

Dwangmedicatie als zwaard van Damocles

Gepubliceerd op: <http://zwartegal.wordpress.com>, 9 december 2010

De beginselenwetten die van toepassing zijn op gedetineerden in de gevangenis, jeugdgevangenis en tbs-inrichtingen ondergaan op korte termijn drastische wijzigingen. Daardoor dreigt de toepassing van dwangbehandeling voor gevangenen – in de praktijk meestal dwangmedicatie – een enorme vlucht te nemen. Het oorspronkelijke gevaarscriterium dat van toepassing was op direct gevaar voor de gedetineerde en zijn omgeving in de detentiesituatie dreigt sterk te worden uitgebreid. Niet alleen direct lichamelijk gevaar, maar ook gevaar voor de psychische gezondheid van anderen, gevaar voor verwaarlozing van anderen, gevaar dat door hinderlijk gedrag bij anderen agressie wordt opgeroepen en gevaar voor de algemene veiligheid van personen en goederen komen eronder te vallen. Dwangmedicatie mag in de toekomst bovendien, volgens het nu in de tweede kamer voorliggende wetsvoorstel, worden toegepast indien aannemelijk is dat de gevaar veroorzakende stoornis niet op andere wijze binnen een “redelijke termijn” kan worden weggenomen. Naast mensen met psychotische stoornissen kunnen in de toekomst onder anderen ook mensen met ADHD, autismespectrumstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en verstandelijke handicaps met dwangmedicatie te maken krijgen. Deze dwang kan bovendien ook na het aflopen van de detentieperiode worden toegepast.



“Das Gesetz nur kann uns Freiheit geben” (‘de wet alleen kan ons vrijheid geven’), aldus voormalig minister Hirsch Ballin op de themamiddag ‘Zorg en dwang II’ (georganiseerd door de ministeries van VWS en Justitie op 14 januari 2009). Vele duizenden mensen zullen dat mogelijk in de toekomst heel anders ervaren.

Wetswijzigingen

De wetswijzigingen hebben betrekking op de drie Beginselenwetten, die van toepassing zijn op de situatie in de gewone gevangenis, de justitiële jeugdinrichtingen (jji) en de forensische psychiatrische centra ('tbs-inrichtingen'). De aanstaande wetgeving past ook in de trend van de laatste jaren waarin GGZ en justitie steeds nauwer verweven raken en waarbij er grote aandacht is voor 'criminele veelplegers' en veroorzakers van overlast. Binnen de psychiatrische wereld zijn in het laatste decennium veel geluiden te horen waarin gepleit wordt voor verruiming van de mogelijkheden voor dwangbehandeling. De mogelijkheden voor dwang voor niet-gedetineerden zijn sinds 2005 door wijzigingen in de wet BOPZ al uitgebreid. De nu voorliggende wetswijzigingen zijn tot stand gekomen onder verantwoordelijkheid van toenmalig minister van justitie Hirsch Ballin. Diverse organisaties, waaronder GGZ Nederland en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) zijn om advies gevraagd. De Nederlandse Orde van Advocaten adviseerde negatief. Dat is niet verbazingwekkend: de rechtspositie van gedetineerden is duidelijk minder dan die van 'gewone psychiatrische patiënten' en de vraag is gerechtvaardigd of met de nieuwe wetgeving geen inbreuk wordt gemaakt op de rechten van de mens, zoals die in verdragen zijn vastgelegd.

