gemotiveerd, gedagtekend en ondertekend advies RvdK dat wordt ondersteund door ten minste een gedragsdeskundige (art.77w lid 2 Sr).</p> <p>Horen: Verplichte verschijning jeugdige en ouders (art.495a, 496 Sv)</p> <p>Rechtsbijstand: Toevoeging raadsman aan jeugdige (art.489 Sv)</p> <p>Uitspraak: Rechter geeft aan waaruit maatregel bestaat. Kan zijn deelname aan een programma in een door de rechter aan te wijzen instelling of een ambulante programma onder begeleiding van een door de rechter aan te wijzen organisatie. (art.77w lid 3 Sr.)</p> <p>Rechter kan ter ondersteuning van programma bevelen dat de veroordeelde 's nachts in JJI verblijft (art.77w lid 4 en 5 Sr.)</p>

Modaliteiten	Jeugdhulp - Jeugdwet/BW/Rv	Jeugdstrafrecht - WvSr/WvSv
Criteria	<p>⊕ Jeugdhulp is noodzakelijk in verband met ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen die de ontwikkeling naar volwassenheid ernstig belemmeren</p> <p>⊕ opnemning en verblijf zijn noodzakelijk om te voorkomen dat jeugdige zich aan deze jeugdhulp onttrekt of daaraan door anderen wordt onttrokken en de ernstige belemmering in de ontwikkeling naar volwassenheid kan alleen buiten de accommodatie worden afgewend door het stellen en naleven van voorwaarden. (art.6.1.4 lid 2 Jw)</p> <p>⊕ Alleen als jeugdige of zijn ouders zich bereid hebben verklaard tot naleving van de voorwaarden of redelijkerwijs is aan te nemen dat de jeugdige de voorwaarden zal naleven. (art.6.1.4 lid 9 Jw)</p>	<p><i>Voorwaardelijke Pij-maatregel</i></p> <p>Zie PIJ-maatregel</p> <p><i>Voorwaardelijke jeugd detentie</i></p> <p>Zie Jeugd detentie</p> <p><i>Schorsing voorlopige hechtenis</i></p> <p>Zie Voorlopige hechtenis</p> <p><i>GBM</i></p> <p>veroordeling voor een misdrijf, indien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ernst begane misdrijf of veelvuldigheid begane misdrijven of voorafgegangene veroordelingen wegens misdrijf hiertoe aanleiding geven, en</li> <li>– de maatregel in het belang is van een zo gunstig mogelijke verdere ontwikkeling van de verdachte (art.77w lid 1 Sr)</li> </ul>
Duur	<p>Max. 6 maanden (art.6.1.12 lid 2 Jw)</p> <p>Vervalt als na 3 maanden niet ten uitvoer gelegd (art.6.1.12 lid 3 Jw)</p>	<p><i>Voorwaardelijke Pij/jeugd detentie</i></p> <p>Bijzondere voorwaarden max. 6 maanden</p> <p>Proeftijd 2 jaar (art.77y Sr.)</p> <p>Rechter kan proeftijd op vordering OM of op verzoek veroordeelde verkorten of eenmaal met max.1 jaar verlengen (art.77cc lid 1 Sr.)</p> <p><i>Schorsing voorlopige hechtenis</i></p> <p>Bijzondere voorwaarden max. 6 maanden</p> <p><i>GBM</i></p> <p>Min.6 maanden en max.1 jaar (art.77w lid 6 Sr)</p>
Verlenging ja/nee	<p>ja, max.1 jaar (art.6.1.12 lid 2 Jw)</p> <p>Zelfde voorwaarden als voor voorwaardelijke machtiging (art.6.1.4 lid 11 Jw)</p>	<p><i>GBM</i></p> <p>ja, eenmaal voor max. dezelfde duur als waarvoor de maatregel was opgelegd, indien gedrag veroordeelde daartoe aanleiding geeft en verlenging in het belang is van de ontwikkeling van de veroordeelde (art.77wd lid 1 Sr.)</p> <p>Informatie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. een recent opgemaakt, met redenen omkleed advies, afkomstig van de raad voor de kindbescherming;</li> <li>b. een afschrift van de aantekeningen omtrent het gedrag van de veroordeelde, afkomstig van de instelling of organisatie die belast is met de uitvoering van de maatregel. (art.77wd lid 3 Sr.)</li> </ul>
Rechtsmiddelen	<p>Hoger beroep bij het hof (art. 6.1.12 lid 7 Jw)</p> <p>Beschikking bij voorraad uitvoerbaar (art.6.1.12 lid 1 Jw)</p>	<p>Hoger beroep bij hof (404 lid 1 Sv)</p>

**Schorsing/STP**

	Schorsing tenuitvoerlegging machtiging en intrekking daarvan	Scholings- en trainingsprogramma (STP) (art. 3 Bjj en art.2-13 Rjj)
Wie beslist/procedure	Jeugdhulpaanbieder met instemming gekwalificeerde gedragswetenschapper. Jeugdhulpaanbieder informeert RvdK en college. Schorsing en intrekking behoeven instemming van college. (art. 6.1.12 lid 5 en 6 Jw)	Minister Jeugdige doet verzoek bij directeur (art.3 lid 4 en 6 Bjj) algemene voorwaarden: + houden aanwijzingen van degene die is belast met begeleiding en toezicht en verschaft hem alle verlangde inlichtingen; + doet tevoren melding aan de directeur van een verandering van zijn verblijfplaats; + maakt zich niet schuldig aan een strafbaar feit. Aan deelname STP kan bijzondere voorwaarde worden gesteld dat de deelnemer zich onder ET laat stellen.
Criteria	<i>Schorsing</i> indien het niet langer nodig is te voorkomen dat de jeugdige zich aan de jeugdhulp die hij nodig heeft onttrekt of daaraan door anderen wordt onttrokken. (art. 6.1.12 lid 5 Jw) <i>Intrekking schorsing</i> indien blijkt dat tenuitvoerlegging nodig is om te voorkomen dat jeugdige zich aan jeugdhulp die hij nodig heeft onttrekt of daaraan door anderen wordt onttrokken. (art. 6.1.12 lid 5 Jw)	<i>STP</i> Jeugdige moet zich schriftelijk bereid verklaren tot deelname aan het programma en naleving van de voorwaarden (art.9 lid 3 Rjj). + de jeugdige heeft tenminste tweederde van de hem opgelegde onherroepelijke vrijheidsstraf ondergaan + het strafrestant bedraagt minimaal drie maanden (art. 4. Rjj) <i>Wijziging voorwaarden, tijdelijke terugplaatsing, beëindiging STP</i> Door directeur (art.12 lid 3 Rjj) <i>Intrekking STP</i> Minister kan de machtiging intrekken: - bij overtreding van de voorwaarden; - zodra jeugdige 24 uur ongeoorloofd afwezig is, tenzij sprake is van overmacht; - zodra OM aan directeur meldt dat de jeugdige wordt aangemerkt als verdachte van een strafbaar feit waarvoor voorlopige hechtenis is toegelaten, begaan tijdens deelname STP; - indien feiten of omstandigheden bekend worden waardoor, indien deze ten tijde van het verlenen van de machtiging bekend waren geweest, de machtiging niet of niet in deze vorm zou zijn verleend.(art.12a Rjj)
Duur		<i>Jeugddetentie</i> Max. 3 maanden (art.4 Rjj) <i>Pij-maatregel</i>

Modaliteiten	Jeugdhulp - Jeugdwet/BW/Rv	Jeugdstrafrecht - WvSr/WvSv
		Max.1 jaar, in bijzondere gevallen langer (art.5 Rjj)
Rechtsmiddelen	<p>Verzoek aan kinderrechter intrekken schorsing vervallen te verklaren.</p> <p>Horen:</p> <p>✦ de jeugdige, degene die het gezag over de minderjarige uitoefent en degene die de jeugdige als behorende tot zijn gezin verzorgt en opvoedt, tenzij de kinderrechter vaststelt dat een persoon niet bereid is zich te doen horen;</p> <p>✦ de verzoeker</p> <p>✦ de jeugdhulpaanbieder (art.6.1.10 lid 1 Jw)</p>	<p>Beklag bij CvT over weigering verzoek deelname STP, beëindiging STP, wijziging voorwaarden, tijdelijke terugplaatsing (13 lid 1 Rjj)</p> <p>Beroep bij de RSJ</p>