Ongebreidelde dwang

In de oorspronkelijke Beginselenwet was dwangbehandeling eigenlijk alleen mogelijk in geval van direct gevaar voor de gedetineerde zelf of voor personen in zijn of haar omgeving, al werd dwangmedicatie in een aantal gevallen ook toegepast als dit gevaar niet direct aanwezig was. In de praktijk werd dwang toegepast op mensen die in een (sterk) psychotische toestand verkeerden - met name bij 'schizofrenie' - en daarom niet meer aanspreekbaar waren en agressie naar zich zelf toe of bewakers en medegevangenen vertoonden. Dwang was dus niet bedoeld om stoornissen te verhelpen, maar alleen om in noodsituaties kortdurend te worden toegepast. In de nieuwe situatie wordt dit heel anders: er wordt dan veel meer naar de toekomst gekeken en die toekomst strekt zich uit tot mogelijk ver na de detentieperiode. Dit wordt ook al duidelijk uit het sterk uitgebreide gevaarscriterium (Artikel 1 van de wet). Dit omvat naast gevaar voor lichamelijk letsel ook gevaar dat iemand maatschappelijk te gronde gaat, gevaar dat anderen aan zijn of haar zorg toevertrouwd verwaarloosd zullen worden, gevaar voor zelfverwaarlozing en algemeen gevaar voor de veiligheid van personen of goederen.¹ Met dit criterium dreigt al een zeer sterke uitbreiding van de groep mensen die ermee te maken kunnen krijgen, naar bijvoorbeeld mensen die zich excentriek gedragen in de

openbare ruimte. Deze kunnen immers met geweld te maken krijgen van mensen die zich aan hun excentrieke gedrag storen. Het is echter de omgekeerde wereld om juist de mensen die last hebben van geweldsdreiging aan te pakken. Het lijkt er wel heel sterk op dat beheersbaarheid van de samenleving de doorslaggevende factor aan het worden is in het justitiële beleid. Dit is ook al te zien aan hoe er met daklozen wordt omgegaan: wat overlast betreft wordt er een steeds stringenter beleid gevoerd. De daklozen worden eigenlijk niet meer in het straatbeeld getolereerd. Niettemin vormt deze groep een duidelijk symptoom van de moderne samenleving, waarin een groeiende groep mensen niet meer in staat is om het hoofd boven water te houden. Het lijkt er echter sterk op dat de samenleving van deze feiten wil wegkijken zonder ook maar een kritische blik op zichzelf te willen werpen. Het is ook typerend voor deze tijd dat de oplossing gezocht wordt in dwang in plaats van goede opvang en begeleiding. Daarbij past ook de criminalisering van mensen met psychische problemen. Het is de vraag hoe het gevaarscriterium gaat uitwerken bij toepassing op het gevaar voor bijvoorbeeld goederen. Slaat dit op gevaar voor brandstichting? Slaat dit op veelplegers op het gebied van winkeldiefstal? Of kan dit slaan op politieke activisten die tot de categorie veelplegers worden gerekend? Daar is allemaal geen duidelijkheid over. Wel duidelijk is dat de tolerantie van de samenleving sterk is afgenomen en dat dwang in steeds meer gevallen een optie lijkt te gaan worden. Het gevaarscriterium is echter niet beperkt tot de bovenstaande gevallen. In de Memorie van Toelichting (MvT)² wordt gesteld dat het in Artikel 1 gaat om een “niet-limitatieve opsomming”, oftewel het gevaarscriterium is desgewenst nog naar hartenlust uit te breiden. Dit zet de deur wagenwijd open voor een nog grootschaliger dwang dan zo op het eerste gezicht al mogelijk lijkt.

Dat dwangmedicatie veel makkelijker zal kunnen worden toegepast komt ook door de invoering van het zogenaamde aannemelijkheidscriterium: volgens dit criterium hoeft het alleen maar aannemelijk te zijn “dat zonder die behandeling het gevaar dat de stoornis van de geestvermogens de verpleegde doet veroorzaken niet binnen een redelijke termijn kan worden weggenomen”. Dat lijkt toch een zeer rekbaar criterium.

Zwakke rechtspositie gedetineerde

Volgens de MvT zijn er allerlei zorgvuldigheidseisen en is bijvoorbeeld ‘proportionaliteit’ van belang bij de beslissing om al dan niet dwangbehandeling toe te passen. Ook mag het alleen als ultimum remedium (uiterste middel) worden toegepast, dat wil zeggen als andere methoden niet meer werken. Bij de totstandkoming van vrijwillige behandeling is de inbreng van de gedetineerde echter met de nieuwe wetgeving ook minder geworden: Deze

behandeling ontstaat niet meer “zoveel mogelijk in overleg met hem”, maar “na overleg met hem”. Het is daarna dus slikken of stikken voor de gedetineerde: Bij afwijzen van behandeling op voorwaarden van de behandelaar volgt dwangbehandeling en dat betekent in de meeste gevallen zoals gezegd dwangmedicatie. Dat dit dan in de wet een “ultimum remedium” heet legt weinig gewicht in de schaal. De rechtspositie van de gedetineerde komt zwaar onder druk te staan, nog sterker dan die van ‘reguliere patiënten’ in de GGZ: In tegenstelling met de daar geldende wet BOPZ en haar beoogde vervanger – de wet verplichte GGZ – hoeft voor dwangbehandeling inclusief dwangmedicatie geen rechter ingeschakeld te worden. De directeur van de instelling (tbs-inrichting, gevangenis, jji) besluit hierover, waarbij een verklaring van twee psychiaters (een behandelende en een niet-behandelende) moet worden overlegd waaruit blijkt dat de gedetineerde “gestoord in zijn geestvermogens” is en aannemelijk is dat dit zonder dwangbehandeling niet binnen “een redelijke termijn kan worden weggenomen”. Het ontbreken van de rechterlijke toets kan worden gezien als een aanmerkelijke verslechtering van de rechtspositie van de gedetineerde. Dat de directeur van de instelling beslist houdt een gevaar in van positieve beslissing tot dwangbehandeling op oneigenlijke gronden. Het kan maar al te gemakkelijk worden om dwangmedicatie te geven uit beheersbaarheidsoverwegingen. Dit zal alleen maar aantrekkelijker worden wanneer er sprake is van personele onderbezetting op de penitentiaire afdelingen. Om zulke situaties te voorkomen is het invoeren van een rechterlijke toets wel het minste wat je kunt doen om toepassing van dwangmedicatie zoveel mogelijk te beperken (los van de meer principiële vraag of dit niet altijd een ontoelaatbare inbreuk vormt op de lichamelijke integriteit). Dat gemakkelijk in automatismen vervallen kan worden blijkt ironisch genoeg uit de manier waarop de MvT de praktijk nota bene *onder het nog beperkte gevaarscriterium* beschrijft: “Wanneer bijvoorbeeld een tbs gestelde na enkele incidenten medicatie onder dwang krijgt toegediend en daardoor minder agressief gedrag laat zien, wordt voortzetting van de medicatie onder dwang geaccepteerd om zo nieuwe incidenten te voorkomen.”

Meer stoornissen

De sterke uitbreiding van dwang die dreigt volgt ook uit de enorme toename van stoornissen en psychische problematiek die ermee te maken kunnen krijgen. De MvT zegt over het bereik van het wetsvoorstel: “Het tegengaan van psychotische stoornissen is een belangrijk oogmerk van het onderhavige wetsvoorstel. Niettemin is het wetsvoorstel niet daartoe beperkt. (...) Ook behandeling van andere psychiatrische aandoeningen (die immers vaak in combinatie met psychotische stoornissen voorkomen), valt onder het bereik van dit wetsvoorstel.”

Genoemd worden: persoonlijkheidsstoornissen (antisociale, borderline en narcistische stoornissen), psychotische stoornissen, verslavingsproblemen, verstandelijke handicap en autisme spectrum stoornissen. Bij de jeugdigen worden naast psychotische stoornissen genoemd pdd-nos, syndroom van Asperger, ADHD, verstandelijke handicaps, gedragsstoornissen en verslaving. De toelichting zegt er over: “Waar met pedagogische maatregelen onvoldoende kan worden bereikt, kan een (gedwongen) medicamenteuze interventie soms een doorbraak betekenen in het ziekteproces.” Het is uiteraard de vraag of in al deze gevallen een causaal verband tussen de ‘stoornissen’ en het gevaar kan worden aangetoond. Er is bovendien veel kritiek mogelijk op de diagnoses, die volgen uit de categoriale indeling van de DSM IV – het handboek waarin alle psychiatrische stoornissen worden vermeld. Een dimensionale benadering waarbij ‘gestoord gedrag’ slechts in kwantitatief opzicht – en niet in kwalitatief opzicht van ‘normaal gedrag’ verschilt doet meer recht aan de werkelijkheid: Wie om zich heen kijkt ziet overal in de maatschappij mensen met karaktertrekken die behoren tot de categorie persoonlijkheidsstoornissen. Men ziet ‘narcisten’, mensen die de neiging hebben zich terug te trekken, wantrouwige mensen (paranoia) en ‘asociale’. Meestal zijn deze trekken kennelijk ‘subklinisch’, want de meesten functioneren redelijk normaal. Het is de vraag waarom deze karaktertrekken bij sommigen ontsporen en bij anderen niet. Daarbij kan weliswaar een aangeboren kwetsbaarheid een rol spelen, maar er zou veel meer oog voor de omgevingsfactoren en maatschappelijke omstandigheden moeten zijn.