## Grensverkeer

In/uit gesloten accommodatie	In/uit justitiële jeugdinrichting
<p><i>Met machtiging UHP</i></p> <p>Voor opnemings en verblijf in gesloten accommodatie is machtiging of voorlopige machtiging als bedoeld in artikel 29b lid 1 of 29c lid 1 Wjz vereist. Deze machtiging geldt als een machtiging uithuisplaatsing.</p> <p>Als machtiging gesloten jeugdhulp betrekking heeft op minderjarige met OTS, geldt deze als machtiging in art.1:261 BW. (art.6.1.2 lid 8 Jw)</p> <p><i>jongvolwassenen</i> (art.6.1.2 lid 4 Jw)</p> <p>Bij jeugdige die 18 jaar is, kan machtiging worden verleend indien:</p> <p>✦ behandeling reeds is aangevangen voor het 18<sup>e</sup> jaar</p> <p>✦ voor het bereiken van de leeftijd van 18 jaar een hulpverleningsplan is vastgesteld;</p> <p>✦ toegewerkt wordt naar een andere vorm van jeugdhulp dan gesloten jeugdhulp wat blijkt uit hulpverleningsplan, en</p> <p>✦ de gesloten jeugdhulp niet langer duurt dan 6 maanden na het bereiken van de leeftijd van 18 jaar.</p> <p><i>met machtiging gesloten jeugdhulp in JJI</i></p> <p>jeugdige van 12 jaar of ouder die ten tijde van verlenen machtiging in JJI is opgenomen op basis van een veroordeling kan daar blijven voor de termijn die nodig is om een behandeling of opleiding af te ronden.</p> <p>Op verzoek van het college of RvdK met instemming van de jeugdige en als &lt;16 jaar, tevens degene die gezag heeft.</p> <p>In dat geval is regime Bij van toepassing is.</p> <p>Besluit college gemeente woonplaats jeugdige of gecer-</p>	<p><i>Opname elders</i></p> <p>Minister draagt de tenuitvoerlegging van de Pij-maatregel op aan een JJI of doet de veroordeelde elders opnemen (art.77s lid 6 Sr.)</p> <p><i>Bopz-machtiging</i></p> <p>Pij-maatregel eindigt onvoorwaardelijk indien t.a.v. de veroordeelde een rechterlijke machtiging op grond van de Wet Bopz is gegeven (art.77tb lid 6 Sr)</p> <p><i>Nieuwe veroordeling Pij of TBS</i></p> <p>Pij-maatregel vervalt bij onherroepelijk worden rechterlijke uitspraak waarbij betrokkene opnieuw de Pij-maatregel of de TBS-maatregel (art.37a Sr) wordt opgelegd (art.77s lid 7 Sr)</p> <p><i>Omzetting TBS-maatregel</i> (art. 77tc Sr)</p> <p>PIJ-maatregel die is verlengd tot de maximale duur van 7 jaar, kan door de rechter ambtshalve of op vordering van het OM worden omgezet in de TBS-maatregel, indien de veiligheid van anderen, dan wel de algemene veiligheid van personen of goederen de omzetting in die maatregel eist.</p> <p>Bij de beslissing betreft de rechter:</p> <p>✦ een recent opgemaakt, gemotiveerd en ondertekend advies van het hoofd van de inrichting, en</p> <p>✦ een kopie van de aantekeningen omtrent de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de veroordeelde. hoger beroep tegen beslissing omzetting bij hof Arnhem-Leeuwarden door OM of veroordeelde (art. 502 Sv)</p> <p><i>Time-out bij GBM</i></p> <p>Rechter kan op vordering van Ovj de tijdelijke opne-</p>

Modaliteiten	Jeugdhulp - Jeugdwet/BW/Rv	Jeugdstrafrecht - WvSr/WvSv
	<p>tificeerde instelling die OTS/voogdij uitoefent dat voorziening op het gebied van jeugdhulp nodig is, geeft aanspraak op verblijf als bedoeld in artikel 14 Bjj. (art.6.2.2 lid 2 Jw)</p>	<p>ming in een JJI bevelen als jeugdige niet naar behoren aan de tenuitvoerlegging van de maatregel meewerkt. Tijdelijke opnemng schorst de termijn van de maatregel. Max. 4 wk, kan max. tweemaal worden bevolen. (art.77wc lid 6 en 7 Sr.)</p>

# Schema E Gedwongen zorg jeugdhulp en jeugdstrafrecht: rechtspositie tijdens regime

## Afkortingen

Bij	Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen
BW	Burgerlijk Wetboek
ET	elektronisch toezicht
GBM	gedragsbeïnvloedende maatregel
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JJI	justitiële jeugdinrichting
Jw	Jeugdwet
OTS	ondertoezichtstelling
OvJ	Officier van Justitie
OM	Openbaar Ministerie
Pij	Plaatsing in een inrichting voor jeugdigen
RSJ	Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming
RvdK	Raad voor de Kinderbescherming
Sr	Wetboek van Strafrecht
Sv	Wetboek van Strafvordering
trz	terechtzing
UHP	uithuisplaatsing
vh	voorlopige hechtenis
Wet Bopz	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen

## Legenda

- + Geeft aan dat aan alle opgesomde criteria moet worden voldaan
- Geeft aan dat aan één van de opgesomde (alternatief geformuleerde) criteria moet worden voldaan
- \* Geeft naast elkaar bestaande mogelijkheden of verantwoordelijkheden aan

Onderwerp	Jeugdwet	Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen
-----------	----------	--

## Doel tenuitvoerlegging Plan

Verantwoorde hulp   Hulpverleningsplan	Opvoeding, resocialisatie en behandeling   Perspectiefplan
<p><i>Verantwoorde hulp</i> (art.4.1.3 Jw)</p> <p>Hulp van goed niveau, die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de jeugdige of ouder.</p> <p>Jeugdhulpaanbieder en gecertificeerde instelling orga-</p>	<p><i>Opvoeding en resocialisatie</i> (art.2 lid 2 Bij)</p> <p>Met handhaving van het karakter van de straf of de maatregel wordt de tenuitvoerlegging hiervan aangewend voor de opvoeding van de jeugdige en zoveel mogelijk dienstbaar gemaakt aan de voorbereiding op diens terugkeer in de maatschappij.</p>

Onderwerp	Jeugdwet	Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen
	<p>niseren zich zo, voorzien zich kwalitatief en kwantitatief zo van personeel en materieel en dragen zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot verantwoorde hulp.</p> <p>Omvat werken op basis van plan waarover overlegd met jeugdige en ouders en afgestemd op behoeften jeugdige.</p> <p>Binnen 6 weken vastgesteld</p> <p><i>Vaststellen/wijzigen hulpverleningsplan</i> (art.6.3.6 lid 2 en 4 Jw)</p> <p>Door jeugdhulpaanbieder, na overleg met degene die gezag over jeugdige heeft (hoeft niet in te stemmen). Instemming gekwalificeerde gedragswetenschapper. Evaluatie zo vaak als in belang jeugdige noodzakelijk</p> <p><i>Vaststellen huisregels</i></p> <p>Jeugdhulpaanbieder stelt huisregels vast mbt ordelijke gang van zaken, veiligheid binnen de gesloten accommodatie en waarborgen pedagogisch klimaat (art. 6.2.4 lid 2 Jw)</p> <p><i>Vaststellen klachtenregeling</i></p> <p>Jeugdhulpaanbieder treft regeling voor de behandeling van klachten over gedragingen van hen of van voor hen werkzame personen jegens een jeugdige, ouder of pleegouder in het kader van de verlening van jeugdhulp en brengt de regeling op passende wijze onder de aandacht van de jeugdigen, ouders en pleegouders. (art. 4.2.1 Jw)</p> <p><i>Informatie over rechten</i></p> <p>Jeugdige ontvangt zo spoedig mogelijk schriftelijk overzicht van op grond deze wet aan hem toekomende rechten met mondelinge toelichting (art. 6.1.4 lid 10 Jw)</p>	<p>In het geval dat een vrijheidsbenemende maatregel behandeling inhoudt wordt de tenuitvoerlegging tevens hierop afgestemd.</p> <p><i>Beginsel van minimale beperkingen</i> (art. 2 lid 4 Bjj)</p> <p>Jeugdigen in een inrichting worden aan geen andere beperkingen onderworpen dan die welke noodzakelijk zijn voor:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>het doel van de vrijheidsbeneming, waaronder begrepen hun geestelijke en lichamelijke ontwikkeling en de uitvoering van het perspectiefplan;</li> <li>de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting.</li> </ol> <p><i>Beginsel van voortvarende tenuitvoerlegging</i> (art. 2 lid 3 Bjj)</p> <p>De tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen of vrijheidsbenemende maatregelen vindt zo spoedig mogelijk plaats na de oplegging van de straf of de maatregel</p> <p><i>Aanwijzingsbevoegdheid directeur</i> (art.4 lid 3 Bjj)</p> <p>Directeur is bevoegd jeugdigen aanwijzingen te geven, voor zover noodzakelijk in het belang van:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>handhaving orde of veiligheid in de inrichting;</li> <li>ongestoorde tenuitvoerlegging vrijheidsbeneming;</li> <li>geestelijke of lichamelijke ontwikkeling jeugdige;</li> <li>uitvoering van het perspectiefplan.</li> </ol> <p>De jeugdigen zijn verplicht deze aanwijzingen op te volgen</p> <p><i>Perspectiefplan</i> (art.20 Bjj en art. 25- 30 Rjj)</p> <p>Door directeur bij vrijheidsbeneming vanaf 3 wk Uiterlijk binnen 3 wk na de binnenkomst van de jeugdige</p> <p>Na overleg met groepsleider of mentor jeugdige, leerkracht, gedragsdeskundige, (jeugd)reclassering, RvdK (art.25 Rjj)</p> <p>Ouders of voogd, stiefouder of pleegouders zoveel mogelijk betrokken, tenzij deze geen rol willen vervullen of zwaarwegende belangen van de jeugdige zich daartegen verzetten.(art. 25 Rjj)</p> <p>Evaluatie min.3 maal per jaar (art. 28 Rjj)</p> <p>Plan kan n.a.v. evaluatie of tussentijds worden gewijzigd worden, zoveel mogelijk in overleg met de jeugdige (art. 29 Rjj).</p> <p>Voor 4 maanden of korter (=strafrestant)</p> <p>Kort voor einde verblijf in de inrichting wordt ter afslui-</p>



Onderwerp	Jeugdwet	Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen
		<p>ting van perspectiefplan met jeugdige nagegaan in hoe- verre doelstellingen plan zijn gerealiseerd. Verslag (art. 30 Rjj)</p> <p><i>Vaststellen Huisregels</i></p> <p>De directeur stelt in aanvulling op of krachtens Bij ge- stelde regels en met inachtneming van het dienaan- gaande door minister vast te stellen model en door de- ze te geven aanwijzingen huisregels voor de inrichting of afdeling vast (art.4 lid 1 Bjj)</p> <p><i>Informatie over rechten</i></p> <p>Jeugdige wordt bij binnenkomst in inrichting schriftelijk en in voor hem begrijpelijke taal geïnformeerd over zijn bij of krachtens deze wet gestelde rechten en plichten, in het bijzonder zijn bevoegdheid:</p> <p>a. indienen bezwaar- of verzoekschrift (hst.IV); b. zich te wenden tot de maandcommissaris (hst.XII); c. indienen klaag- of beroepschrift (hst.XIII-XV). (art.60 Bjj)</p>

## Plaatsing

Gesloten accommodatie	Justitiële jeugdinrichtingen
<p><i>Gesloten accommodatie</i> (art.1.1 Jw)</p> <p>(Deel van een) bouwkundige voorziening met het daar- bij behorende terrein, waar gesloten jeugdhulp wordt verleend</p> <p><i>Gesloten jeugdhulp</i> (art.1.1 Jw)</p> <p>Opname, verblijf en jeugdhulp in een gesloten accom- modatie op basis van een machtiging als bedoeld in ar- tikel 6.1.2</p> <p><i>Tenuitvoerlegging machtiging gesloten jeugdhulp</i></p> <p>kan slechts worden ten uitvoer gelegd in geregistreerde gesloten accommodatie of daartoe aangewezen deel van geregistreerde gesloten accommodatie van jeugd- hulpaanbieder (art. 6.2.2 lid 1 Jw)</p>	<p><i>Justitiële jeugdinrichtingen</i> (art. 3a Bjj)</p> <p>rijksinrichtingen en particuliere inrichtingen</p> <p><i>Plaatsing door selectiefunctionaris</i></p> <p>is belast met de (over)plaatsing van jeugdigen t.a.v. van wie de tenuitvoerlegging van vrijheidsstraffen of vrij- heidsbenemende maatregelen is gelast (art.12 lid 3 Bjj)</p> <p>neemt bij die beslissing aanwijzingen OM of van de rechter die de straf of maatregel heeft opgelegd in aan- merking (art.12 lid 5 Bjj)</p> <p>Plaatsingsbeslissing geschiedt met inachtneming van het doel van de tenuitvoerlegging als neergelegd in ar- tikel 2 lid 2 tot en met 4 Bjj, de titel van de vrijheidsbe- neming, de persoon van de jeugdige en de benodigde mate van beveiliging. Regionale plaatsing is het uit- gangspunt. (art.12 lid 1 Bjj)</p> <p>Mogelijkheid van bezwaar (art.19 Bjj) en beroep (art.77 lid 1 Bjj)</p>

**Verplichte hulp, behandeling**

	Verplicht jeugdhulpverleningsprogramma   Geneeskundige behandelingsmethoden (art.6.3.2 Jw)	Onderzoek in het lichaam (art.36 Bjj)   Gedogen geneeskundige handeling (art.37 Bjj)   Bevestiging mechanische middelen (art.38 Bjj)   Gedwongen geneeskundige behandeling (art.51d-e Bjj en 48-50 Rjj)
Wie beslist/procedure	Jeugdhulpaanbieder Melding aan: <ul style="list-style-type: none"> <li>— gecertificeerde instelling die gezinsvoogdij uitoefent</li> <li>— ouders als jeugdige niet onder toezicht is gesteld.</li> </ul> als het gaat om een psychiatrische behandeling melding aan IGZ	Directeur, bij gedogen geneeskundige handeling gebaseerd op oordeel arts (art.37 lid 1 Bjj) <i>Onderzoek in het lichaam</i> (art.36 lid 2 Bjj) Personeelslid/medewerker - bij dringende noodzakelijkheid <i>Bevestiging mechanische middelen</i> personeelslid/medewerker - als onverwijld tenuitvoerlegging geboden is voor max.4 uur. Directeur, arts of vervanger en CvT onverwijld inlichten <i>a-dwangbehandeling</i> <i>Informatie:</i> Verklaring behandelend psychiater en van niet bij behandeling betrokken psychiater die de jeugdige met het oog daarop kort tevoren heeft onderzocht waaruit blijkt dat jeugdige gestoord is in zijn geestvermogens en aan materiële criterium is voldaan (art 51e Bjj) <i>Beslissing</i> schriftelijk met vermelding termijn. Jeugdige krijgt kopie en, <16 jaar, ook ouders, voogd, stiefouder, pleegouders, Bz. Melding voorzitter CvT die direct maandcie inlicht
Criteria	<i>Verplicht jeugdhulpverleningsprogramma</i> Kan tegen wil jeugdige of degene die het gezag over hem uitoefent, worden toegepast: <ul style="list-style-type: none"> <li>— voor zover noodzakelijk om de met de jeugdhulp beoogde doelen te bereiken</li> </ul> <i>Geneeskundige behandelingsmethoden, w.o. toedienen medicijnen</i> Kan tegen wil jeugdige of degene die het gezag over hem uitoefent worden toegepast: <ul style="list-style-type: none"> <li>— voor zover noodzakelijk ter afwijding van gevaar voor de gezondheid of de veiligheid van de jeugdige of anderen en om de met de jeugdhulp beoogde doelen te bereiken.</li> </ul> alleen toegepast voor zover opgenomen in hulpverleningsplan dat gevallen waarin en termijn maatregelen	<i>Onderzoek in het lichaam</i> Indien noodzakelijk ter afwijding ernstig gevaar voor handhaving orde of veiligheid in inrichting of voor gezondheid van de jeugdige <i>Gedogen geneeskundige handeling</i> indien naar oordeel arts volstrekt noodzakelijk is ter afwijding van gevaar voor gezondheid of veiligheid van jeugdige of anderen. <i>Bevestiging mechanische middelen</i> als jeugdige zich in afzondering bevindt noodzakelijk ter afwijding van een van jeugdige uitgaand ernstig gevaar voor zijn gezondheid of voor veiligheid van anderen dan jeugdige <i>a-dwangbehandeling</i> a. voor zover aannemelijk dat zonder die behandeling

Onderwerp	Jeugdwet	Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen
	omschrijft (art.6.3.6 lid 1 en 3 Jw) toepassing buiten hulpverleningsplan als noodzakelijk ter overbrugging tijdelijke noodsituaties voor max.7 da- gen Binnen 24 uur instemming gekwalificeerde gedragswe- tenschapper. (art.6.3.7 Jw)	het gevaar dat de psychiatrische stoornis de jeugdige doet veroorzaken niet binnen redelijke termijn kan wor- den weggenomen <i>b-dwangbehandeling</i> b. voor zover volstrekt noodzakelijk om gevaar dat de psychiatrische stoornis de jeugdige binnen de inrichting doet veroorzaken, af te wenden bij jeugdige op afdeling voor intensieve zorg art.22a of intensieve behandeling art.22b Bjj:
Duur	Omschreven in hulpverleningsplan Overbrugging noodsituaties max.7 dagen	<i>Bevestiging mechanische middelen</i> < 16 jaar - max.12 uur 16 jaar en ouder - max.24 uur <i>a-dwangbehandeling</i> zo kort mogelijk, maar max.3 maanden (art.51e lid 4 Bjj) <i>b-dwangbehandeling</i> Niet bepaald
Rechtsmiddelen	Beklag bij klachtencommissie (schriftelijk, door jeugdige of degene die het gezag over hem heeft) (art. 6.5.1 Jw) Beroep tegen beklag bij de RSJ (art. 6.5.3 Jw jo art. 74 Bjj)	<i>Onderzoek in het lichaam</i> Beklag en beroep (art. 65 lid 1 onder h Bjj jo art. 74 Bjj) <i>Gedogen geneeskundige handeling</i> Beklag en beroep (art. 65 lid 1 onder i Bjj jo art. 74 Bjj) <i>Bevestiging mechanische middelen</i> Beklag en beroep (art. 65 lid 1 onder j Bjj jo art.74 Bjj) <i>Gedwongen geneeskundige behandeling</i> Rechtstreeks beroep bij de RSJ (art. 77 lid 3 Bjj) Tegen het handelen van de arts of verpleegkundige kan de jeugdige een beroepschrift indienen bij een beroeps- commissie van de RSJ (art. 55 Rjj) Alvorens een beroep- schrift in te dienen doet de jeugdige een schriftelijk ver- zoek aan de Medisch Adviseur bij het Ministerie van Veiligheid en Justitie om te bemiddelen terzake van de klacht (art. 56 Rjj)

## Contact met de buitenwereld

	Brief- en telefoonverkeer, andere communicatie, bezoek (art.6.3.3 Jw)	Brieven, poststukken, telefoneren, bezoek, contacten me- dia (art.41-45 Bjj en art. 50a Rjj)
Recht	—	<i>Brieven/poststukken</i> De jeugdige heeft, behoudens de in de Bjj gestelde be- perkingen, het recht brieven en stukken per post te ver- zenden en te ontvangen. De hieraan verbonden kosten komen, tenzij de directeur anders bepaalt, voor reke- ning van de jeugdige (art. 41-42 Bjj)

*Telefoneren*

De jeugdige heeft, behoudens de in de Bij gestelde beperkingen, het recht ten minste tweemaal per week op in de huisregels vastgestelde tijden en plaatsen en met behulp van een daartoe aangewezen toestel gedurende tien minuten een of meer telefoongesprekken te voeren met personen buiten de inrichting. De hieraan verbonden kosten komen, tenzij de directeur anders bepaalt, voor rekening van de jeugdige (art. 44 Bij)

*Bezoek*

De jeugdige heeft het recht gedurende ten minste één uur per week op in de huisregels vastgestelde tijden en plaatsen bezoek te ontvangen (art. 43 Bij)

*Contacten media*

De directeur kan toestemming geven voor het voeren van een gesprek tussen de jeugdige en een vertegenwoordiger van de media, voor zover dit zich verdraagt met de volgende belangen:

- + de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting;
  - + de bescherming van de openbare orde en de goede zeden;
  - + de geestelijke of lichamelijke ontwikkeling van de jeugdige;
  - + de uitvoering van het perspectiefplan;
  - + de bescherming van de rechten en de vrijheden van anderen dan de jeugdige;
  - + de voorkoming of de opsporing van strafbare feiten.
- (art.45 Bij)

Wie beslist/procedure	<p>Jeugdhulpaanbieder</p> <p>T.a.v. een met een machtiging, spoedmachtiging of voorwaardelijke machtiging gesloten opgenomen jeugdige tegen de wil van de jeugdige of van degene die het gezag over hem uitoefent en onverminderd de huisregels</p> <p><i>Beperken brief- en telefoonverkeer, andere communicatiemiddelen</i></p> <p><i>Beperken bezoek/bezoek onder toezicht</i></p>	<p>Directeur</p> <p><i>Toezicht op inhoud brieven/poststukken, o.a. door ze te kopiëren</i></p> <p>Over wijze van toezicht wordt jeugdige tevoren geïnformeerd</p> <p><i>Toezicht bezoek w.o. beluisteren of opnemen gesprek</i></p> <p><i>Toezicht telefoneren, w.o. beluisteren en uitluisteren telefoongesprek (art. 44 lid 2 Bij en art. 50a Rjj)</i></p> <p>Aan de betrokkene wordt mededeling gedaan van de aard en de reden van het toezicht.</p>
Criterium beperken van het recht	<p>— voor zover noodzakelijk om de met de jeugdhulp beoogde doelen te bereiken</p> <p>Regeling bezoek geprivilegieerde personen</p> <p>art.42 lid 1-2, 43 lid 7 Bij van toepassing -</p>	<p><i>Toezicht op inhoud brieven/poststukken, o.a. door ze te kopiëren</i></p> <p><i>Verzending of uitreiking brieven/poststukken/bijgesloten voorwerpen weigeren</i></p>

Onderwerp	Jeugdwet	Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen
		<p><i>Bezoek bepaalde persoon/personen weigeren</i></p> <p><i>Voorwaarden verbinden aan bezoek</i></p> <p><i>Toezicht bezoek w.o. beluisteren of opnemen gesprek</i></p> <p><i>Bezoek beëindigen en bezoeker uit de inrichting doen verwijderen</i></p> <p><i>Toezicht telefoneren, w.o. beluisteren en uitluisteren telefoongesprek</i></p> <p><i>Telefoneren weigeren of beëindigen</i></p> <p>Moet noodzakelijk zijn met het oog op een van de volgende belangen ofwel beperkingsgronden</p> <p>art.41 lid 4 Bjj:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. handhaving van de orde of veiligheid in de inrichting</li> <li>b. voorkoming of opsporing van strafbare feiten</li> <li>c. bescherming van slachtoffers van of anderszins betrokkenen bij misdrijven</li> <li>d. geestelijke of lichamelijke ontwikkeling van de jeugdige</li> <li>e. uitvoering van het perspectiefplan</li> </ul> <p><i>Aantal tegelijk tot de jeugdige toe te laten personen beperken</i></p> <p>indien dit noodzakelijk is in het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting.</p>
Duur		<p><i>Toelating bepaalde persoon/personen weigeren</i></p> <p>Weigering duurt max.12 mnd behalve bij beperkingsgrond c.</p>
Rechtsmiddelen	<p>Beklag bij klachtencommissie (schriftelijk, door jeugdige of degene die het gezag over hem heeft) (art. 6.5.1 Jw)</p> <p>Beroep tegen beklag bij de RSJ (art. 6.5.3 Jw jo art. 74 Bjj)</p>	<p>Geen expliciete vermelding in de lijst met beklagwaardige beslissingen. Beklag bij beklagcommissie o.g.v. art. 65 lid 1 onder m Bjj .</p> <p>Beroep tegen beklag bij de RSJ (art. 74 Bjj)</p>

## Rechten, dagbesteding

-	<p>Geestelijke verzorging (art. 46 Bjj)</p> <p>Sociale verzorging en hulpverlening (art. 48 Bjj)</p> <p>Medische verzorging (art. 47 Bjj)</p> <p>Voeding en kleding (art. 49 Bjj)</p> <p>Bezit voorwerpen (art. 50 -51 Bjj)</p> <p>Onderwijs en overige educatieve activiteiten (art. 52-53 Bjj)</p> <p>Sport (art. 53 Bjj)</p> <p>Recreatie/lunchen (art. 53 Bjj)</p>
---	--

-

*Geestelijke verzorging* (art. 46 Bjj en art. 51-54 Rjj)

- ★ De jeugdige heeft het recht zijn godsdienst of levensovertuiging, individueel of in gemeenschap met anderen, vrij te belijden en te beleven.

*Sociale verzorging en hulpverlening* (art. 48 Bjj)

- ★ De jeugdige heeft recht op sociale verzorging en hulpverlening.
- ★ De directeur draagt zorg dat de maatschappelijk werkers van stichtingen, reclasseringswerkers en daarvoor in aanmerking komende gedragsdeskundigen omschreven zorg en hulp in de inrichting kunnen verlenen.
- ★ De directeur draagt zorg voor overbrenging van de jeugdige naar de daartoe bestemde plaats, indien de zorg en hulp dit noodzakelijk maken en een dergelijke overbrenging zich verdraagt met de ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeïnvloeding.

*Medische verzorging* (art. 47 Bjj)

- ★ De jeugdige heeft recht op verzorging door een aan de inrichting verbonden arts of diens vervanger.
- ★ De jeugdige heeft recht op raadpleging, voor eigen rekening, van een arts van zuijn keuze.

*Voeding en kleding* (art. 49 Bjj)

- ★ De directeur draagt zorg dat aan de jeugdige voeding, noodzakelijke kleding en schoeisel worden verstrekt dan wel dat hem voldoende geldmiddelen ter beschikking worden gesteld om hierin naar behoren te voorzien.
- ★ De jeugdige heeft recht op het dragen van eigen kleding en schoeisel, tenzij die een gevaar kunnen opleveren voor de orde of de veiligheid in de inrichting. Hij kan worden verplicht tijdens het deelnemen aan activiteiten of sport aangepaste kleding of schoeisel te dragen. In de huisregels kunnen regels worden gesteld omtrent de wijze van gebruik en onderhoud van kleding en schoeisel.
- ★ De directeur draagt zorg dat bij de verstrekking van voeding zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de godsdienst of de levensovertuiging van de jeugdigen.
- ★ De directeur draagt zorg dat de jeugdige in staat wordt gesteld zijn uiterlijk en lichamelijke hygiëne naar behoren te verzorgen.

*Bezit voorwerpen* (art. 50-51 Bjj)

★ In de huisregels kan worden bepaald dat het bezit van bepaalde soorten voorwerpen binnen de inrichting of een bepaalde afdeling daarvan verboden is, indien dit noodzakelijk is in het belang van de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting dan wel de beperking van de aansprakelijkheid van de directeur voor de voorwerpen.

★ De directeur kan een jeugdige toestemming geven hem toebehorende voorwerpen waarvan het bezit niet is verboden in zijn kamer te plaatsen dan wel bij zich te hebben voor zover dit zich verdraagt met de volgende belangen:

a. de handhaving van de orde of de veiligheid in de inrichting;

b. de geestelijke of de lichamelijke ontwikkeling van de jeugdige;

c. de uitvoering van het perspectiefplan;

d. de aansprakelijkheid van de directeur voor de voorwerpen.

★ De directeur kan aan de toestemming voorwaarden verbinden die kunnen betreffen het gebruik van en de aansprakelijkheid voor deze voorwerpen.

★ De directeur is bevoegd aan de jeugdige toebehorende voorwerpen voor diens rekening te laten onderzoeken, ten einde vast te stellen of de toelating of het bezit daarvan kan worden toegestaan dan wel is verboden.

★ De directeur is bevoegd voorwerpen die verboden zijn dan wel ten aanzien waarvan geen toestemming is verleend, in beslag te nemen. Hij draagt zorg dat deze voorwerpen hetzij onder afgifte van een bewijs van ontvangst ten behoeve van de jeugdige op diens kosten worden bewaard, hetzij met toestemming van de jeugdige worden vernietigd, hetzij aan een opsporingsambtenaar ter hand worden gesteld met het oog op de voorkoming of de opsporing van strafbare feiten.

★ Het bezit van contant geld door de jeugdigen in de inrichting of een afdeling is verboden, tenzij in de huisregels anders is bepaald.

★ In inrichtingen of afdelingen waar het bezit door de jeugdigen van contant geld is verboden, heeft de jeugdige de beschikking over een rekening-courant bij de inrichting.

★ In de huisregels kunnen nadere regels worden ge-

steld omtrent het bezit van contant geld en het gebruik van de rekening-courant. Deze regels kunnen een beperking inhouden van het bedrag waarover de jeugdige ten hoogste in contanten of door middel van zijn rekening-courant mag beschikken.

*Onderwijs en overige educatieve activiteiten*(art. 52-53 Bjj)

★ De jeugdige is verplicht tot het volgen van onderwijs dan wel tot het deelnemen aan andere activiteiten in het kader van zijn pedagogische vorming.

★ In het voor de jeugdige opgestelde perspectiefplan wordt opgenomen welk onderwijs hij volgt of aan welke activiteiten in het kader van zijn pedagogische vorming hij deelneemt.

★ De directeur draagt zorg voor de beschikbaarheid van onderwijs en andere activiteiten in het kader van de pedagogische vorming, alsmede voor de voorziening daarin door daarvoor in aanmerking komende functionarissen.