Volgens sommigen (waaronder psychiaters) ‘bestaan’ de stoornissen uit de DSM IV niet eens en is het alleen zinvol om naar symptomen te kijken en die te behandelen. Er is zeker veel voor te zeggen om ADHD, pdd-nos en het syndroom van Asperger niet als een psychiatrische stoornis te zien, maar als atypisch gedrag of een atypische manier van denken en informatie verwerken.

De psychiater M.R.A. Santana³ noemt autisme spectrum stoornissen (ASS) en ADHD neurobiologische stoornissen. Bij ADHD zou de prefrontale cortex niet goed functioneren door niet goed werken van het dopamine/noradrenaline systeem. Niettemin geeft ook hij aan dat mensen met ADHD dit lang niet altijd als een handicap ervaren, het kan zelfs voordelen hebben in stressvolle situaties. Hij haalt zelfs ADHD expert Hartmann aan, die veronderstelt dat ADHD ooit in een samenleving van jagers-verzamelaars een evolutionair voordeel was. Dit lijkt onder andere samen te hangen met het hebben van een specifieke vorm van het DRD4 gen, wat tot meer exploratief gedrag leidt.⁴ In de ingewikkelder samenleving van nu met alle eisen die aan kinderen op school en dergelijke worden gesteld is het voordeel echter

veranderd in een nadeel. Helaas vindt Santana desondanks dat medicatie een belangrijke rol dient in te nemen bij de behandeling van ADHD; hij doelt hierbij op stimulantia zoals methylphenidaat (Ritalin, Concerta) en dexamfetamine, en antidepressiva (Strattera, SNRI's en tricyclische antidepressiva).

Psychologe Laura Batstra hekelt juist de huidige focus binnen de psychiatrie op genetische aanleg en neurotransmitters. Over hyperactieve kinderen zegt ze: "Niet al deze problemen horen thuis in de psychiatrie. De psychiatrie gaat uit van het medisch model: de oorzaak van het probleem wordt gezocht in de aard van het kind en zo wordt het behandeld. Er zijn echter, naast de aanleg van het kind, tal van factoren: ouders, leerkrachten, vriendjes, de buurt, cultuur en maatschappij. Veel ouders en kinderen zijn al een stuk geholpen met meer begrip en tolerantie vanuit hun omgeving."⁵

ASS wordt neurobiologisch van aard genoemd, maar de toestand die voor 90% mensen met een normale tot hoge intelligentie betreft, is zeker niet van dien aard dat de term 'psychiatrische stoornis' gerechtvaardigd is. De oorzaken en de uitingsvormen van autisme zijn zo sterk divers van aard dat eenduidige relaties daartussen op dit moment niet mogelijk zijn (en waarschijnlijk zijn de relaties zo complex dat dit nooit het geval zal zijn).

Ondanks de gebrekkige en vaak tegenstrijdige kennis over autisme meent Santana dat behandeling ervan "op experimentele basis" ethisch verantwoord is. Gebruikt worden daarbij volgens hem vooral "moderne antidepressiva en antipsychotica", al dan niet in combinatie met stimulantia. Dat dergelijke middelen tal van ernstige bijwerkingen kunnen hebben is tegenwoordig algemeen bekend. De psychiater vindt desondanks "dat met name neurobiologische interventies (lees: psychofarmaca) een belangrijke plaats dienen in te nemen bij de behandeling ervan." Over de toepassing van dwangmedicatie bij gedetineerden met ASS of ADHD schrijft hij: "Mijns inziens biedt de huidige wetgeving te weinig mogelijkheden om tijdens en na detentie en tbs werkzame medicatie onder dwang toe te dienen en is verandering van wetgeving in deze noodzakelijk."