★ De minister kan regels stellen omtrent de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming kan worden verleend in de kosten die voor de jeugdige aan het volgen van onderwijs en het deelnemen aan activiteiten in het kader van zijn pedagogische vorming, voor zover hierin niet door de directeur van de inrichting kan worden voorzien, kunnen zijn verbonden. Deze voorwaarden kunnen betreffen de aard, de duur en de kosten van deze activiteiten alsmede de vooropleiding van de jeugdige en diens vorderingen.

★ De jeugdige heeft recht op het kennis nemen van het nieuws, voor eigen rekening, en het wekelijks gebruik maken van een bibliotheekvoorziening.

*Sport*(art. 53 Bjj)

★ De jeugdige heeft recht op lichamelijke oefening en het beoefenen van sport gedurende ten minste tweemaal drie kwartier per week, voor zover zijn gezondheid zich daar niet tegen verzet.

*Recreatie/luchten* (art. 53 Bjj)

★ De jeugdige heeft recht op recreatie en dagelijks verblijf in de buitenlucht, voor zover zijn gezondheid zich daar niet tegen verzet.

★ De directeur draagt zorg dat de jeugdige in de gelegenheid wordt gesteld tot deelname aan recreatieve activiteiten gedurende ten minste twee uren per dag.



Onderwerp	Jeugdwet	<p>Beginnelsenwet justitiële jeugdinrichtingen</p> <p>★ De directeur draagt zorg dat de jeugdige in de gelegenheid wordt gesteld dagelijks ten minste een uur in de buitenlucht te verblijven.</p>
-----------	----------	--

## Onderzoek kamer, lichaam en kleding, urine

	Onderzoek kamer   Onderzoek aan lichaam en kleding   Onderzoek urine (art.6.3.4 Jw)	Onderzoek kamer (art.39 Bjj)   Onderzoek aan lichaam en kleding (art.34 Bjj)   Onderzoek urine (art.35 Bjj)
Wie beslist/procedure	Jeugdhulpaanbieder	Directeur
Criteria	<p><i>Kamerinspectie</i></p> <p><i>Onderzoek lichaam en kleding urineonderzoek</i></p> <p>Tegen wil jeugdige of van degene die gezag over hem uitoefent voor zover noodzakelijk om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– met jeugdhulp beoogde doelen te bereiken</li> <li>– te voorkomen dat de jeugdhulp aan andere jeugdigen wordt tegengewerkt</li> </ul> <p>alleen toegepast voor zover opgenomen in hulpverleningsplan dat gevallen waarin en termijn maatregelen omschrijft (art.6.3.6 lid 1 en 3 Jw)</p> <p>toepassing buiten hulpverleningsplan als noodzakelijk ter overbrugging tijdelijke noodsituaties voor max.7 dagen</p> <p>Binnen 24 uur instemming gekwalificeerde gedragswetenschapper. (art.6.3.7 Jw)</p>	<p><i>Onderzoek kamer (art.39 Bjj)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– algemeen toezicht aanwezigheid verboden voorwerpen in kamers jeugdigen</li> <li>– anderszins noodzakelijk in belang handhaving orde of veiligheid in de inrichting</li> </ul> <p><i>Wet DNA-onderzoek veroordeelden (Ov)</i></p> <p><i>Onderzoek aan lichaam en kleding (art.34 Bjj)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– bij binnenkomst of bij verlaten inrichting</li> <li>– voor of na afloop van bezoek</li> <li>– anderszins noodzakelijk in belang handhaving orde of veiligheid in de inrichting</li> </ul> <p><i>Onderzoek urine (art.35 Bjj)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– noodzakelijk in belang handhaving orde of veiligheid in de inrichting</li> <li>– ivm beslissing tot (over)plaatsing</li> <li>– ivm toestemming tot verlaten inrichting</li> </ul>
Rechtsmiddelen	<p>Beklag bij klachtencommissie (schriftelijk, door jeugdige of degene die het gezag over hem heeft) (art. 6.5.1 Jw)</p> <p>Beroep tegen beklag bij de RSJ (art. 6.5.3 Jw jo art. 74 Bjj)</p>	<p>Geen expliciete vermelding in de lijst met beklagwaardige beslissingen. Beklag bij beklagcommissie o.g.v. art. 65 lid 1 onder m Bjj .</p> <p>Beroep tegen beklag bij de RSJ (art. 74 Bjj)</p>

## Beperking bewegingsvrijheid

	Plaatsverbod (art.6.3.1 Jw)	<p>Verblijf op groep (art.22 Bjj)   Inkomstenprogramma (art.23 lid 1 en 2 Bjj)   Doseerprogramma (art.23 lid 3 en 4 Bjj)   Time-out (art.23a Bjj)   Uitsluiting verblijf groep/deelname activiteiten (art.24 Bjj)   Uitsluiting deelname activiteiten (art.54-55 Bjj)</p>
Wie beslist/procedure	Jeugdhulpaanbieder	<p>Directeur</p> <p>Time-out: personeelslid of medewerker</p> <p><i>Uitsluiting verblijf groep (ordemaatregel)</i></p> <p>Door personeelslid of medewerker als onverwijld tenuitvoerlegging op gronden a) of b) geboden is, voor max.15 uur.</p>

Onderwerp	Jeugdwet	Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen
Criteria	<p>Kan tegen zijn wil of van degene die het gezag over hem uitoefent, worden toegepast voor zover noodzakelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— om de met de jeugdhulp beoogde doelen te bereiken</li> <li>— voor de veiligheid van de jeugdige of anderen</li> </ul> <p>alleen toegepast voor zover opgenomen in hulpverleningsplan dat gevallen waarin en termijn maatregelen omschrijft (art.6.3.6 lid 1 en 3 Jw)</p> <p>toepassing buiten hulpverleningsplan als noodzakelijk ter overbrugging tijdelijke noodsituaties voor max.7 dagen</p> <p>Binnen 24 uur instemming gekwalificeerde gedragswetenschapper (art.6.3.7 Jw)</p>	<p><i>Time-out</i></p> <p><i>Inkomstenprogramma/doseerprogramma</i></p> <p><i>Uitsluiting verblijf groep (ordemaatregel)</i></p> <p>Aantekening in register.</p> <hr/> <p><i>Verblijf op groep (min.8,5 uur per dag, 77 uur per wk)</i></p> <p>jeugdigen verblijven in groepen en nemen deel aan gemeenschappelijke activiteiten gedurende min.77 uur per week, wv min.8,5 uur per dag. Ze houden zich gedurende de voor nachtrust bestemde uren in hun kamer op (uitz. deelname meerdaagse activiteiten buiten inrichting).</p> <p><i>Inkomstenprogramma (min.6 uur per dag op groep)</i></p> <p>na zijn binnenkomst in de inrichting indien noodzakelijk:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ter voorbereiding beslissing omtrent onderbrenging van jeugdige in de groep;</li> <li>b. ten behoeve van vaststelling perspectiefplan.</li> </ol> <p><i>Doseerprogramma (geen minimum)</i></p> <p>Indien noodzakelijk in het belang van:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. geestelijke of lichamelijke ontwikkeling jeugdige;</li> <li>b. de uitvoering van het hem betreffende perspectiefplan.</li> </ol> <p><i>Time out</i></p> <p>gedrag van jeugdige verstorend is voor de rust in de groep, en in verband daarmee de kortdurende uitsluiting ertoe bijdraagt dat het gedrag van de jeugdige gunstig wordt beïnvloed.</p> <p><i>Uitsluiting verblijf groep (ordemaatregel)</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. noodzakelijk in het belang van orde of veiligheid van de inrichting dan wel van een ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeneming;</li> <li>b. noodzakelijk ter bescherming van de betrokken jeugdige;</li> <li>c. ziekmelding of ziekte jeugdige;</li> <li>d. op verzoek jeugdige als directeur verzoek redelijk en uitvoerbaar oordeelt.</li> </ol> <p><i>Uitsluiting deelname activiteiten (disciplinaire straf)</i></p> <p>Betrokken bij feiten die onverenigbaar zijn met orde of veiligheid in inrichting dan wel met de ongestoorde tenuitvoerlegging van vrijheidsbeneming</p> <p>Jeugdige moet verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor het begaan van een feit.</p>

Onderwerp	Jeugdwet	Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen
Duur	Omschreven in hulpverleningsplan Overbrugging noodsituaties max.7 dagen	<i>Inkomstenprogramma (min.6 uur per dag op groep)</i> max.1 week, tweemaal met max.1 week verlengen, indien directeur na overleg met gedragsdeskundige oordeelt dat noodzaak hiertoe nog bestaat. <i>Doseerprogramma (geen minimum)</i> max.1 week, telkens met max.1 week verlengen, indien directeur na overleg met gedragsdeskundige oordeelt dat noodzaak hiertoe nog bestaat. <i>Time-out</i> 1 uur, vaker per dag tot max. 2 uur per etmaal. <i>Uitsluiting verblijf groep (ordemaatregel)</i> gronden a) of b) max.2 dagen, steeds met max. 2 dagen te verlengen als noodzaak tot uitsluiting nog bestaat. Gronden c) en d) geen termijn gesteld <i>uitsluiting deelname activiteiten (disciplinaire straf)</i> max.4 dagen <16 jaar max.7 dagen 16 jaar en ouder
Rechtsmiddelen	Beklag bij klachtencommissie (schriftelijk, door jeugdige of degene die het gezag over hem heeft) (art. 6.5.1 Jw) Beroep tegen beklag bij de RSJ (art. 6.5.3 Jw jo art. 74 Bjj)	<i>Inkomstenprogramma, doseerprogramma en uitsluiting verblijf groep (ordemaatregel)</i> Beklag bij de beklagcommissie (art. 65 lid 1 onder d Bjj) en vervolgens beroep bij de beroepscommissie (art.74 Bjj) <i>Time-out</i> Geen, maar directeur moet CvT elke 3 maanden informeren over de toepassing en daarover in overleg treden. <i>Uitsluiting deelname activiteiten (disciplinaire straf)</i> Beklag bij de beklagcommissie (art. 65 lid 1 onder k Bjj) en vervolgens beroep bij de beroepscommissie (art.74 Bjj)