Bovengenoemde voorbeelden duiden op de sterke focus van de psychiatrie op neurobiologie en erfelijkheid voor wat betreft het begrijpen en behandelen van psychische stoornissen. Daarmee komt ook de nadruk op medicatie te leggen en raken meer psychologische en sociologische benaderingen op de achtergrond. Er is daardoor te weinig oog voor de omstandigheden en hoe die psychiatrische stoornissen kunnen veroorzaken, onderhouden of verergeren. Die omstandigheden zijn in detentie verre van optimaal. Dit wordt in de MvT ook erkend wanneer wordt gesteld: "Het verblijf in detentie is belastend voor een psychiatrische patiënt " en: "De bewegingsvrijheid is aanzienlijk beperkter, er zijn veel harde geluiden,

uniformen en camera's. Er is beperkt gelegenheid tot roken en luchten. Hoewel zo goed mogelijk zorg wordt geboden, brengt de detentiesituatie specifieke beperkingen met zich mee die extra belastend kunnen zijn voor psychiatrische patiënten." De vraag is echter wat er met deze kennis wordt gedaan.

Pandora

De kritiek hierboven vertoont grote overeenkomsten met de kritiek van Stichting Pandora – de stichting die opkomt voor de rechten van psychiatrische patiënten – op vergelijkbare ontwikkelingen binnen de GGZ via de wet verplichte GGZ. De stichting vreest een sterke uitbreiding van het aantal stoornissen dat in aanmerking zal komen voor dwangbehandeling, waar dit voorheen alleen om psychotische stoornissen waaronder schizofrenie ging. Ze bekritiseert de uitbreiding van het schadecriterium (vergelijkbaar met het gevaarscriterium in de Beginselenwetten), waardoor ook psychische, materiële of financiële schade, verstoorde ontwikkeling en maatschappelijke teloorgang eronder komen te vallen: "De open definitie van het criterium 'schade' zet de deur open naar uitbreiding van dwang. (...) Duidelijke criteria en afbakeningen ontbreken, de bewijslast van de causaliteit is complex en aanvechtbaar. Waar is de grens?!"⁶ De stichting laakt ook de houding van de beroepsorganisaties in de psychiatrie voor wat betreft de rechtspositie van patiënten: "Shockerend vindt Stichting Pandora de opstelling van beroepsorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg, KNMG, NVvP, NVVA en GGZ Nederland die kritiek uitoefenen op de 'tweetrapsraket' (de commissie adviseert, de rechter beslist) bij de besluitvorming over dwang. Hun pleidooi dat 'de rechter slechts marginaal zou mogen toetsen' wijst Stichting Pandora af."⁷

Adviezen genegeerd

Zoals gebruikelijk bij wetsvoorstellen en -wijzigingen is voorafgaand aan de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer de Raad van State (RvS) om advies gevraagd. De Raad gaf een negatief advies over het uitbreiden van het gevaarscriterium en het invoeren van het aannemelijkheids criterium en pleit voor invoering van een rechterlijke toets voorafgaand aan dwangbehandeling, zoals ook in de wet BOPZ en de wet verplichte GGZ is opgenomen: "Naar het oordeel van de Raad ziet de zorgplicht van de Minister van Justitie tot nu toe op noodzakelijke medische zorg aan gedetineerden en, in het geval van het gedogen van een behandeling, op de afwending van acuut levensgevaar of zelfverminking. Dwangbehandeling die anderszins plaatsvindt, is tot nu toe niet begrepen onder deze zorgplicht. Ook al zou de zorgplicht zo ver strekken dat de nu voorgestelde dwangbehandeling op die grond kan worden

gebaseerd, dan neemt dat nog de noodzaak van voorafgaande rechterlijke toetsing niet weg.”⁸ Opmerkelijk genoeg werd deze kritiek van de RvS door toenmalig minister Hirsch Ballin in de wind is geslagen.