## Fixatie | Afzondering

	Vastpakken en vasthouden   Tijdelijke plaatsing in afzondering (art.6.3.1 Jw)	Plaatsing in afzondering (art.25 Bjj)   Geweld en vrijheidsbepenkende middelen (art.40 Bjj)
Wie beslist/procedure	Jeugdhulpaanbieder <i>tijdelijke plaatsing in afzondering en tijdelijke overplaatsing</i> Jeugdhulpaanbieder meldt de toepassing aan: — de gecertificeerde instelling die de gezinsvoogdij uitoefent — de ouders als jeugdige niet onder toezicht is gesteld	Directeur <i>Plaatsing in afzondering (ordemaatregel)</i> personeelslid of medewerker, als onverwijld tenuitvoerlegging op de gronden a) of b) geboden is voor max.15 uur. Directeur onverwijld inlichten. >24 uur - CvT, arts of vervanger, ouders of voogd, stiefouder of pleegouders, Bjj terstond inlichten

Onderwerp	Jeugdwet	Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen
		Aantekening in register. Ouders, voogd, stiefouder, pleegouders, Bijz onverwijld inlichten
Criteria	<p><i>Vastpakken en vasthouden</i></p> <p><i>Tijdelijke plaatsing in afzondering</i></p> <p><i>Tijdelijke overplaatsing</i></p> <p>Kan tegen zijn wil of van degene die het gezag over hem uitoefent, worden toegepast voor zover noodzakelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— om de met de jeugdhulp beoogde doelen te bereiken</li> <li>— voor de veiligheid van de jeugdige of anderen</li> </ul> <p>alleen toegepast voor zover opgenomen in hulpverleningsplan dat gevallen waarin en termijn maatregelen omschrijft (art.6.3.6 lid 1 en 3 Jw)</p> <p>toepassing buiten hulpverleningsplan als noodzakelijk ter overbrugging tijdelijke noodsituaties voor max.7 dagen</p> <p>Binnen 24 uur instemming gekwalificeerde gedragswetenschapper (art.6.3.7 Jw)</p>	<p><i>Plaatsing in afzondering (ordemaatregel)</i></p> <p>a. noodzakelijk in het belang van orde of veiligheid van de inrichting dan wel van een ongestoorde tenuitvoerlegging van de vrijheidsbeneming;</p> <p>b. noodzakelijk ter bescherming van de betrokken jeugdige;</p> <p>c. ziekmelding of ziekte jeugdige;</p> <p>d. op verzoek jeugdige als directeur verzoek redelijk en uitvoerbaar oordeelt</p> <p>Verlenging; als noodzaak tot afzondering nog bestaat.</p> <p><i>Opsluiting strafcel/andere verblijfsruimte (disciplinaire straf)</i></p> <p>betrokken bij feiten die onverenigbaar zijn met orde of veiligheid in inrichting dan wel met de ongestoorde tenuitvoerlegging van vrijheidsbeneming</p> <p>Jeugdige moet verantwoordelijk kunnen worden gesteld voor het begaan van een feit.</p> <p><i>Geweld en vrijheidsbeperkende middelen (art.40 Bijz)</i></p> <p>Voor zover dat noodzakelijk is met het oog op een van de volgende belangen:</p> <p>a. handhaving orde of veiligheid in de inrichting;</p> <p>b. uitvoering van een door de directeur genomen beslissing;</p> <p>c. voorkoming van het zich onttrekken door de jeugdige aan het op hem uitgeoefende toezicht;</p> <p>d. uitvoering van door de OvJ of RC genomen beslissing o.b.v.WvSv of Wet DNA-onderzoek</p> <p>Selectiefunctionaris of een daartoe door hem aangewezen personeelslid/medewerker is bevoegd voor zover noodzakelijk met het oog volgende belangen:</p> <p>a. de uitvoering van een door hem genomen beslissing;</p> <p>b. de voorkoming van het zich onttrekken van de jeugdige aan het op hem uitgeoefende toezicht.</p> <p>Aan geweldgebruik gaat zo mogelijk waarschuwing vooraf.</p> <p>Degene die geweld heeft gebruikt maakt onverwijld een schriftelijk verslag en stuurt dit onverwijld aan de directeur onderscheidenlijk de selectiefunctionaris.</p>
Duur	<p>Omschreven in hulpverleningsplan</p> <p>Overbrugging noodsituaties max.7 dagen</p>	<p><i>Afzondering (ordemaatregel)</i></p> <p>gronden a) of b)</p>

Onderwerp	Jeugdwet	Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen
		<p>&lt; 16 jaar max.1 dag, eenmaal te verlengen met max.1 dag</p> <p>16 jaar of ouder max.2 dagen, eenmaal te verlengen met max.2 dagen</p> <p><i>Opsluiting strafcel/andere verblijfsruimte (disciplinaire straf)</i></p> <p>&lt; 16 jaar - max.4 dagen</p> <p>16 jaar en ouder - max.7 dagen</p>
Rechtsmiddelen	<p>Beklag bij klachtencommissie (schriftelijk, door jeugdige of degene die het gezag over hem heeft) (art. 6.5.1 Jw)</p> <p>Beroep tegen beklag bij de RSJ (art. 6.5.3 Jw jo art. 74 Bjj)</p>	<p><i>Plaatsing in afzondering (ordemaatregel)</i></p> <p>Beklag bij de beklagcommissie (art. 65 lid 1 onder e Bjj) en vervolgens beroep bij de beroepscommissie (art.74 Bjj)</p> <p><i>Geweld en vrijheidsbeperkende middelen</i></p> <p>Bezwaar en beroep (art 18. lid 1 onder d Bjj en art. 77 lid 1 Bjj)</p>

## Cameratoezicht

	-	Cameratoezicht (art. 25a Bjj en 55a Bjj)
Wie beslist/procedure	-	De directeur
Criteria	-	<p>De directeur kan, indien dit ter bescherming van de geestelijke of lichamelijke toestand van de jeugdige noodzakelijk is, bepalen dat de jeugdige die in een afzonderingscel dan wel strafcel verblijft, dag en nacht door middel van een camera wordt geobserveerd</p> <p>Alvorens hij hiertoe beslist, wint hij het advies in van een gedragsdeskundige onderscheidenlijk de inrichtingsarts, tenzij dit advies niet kan worden afgewacht. In dat geval wint de directeur het advies zo spoedig mogelijk na zijn beslissing in.</p> <p>De directeur stelt de jeugdige in de gelegenheid te worden gehoord, zoveel mogelijk in een voor de jeugdige begrijpelijke taal, alvorens hij beslist omtrent de observatie door middel van een camera (art. 61 Bjj)</p>
Rechtsmiddelen	-	Beklag en beroep (art. 65 lid 1 onder l Bjj jo art.74 Bjj)

## Verlof

	Verlof (art.6.4.1 Jw)	Verlof (art.30 Bjj en art. 31 t/m 40 Rjj)
Wie beslist/procedure	Jeugdhulpaanbieder Instemming gekwalificeerde gedragswetenschapper	Directeur met machtiging van minister
Criteria	In hulpverleningsplan of daarbuiten indien dat gelet op de reden gesloten jeugdhulp verantwoord is.	Directeur kan verlof intrekken, indien dit noodzakelijk is met het oog op de bescherming van de maatschappij te

Onderwerp	Jeugdwet	Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen
	<p>Aan verlot kunnen voorwaarden worden verbonden betreffende de jeugdhulp en het gedrag van de jeugdige.</p> <p>Verlot wordt slechts verleend indien redelijkerwijs kan worden aangenomen dat jeugdige voorwaarden zal naleven.</p> <p>Verlot kan worden ingetrokken indien de jeugdige zich niet aan voorwaarden houdt.</p> <p>Verlot wordt ingetrokken als voortzetting daarvan, gezien de problemen van de jeugdige, niet langer verantwoord is.</p> <p>Voorwaarden kunnen worden gewijzigd.</p>	<p>gen de gevaarlijkheid van de jeugdige voor de veiligheid van anderen dan de jeugdige of de algemene veiligheid van personen of goederen of indien de jeugdige een bepaalde voorwaarde niet nakomt. (art.31-40 Rjj)</p>

## Inspraak | Vertrouwenspersoon | bemiddeling

Cliëntenraad   Vertrouwenspersoon	Overleg directeur   Commissie van Toezicht/maandcommissaris, bemiddeling
<p><i>Cliëntenraad</i></p> <p>Jeugdhulpaanbieder stelt cliëntenraad in die binnen het kader van zijn doelstelling de gemeenschappelijke belangen van jeugdigen en ouders aan wie jeugdhulp wordt verleend, behartigt. (art. 4.2.5 Jw)</p> <p>Kan advies uit te brengen over elk voorgenomen besluit dat jeugdhulpaanbieder betreft en ongevraagd adviseren inzake onderwerpen die van belang zijn voor de jeugdigen en ouders (art. 4.2.6 Jw)</p> <p><i>vertrouwenspersoon</i></p> <p>College is ervoor verantwoordelijk dat jeugdigen, ouders, pleegouders of netwerkpleegouders beroep kunnen doen op een vertrouwenspersoon en dat deze werkt bij een rechtspersoon met volledige rechtsbevoegdheid die onafhankelijk is van (personen in dienst van) het college, de jeugdhulpaanbieder en stelt de vertrouwenspersoon in de gelegenheid zijn taak uit te oefenen. (art. 2.5 Jw)</p> <p><i>Bemiddeling</i></p> <p>Over beslissingen inzake vrijheidsbepenkende maatregelen kan, indien de klager dit wenst, bemiddeling plaatsvinden voordat de klacht wordt behandeld.</p> <p>Hiermee kan op eenvoudige wijze met tussenkomst van één onafhankelijk lid van de klachtencommissie de klacht weggenomen worden. Zo wordt voorkomen dat direct wordt overgegaan tot een formele klachtbehandeling. Leidt die bemiddeling tot een voor de klager bevredigende oplossing, dan hoeft de klacht dus niet meer</p>	<p><i>Overleg directeur</i></p> <p>Directeur zorgt voor regelmatig overleg met jeugdigen over zaken die rechtstreeks hun verblijf raken. Zowel jeugdigen als directeur kunnen deze onderwerpen in dat overleg aan de orde stellen (art.79 Bjj)</p> <p><i>Commissie van toezicht/maandcommissaris</i></p> <p>CvT stelt zich door persoonlijk contact met de jeugdigen regelmatig op de hoogte van onder hen levende wensen en gevoelens. Bij toerbeurt treedt één van de leden hiertoe op als maandcommissaris.</p> <p>Maandcommissaris vervult tevens taken van vertrouwenspersoon, artikel 1 onder z Wjz (art.7 lid 4 Bjj)</p> <p><i>Bemiddeling</i></p> <p>Jeugdige heeft recht om maandcie. mondeling of schriftelijk te verzoeken om te bemiddelen mbt een grief omtrent de wijze waarop de directeur zich in een bepaalde aangelegenheid jegens hem heeft gedragen of een bij of krachtens deze wet gestelde zorgplicht heeft betracht. Gedraging personeelslid of medewerker inrichting jegens de jeugdige wordt als gedraging van de directeur aangemerkt.(art.64 Bjj)</p> <p>De maandcommissaris streeft ernaar binnen 6 wk een voor partijen aanvaardbare oplossing te bereiken en legt resultaten bemiddeling schriftelijke vast met kopie naar directeur en jeugdige.</p> <p>Directeur deelt jeugdige alsmede CvT binnen 4 wk na ontvangst verslag mede of hij oordeel maandcommissaris deelt en of hij naar aanleiding daarvan maatregelen</p>

Onderwerp	Jeugdwet	Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen
	te worden behandeld (art.6.2.1 concept Besluit Jeugdwet)	len zal nemen en zo ja welke. Hiertegen kan jeugdige klacht indienen bij beklagcommissie. Beklagcommissie stelt maandcommissaris onverwijld op de hoogte van de klacht die onderzoekt of klacht kan worden bemiddeld (art.66 lid 4 en 5 Bijj).

## Klachten/beklag

	Klachten (art.6.5.1 Jw)	Beklag (art.65-73 Bijj)
Door wie/procedure	min.3 leden, waaronder een voorzitter die niet werkzaam is voor of bij de jeugdhulpaanbieder of de gecertificeerde instelling Bij de behandeling van de klachten over beslissingen, bedoeld in artikel 6.5.1 Jw, dient de samenstelling van de klachtencommissie, afhankelijk van de beslissing waarover geklaagd wordt, een specifieke samenstelling te hebben. In alle gevallen dienen een jurist en een gedragswetenschapper in de klachtencommissie zitting te hebben. Als het een klacht betreft tegen een geneeskundige behandelingsmethode als bedoeld in artikel 6.3.2, eerste lid, onder b, van de wet, dient een arts in de klachtencommissie zitting te hebben. Indien het een klacht betreft tegen een geneeskundige behandelingsmethode van een psychische stoornis, als bedoeld in artikel 6.3.2 lid 1 onder b Jw, dient de arts een psychiater te zijn (art. 6.2.3 concept Besluit Jeugdwet).	een door CvT uit haar midden benoemde beklagcommissie van drie leden, bijgestaan door secretaris. Lid CvT neemt niet deel aan behandeling als hij in de zaak heeft bemiddeld of daar op enige wijze bemoeienis mee heeft gehad. Indiening klaagschrift uiterlijk 7 <sup>e</sup> dag na kennisname jeugdige van de beslissing of uiterlijk 7 <sup>e</sup> dag na ontvangst onderdeel maandcie. op verzoek tot bemiddeling Indienen verzoek bemiddeling stuit termijn voor indienen klaagschrift. <i>Horen/rechtsbijstand</i> Klager en de directeur in de gelegenheid gesteld mondeling opmerkingen te maken, tenzij beklagclacie beklag aanstonds kennelijk niet-ontvankelijk, kennelijk ongegrond of kennelijk gegrond acht. (art.69 lid 1 Bijj) Recht op bijstand rechtsbijstandverlener of andere vrouwenspersoon (art.70 lid 1 Bijj) <i>Schorsing beslissing</i> (art.71 Bijj) Hangende uitspraak op klaagschrift kan voorzitter beroepscommissie RSJ op verzoek klager, na de directeur te hebben gehoord, tenuitvoerlegging beslissing waarover wordt geklaagd geheel of gedeeltelijk schorsen.
Beslissingen waarover kan worden geklaagd	<i>Beslissing tot:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>— toepassing beperkende maatregelen ( 6.3.1 lid 1)</li> <li>— toepassing jeugdhulpverleningsprogramma's en geneeskundige behandelingsmethodes ( 6.3.2 lid 1)</li> <li>— toepassing beperkingen communicatie ( 6.3.3 lid 1)</li> <li>— controlemaatregelen en inbeslagname ( 6.3.4 lid 1 en 3)</li> <li>— toepassing maatregelen ter overbrugging tijdelijke noodsituaties en tijdens vervoer ( 6.3.5 lid 1 en 6.3.7)</li> <li>— aangaande verlof als bedoeld in 6.4.1</li> </ul>	<i>een hem betreffende door of namens de directeur genomen beslissing betreffende:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. weigering verzoek deelname STP, beëindiging STP</li> <li>b. weigering of intrekking toestemming kind in inrichting onder te brengen</li> <li>c. voortzetting verblijf afdeling voor intensieve zorg, een afdeling voor intensieve behandeling of een individuele trajectafdeling</li> <li>d. uitsluiting van verblijf in de groep of van deelname aan activiteiten en de verlenging van deze maatregelen</li> <li>e. plaatsing in afzondering en de verlenging hiervan</li> </ul>

		<p>f. tijdelijke plaatsing en verlenging hiervan</p> <p>g. de beperking en intrekking van verlof</p> <p>h. het onderzoek in het lichaam</p> <p>i. het gedogen van een geneeskundige handeling</p> <p>j. de bevestiging door mechanische middelen</p> <p>k. oplegging disciplinaire straf</p> <p>l. camera-observatie</p> <p>m. enige andere beslissing die een beperking inhoudt van een recht dat de jeugdige op grond van een bij of krachtens deze wet of een ieder verbindende bepaling van een in Nederland geldend verdrag toekomt.</p> <p>Met een beslissing wordt gelijkgesteld een verzuim of weigering om te beslissen. Beslissing wordt geacht te zijn verzuimd of geweigerd indien niet binnen wettelijke of, bij ontbreken daarvan, binnen redelijke termijn beslissing is genomen.</p> <p>De directeur draagt zorg dat een jeugdige die beklag wenst te doen daartoe zo spoedig mogelijk in de gelegenheid wordt gesteld. (art.65 Bij)</p>
Beslissing, uitspraak	<p>zo spoedig mogelijk, uiterlijk binnen 4 wk</p> <p><i>Inhoud beslissing:</i> (art. 6.5.1 lid 4 Jw)</p> <p>a. onbevoegdverklaring commissie,</p> <p>b. niet-ontvankelijkverklaring van de klacht,</p> <p>c. ongegrondverklaring van de klacht, of</p> <p>d. gegrondverklaring van de klacht.</p> <p>Bij gegrondverklaring kan cie:</p> <p>— beslissing geheel of gedeeltelijk vernietigen. Brengt vernietiging rechtsgevolgen van (het vernietigde gedeelte van) beslissing mee.</p> <p>— degene die beslissing heeft genomen opdragen nieuwe beslissing te nemen en daarvoor een termijn stellen.</p> <p>— tegemoetkoming vaststellen, die geldelijk van aard kan zijn</p>	<p>zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen 4 wk vanaf de datum ontvangst klaagschrift.</p> <p>In bijzondere omstandigheden kan beklagcommissie deze termijn met max.4 wk verlengen. (art.72 lid 1 Bij)</p> <p><i>Inhoud beslissing</i> (art.73 Bij)</p> <p>Uitspraak beklagcommissie strekt tot gehele of gedeeltelijke:</p> <p>a. niet-ontvankelijkverklaring van het beklag;</p> <p>b. ongegrondverklaring van het beklag;</p> <p>c. gegrondverklaring van het beklag.</p> <p>Bij gegrondverklaring vernietigt zij de beslissing geheel of gedeeltelijk.</p> <p>Rechtsgevolgen van de beslissing worden dan, voor zover mogelijk, door directeur ongedaan gemaakt dan wel in overeenstemming gebracht met uitspraak beklagcommissie.</p> <p>Indien gevolgen niet meer ongedaan te maken zijn, bepaalt beklagcommissie of enige tegemoetkoming aan de klager geboden is. Zij stelt de tegemoetkoming, die geldelijk van aard kan zijn, vast.</p> <p>De beklagcommissie kan:</p> <p>a. de directeur opdragen een nieuwe beslissing te nemen met inachtneming van haar uitspraak en hierbij termijn stellen.</p>