Op één punt volgt de minister echter wèl de aanbevelingen van de Raad, namelijk door het ultimatum remedium beginsel op te nemen. In de oorspronkelijke wijziging van de Beginselenwetten is *niet* opgenomen dat de dwangbehandeling alleen als ultimatum remedium mag worden toegepast. Dit kan naar mijn mening alleen maar een bewuste keuze van de minister zijn geweest, aangezien in de wetsvoorstellen voor de wet verplichte GGZ het ultimatum remedium wèl is opgenomen. Het is schokkend om te moeten constateren dat bij voormalig minister Hirsch Ballin de rechten van de gedetineerde zo’n ondergeschikte rol spelen als hieruit naar voren komt.

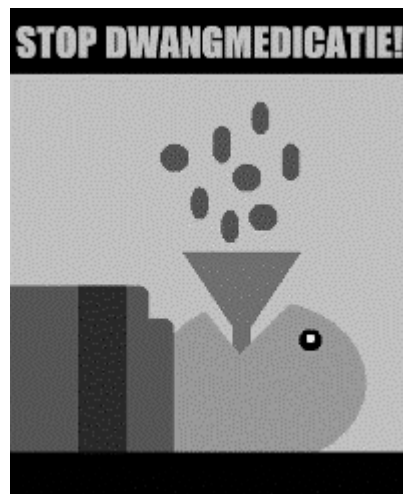
In het veranderde voorstel is het ultimatum remedium beginsel zoals gezegd dus wèl opgenomen. Het komt hier echter in een heel ander licht te staan doordat het is gekoppeld aan het uitgebreide gevaarscriterium en het aannemelijkheidsbeginsel. Het begrip ultimatum remedium heeft in de nieuwe situatie niets meer met toepassing van dwang in noodgevallen te maken.

Tweede Kamer

De wetswijzigingen worden op dit moment behandeld in de Tweede Kamer. Voorafgaand aan plenaire behandeling heeft de Vaste Commissie voor Veiligheid en Justitie zich er over gebogen.⁹ De VVD fractie heeft geen kritiek op het wetsvoorstel en steunt de insteek om geen rechterlijke toetsing vooraf in de wet op te nemen. Het CDA meent dat de adviezen van de RvS en andere organisaties zorgvuldig en evenwichtig zijn verwerkt in het aangepaste wetsvoorstel en memorie van toelichting. Ze noemen het wetsvoorstel proportioneel, subsidiair en doelmatig en in overeenstemming met het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens (EVRM) en de Grondwet. De inbreng van de PVV is vrijwel nihil en zonder enige kritische noot. Dit is eigenlijk niet verbazingwekkend, want de partij wil de tbs sowieso afschaffen en vertrouwd voor wat betreft gedetineerden op de heilzame werking van heropvoedingskampen en versobering van de gevangenen (zie verkiezingsprogramma). Treurig genoeg hebben GroenLinks, D66 en de Partij voor de Dieren volgens het verslag geen enkele inbreng gehad bij de behandeling van het wetsvoorstel in de commissie. De meeste kritiek komt van de SP en de PvdA en in mindere mate van de CU. De SP vraagt zich af wat het in dit verband betekent dat de longstay afdelingen (tbs) en contracten tussen justitie en de GGZ/tbs-instellingen worden versoberd. Ook vraagt de partij zich af of er geen gevaar dreigt