Onderwerp	Jeugdwet	Beginnelsenwet justitiële jeugdinrichtingen
		<p>b. bepalen dat haar uitspraak in de plaats treedt van de vernietigde beslissing;</p> <p>c. volstaan met de gehele of gedeeltelijke vernietiging.</p> <p>Beklagcommissie kan bepalen dat de uitspraak buiten werking blijft totdat deze onherroepelijk is geworden. (art.72 Bjj)</p>

## Beroep en schorsing beslissing

Beroep en schorsing beslissing	Beroep en schorsing beslissing
<p><i>Schorsing beslissing</i> (art. 6.5.2 Jw)</p> <p>Hangende de beslissing op de klacht kan de voorzitter van een beroepscommissie als bedoeld in artikel 74 Bjj op verzoek van de jeugdige, gehoord degene die de beslissing heeft genomen, de beslissing waartegen de klacht is gericht, schorsen.</p> <p><i>Beroep tegen beklag bij RSJ</i> (art. 6.5.3 Jw jo 74 Bjj):</p> <p>T.a.v. een beslissing klachtcommissie zijn de artikelen 74 en 76 Bjj (omtrent het instellen van beroep) van overeenkomstige toepassing met dien verstande dat voor «directeur» respectievelijk «beroepscommissie» gelezen wordt «jeugd-hulpaanbieder» respectievelijk «klachtencommissie».</p> <p>Tegen de uitspraak van de klachtencommissie kunnen de directeur en de klager beroep instellen door het indienen van een beroepschrift.</p> <p>Ingediend bij en behandeld door de RSJ benoemde beroepscommissie van drie leden, die wordt bijgestaan door een secretaris</p> <p>Indienen gemotiveerd beroepschrift uiterlijk op 7<sup>e</sup> dag na uitspraak.</p> <p>Beroepscommissie doet zo spoedig mogelijk uitspraak. Uitspraak strekt tot gehele of gedeeltelijke:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>niet-ontvankelijkverklaring van het beroep;</li> <li>bevestiging van de uitspraak van de beklagcommissie, hetzij met overneming, hetzij met verbetering van de gronden;</li> <li>vernietiging van de uitspraak van de beklagcommissie. In dat geval doet de beroepscommissie hetgeen de beklagcommissie had behoren te doen.</li> </ol>	<p><i>Beroep tegen beklag</i> (art. 74 Bjj)</p> <p>Tegen de uitspraak van de beklagcommissie kunnen de directeur en de klager beroep instellen door het indienen van een beroepschrift.</p> <p>Ingediend bij en behandeld door de RSJ benoemde beroepscommissie van drie leden, die wordt bijgestaan door een secretaris</p> <p>Indienen gemotiveerd beroepschrift uiterlijk op 7<sup>e</sup> dag na uitspraak.</p> <p><i>Schorsing tenuitvoerlegging uitspraak</i> (art.75 Bjj)</p> <p>Hangende de uitspraak op het beroepschrift kan de voorzitter van de beroepscommissie RSJ op verzoek van degene die het beroep heeft ingesteld en gehoord de andere betrokkene in de procedure de tenuitvoerlegging van de uitspraak van de beklagcommissie geheel of gedeeltelijk schorsen.</p> <p><i>Uitspraak</i> (art.76 Bjj)</p> <p>Beroepscommissie doet zo spoedig mogelijk uitspraak. Uitspraak strekt tot gehele of gedeeltelijke:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>niet-ontvankelijkverklaring van het beroep;</li> <li>bevestiging van de uitspraak van de beklagcommissie, hetzij met overneming, hetzij met verbetering van de gronden;</li> <li>vernietiging van de uitspraak van de beklagcommissie. In dat geval doet de beroepscommissie hetgeen de beklagcommissie had behoren te doen.</li> </ol> <p><i>Beroep tegen medisch handelen inrichtingsarts</i> (art.55-61 Rjj)</p> <p>Onder medisch handelen als bedoeld in het eerste lid wordt verstaan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>enig handelen in het kader van of nalaten in strijd met de zorg die inrichtingsarts behoort te betrachten ten opzichte van de jeugdige, met betrekking tot wiens</li> </ol>

gezondheidstoestand hij bijstand verleent of zijn bijstand is ingeroepen;

b. enig ander dan onder a bedoeld handelen of nalaten in die hoedanigheid in strijd met het belang van een goede uitoefening van de individuele gezondheidszorg. (art.55 Rjj)

Eerst schriftelijk verzoek aan Medisch Adviseur bij het Ministerie van Veiligheid en Justitie om te bemiddelen binnen 14 dagen. Die streeft ernaar binnen 4 wk een voor beide partijen aanvaardbare oplossing te bereiken. (art.56 Rjj)

Beroepschrift ingediend bij en behandeld door een door en uit de Raad benoemde commissie van drie leden, bestaande uit één jurist en twee artsen, die wordt bijgestaan door een secretaris.(art.57 Rjj)

Klager kan zich laten bijstaan door advocaat (art.58 lid 8 Rjj)

#### *Beroep tegen (over)plaatsing\_(art.77 Bjj)*

Recht om tegen beslissing selectiefunctionaris op het bezwaar- of verzoekschrift beroep in te dienen bij de beroepscommissie van de RSJ. Kan ook als indienen van bezwaarschrift op de grond als vermeld in artikel 18, vijfde lid, achterwege is gebleven.

Recht om tegen beslissing aangaande verlof, voor zover hiertegen geen beklag ingevolge artikel 65, eerste en tweede lid, openstaat, een met redenen omkleed beroepschrift in te dienen bij de commissie, bedoeld in artikel 78, eerste lid.

Geldt ook voor beslissing V en J tot weigering, tot het uitblijven van of tot intrekking van een machtiging tot deelname aan het STP.

Tegen een beslissing als bedoeld in artikel 51e, eerste lid, kan rechtstreeks beroep worden ingesteld bij de Raad.

## Toezicht

Inspecties	Commissie van Toezicht, Inspecties, V en J
<p><i>Inspectie Jeugdzorg</i> (art. 9.1 Jw)</p> <p>Onderzoekt kwaliteit in algemene zin van:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. de jeugdhulpaanbieders;</li> <li>b. de certificerende instelling;</li> <li>c. de gecertificeerde instellingen;</li> </ul>	<p><i>Commissie van Toezicht</i> (art.7 lid 1 en 2 Bjj en art. 14-23 Rjj)</p> <p>Bij elke inrichting ingesteld. Taak:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. toezicht houden op wijze tenuitvoerlegging vrijheidsbeneming in inrichting of afdeling</li> </ul>

Onderwerp	Jeugdwet	Beginselenwet justitiële jeugdinrichtingen
	<p>d. het AMK;</p> <p>e. de RvdK.</p> <p>Neemt daarbij de instructies van de Ministers in acht en houdt daarbij rekening met de behoeften van gemeenten</p> <p>Brengt van haar bevindingen verslag uit aan degene bij wie het onderzoek is uitgevoerd en kan daarbij voorstellen doen tot verbetering van de kwaliteit. Onze Ministers worden schriftelijk op de hoogte gebracht van de bevindingen.</p> <p>Publiceert jaarlijks een verslag van haar werkzaamheden met daarin voorstellen die zij in het belang van de jeugdhulp nodig acht</p>	<p>b. kennis nemen van door jeugdigen, ouders of voogd, stiefouder of pleegouders naar voren gebrachte grieven en daarbij te bemiddelen</p> <p>c. zorg te dragen voor de behandeling van klaagschriften</p> <p>d. V en J, RSJ en directeur advies en inlichten omtrent het toezicht onder a.</p> <p>Bestaat uit 6-10 leden waaronder in ieder geval een rechter, een advocaat, een deskundige op het gebied van de gedragswetenschappen en een deskundige op het gebied van de pedagogische hulpverlening. Indien CvT toezicht houdt op een afdeling waar geneeskundige behandeling als bedoeld in de artikelen 51a tot en met 51e van de wet wordt verricht, maakt ook psychiater van de commissie deel uit. (art.14 Rjj)</p> <p><i>Minister van V en J (art.7a Bjj)</i></p> <p>Houdt toezicht op het verblijf van personen t.a.v. wie de tenuitvoerlegging van een vrijheidsbenemende straf of maatregel in een inrichting plaatsvindt.</p> <p>Door minister aangewezen ambtenaren krijgen daartoe alle informatie en hebben te allen tijde toegang tot de inrichting.</p> <p>Zij zijn, onder verplichting van geheimhouding tegenover derden en voor zover dit voor de uitoefening van hun taak redelijkerwijs nodig is, bevoegd de op voormelde personen betrekking hebbende stukken in te zien.</p> <p><i>Inspectie Jeugdzorg (art.9.1 Jw)</i></p> <p>Onderzoekt kwaliteit in algemene zin van: de inrichtingen van de Bjj alsmede waar nodig, het aangeven en bevorderen van middelen tot verbetering daarvan.</p> <p>In afwijking daarvan wordt het onderzoek, voor zover het de tenuitvoerlegging van strafrechtelijke beslissingen betreft, uitgevoerd door de inspectie bedoeld in artikel 57 Wet op de veiligheidsregio's.</p> <p>Brengt verslag uit aan degene bij wie het onderzoek is uitgevoerd en kan daarbij voorstellen doen tot verbetering van de kwaliteit. Ministers worden schriftelijk op de hoogte gebracht.</p> <p>Publiceert jaarlijks verslag van werkzaamheden met daarin voorstellen die zij in het belang van de jeugdhulp nodig acht</p>





ZonMw stimuleert  
gezondheidsonderzoek en  
zorginnovatie

Laan van Nieuw Oost-Indië 334  
2593 CE Den Haag  
Postbus 93245  
2509 AE Den Haag  
Telefoon 070 349 51 11  
Fax 070 349 51 00  
info@zonmw.nl  
www.zonmw.nl