voor toepassing van dwangmedicatie vanwege personeelstekorten en tijdsgebrek. De SP constateert verder – mijns inziens onterecht – “dat respect voor de autonomie van de in de justitiële inrichtingen opgenomen patiënt het uitgangspunt is en blijft” en dat dwangbehandeling slechts als uiterste middel kan worden ingezet. De SP heeft twijfels bij de afwezigheid van de rechterlijke toets vooraf en vraagt zich daarom af of het wetsvoorstel voldoet aan de eisen van het Europees Verdrag van de Rechten van de Mens (EVRM). Ze refereren verder aan een opmerking van de Nederlandse Orde van Advocaten die zich afvraagt in hoeverre “de sterk teruggebrachte hulp en andere voorzieningen in de penitentiaire inrichtingen bijdragen aan het verergeren van de symptomen.” De CU vraagt zich af of het aannemelijkheids criterium niet veel moeilijker objectiveerbaar is dan het oorspronkelijke gevaars criterium en vraagt zich af wat de ervaringen op dat gebied zijn bij dwangbehandeling in de GGZ (veranderde wet BOPZ). Verder vragen ze zich af waarom er verschil wordt gemaakt tussen GGZ-patiënten enerzijds, waarbij een rechterlijke toets vooraf noodzakelijk is, en tbs-ers en (jeugd)delinquenten anderzijds. De PvdA vraagt zich af hoe vaak dwangbehandeling naar verwachting zal worden ingezet. Verder hebben ze vragen over dwangmedicatie bij jeugdigen, waarbij ze zich afvragen of er voldoende advies is ingewonnen. Voor wat betreft dwangbehandeling binnen de gevangenis of justitiële jeugdinrichting achten ze de directeur van die instelling niet de aangewezen persoon om te beslissen. De commissieleden zijn bang voor een beslissing op oneigenlijke gronden en vragen zich af: “Zou een directeur van een penitentiaire inrichting en jji zich, bij zijn afwegingen of overgegaan moet worden tot gedwongen behandeling, kunnen laten leiden door andere belangen?” Ze denken daarbij aan “belangen die een bedrijfsmatige insteek hebben zoals te weinig personeel of te volle cellen op de behandelafdeling.” Al met al is er alleen bij SP en PvdA, en in mindere mate bij de CU, sprake van substantiële kritiek op de voorstellen. De regeringsfracties en de PVV hebben geen enkele kritiek en het ziet er dus vooralsnog naar uit dat dit voorstel ongeschonden door de Tweede Kamer gaat komen. Dat betekent dat vele duizenden mensen mogelijk in de komende jaren de onzalige gevolgen van dwangmedicatie zullen gaan ondervinden. Welke groepen mensen dat zullen zijn staat nog te bezien, maar uit de MvT blijkt dat het naast mensen met een psychose, mensen met een persoonlijkheidsstoornis, autisme, ADHD, geestelijke handicap en een verslaving kunnen zijn. Hierover zijn zeer onterecht door géén van de fracties kritische vragen gesteld. Ook zijn er geen vragen gesteld over de veronderstelde causale verbanden tussen de psychiatrische stoornissen en het gevaars criterium. De nadere invulling van een aantal van de voorgestelde wijzigingen zal bovendien worden beschreven in een Algemene Maatregel van Bestuur, een

maatregel die door de regering kan worden opgesteld zonder democratische controle van Eerste en Tweede Kamer. Het gaat daarbij onder andere om “categorieën van behandelingsmiddelen of -maatregelen (..) die niet mogen worden toegepast” en “regels (..) met betrekking tot de wijze waarop tot toepassing daarvan moet worden besloten”.¹ Deze zaken zijn echter cruciaal voor de mensen die ermee te maken kunnen gaan krijgen – de gedetineerden. Het is daarom onverteerbaar dat deze plannen zo kritiekloos door de Tweede Kamer lijken te gaan komen.



Verwijzingen in de tekst:

1. Wijzigingen beginselenwetten, document 32337 nr.2
2. Memorie van toelichting bij wijzigingen van beginselenwetten, document 32337 nr. 3
3. Als straffen en trainen niet helpt. Over de aanpak van AD(H)D en autismespectrumstoornissen (ASS) in relatie tot strafrechtelijke sancties. M.R.A. Santana, Ontmoetingen nr. 14, 2008, Voordrachtenreeks van het Lutje Psychiatrisch-Juridisch Gezelschap
4. Dopamine D4 receptor (D4DR) exon III polymorphism associated with the human personality trait of novelty seeking, R.P. Ebstein et al., Nature Genetics 12, 78–80, 1996
5. ADHD is geen ziekte, Joop Bouma, Trouw (de Verdieping), 14 april 2010
6. Open begrippen in Wet Verplichte GGZ kunnen leiden tot misdiagnose en meer dwang, Stichting Pandora
7. Wet Verplichte GGZ: Kanttekeningen Stichting Pandora bij taken en bevoegdheden commissie, Stichting Pandora
8. Advies Raad van State en nader rapport, document 32337 nr.4
9. Verslag van de Vaste Commissie voor Veiligheid en Justitie, 3 november 2010, document 32337 nr. 5