

Wie wordt er beschermd door het wetsvoorstel BOPZ?

door J.A. Jenner

Inleiding

Het wetsvoorstel BOPZ, verder te noemen WBOPZ, is geboren uit ongenoegen over de uit de vorige eeuw daterende krankzinnigenwet. Vanaf het begin der jaren zeventig wordt eraan gesleuteld. Het draagt dan ook de kenmerken van deze periode. Staat in de KZ-wet het 'bestwil'-principe centraal, in de WBOPZ wordt veel meer getracht de rechtszekerheid te garanderen van de onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënt. De vraag moet echter worden gesteld of dit streven ook gerealiseerd zal/kan worden met de constructie van de WBOPZ. Om meerdere redenen lijkt het antwoord hierop negatief te moeten zijn.

Het 'bestwil'-principe beoogt de zorg voor de geestesgestoorde en heeft als centrale kern het begrip krankzinnigheid. Een begrip dat zo moeilijk bleek te definiëren dat de respectieve pogingen daartoe geen blijvend leven beschoren is geweest in de tekst van de wet (vgl. De Bruyn, 1973). Het dilemma dat in wezen juridisch-maatschappelijk is, werd verschoven en medisch gemaakt. Het dilemma verdween daarvoor echter niet, de vragen bleven bestaan. Moest krankzinnigheid beperkt blijven tot de psychosen, welke suïcidepogingen vielen eronder en welke niet? Moest de intentie van het gedrag in de afweging worden betrokken waardoor bijvoorbeeld gewelddaden niet en de crime passionnel wel een uiting van krankzinnigheid konden worden? En was hetzelfde gewelddadig gedrag *zonder* affectieve verwaarlozing in de jeugd nu meer, minder of even(min) krankzinnig als geweld *met* zo'n voorgeschiedenis?

Het spreekt voor zich dat een zekere subjectiviteit in de vaststelling van de krankzinnigheid onontkoombaar is. Hierbij spelen de persoonlijkheid, de normen en waarden en de eigen ervaringen van de beoordeelaar een onmiskenbare rol. De medicus deze subjectiviteit verwijten is

Schrijver is psychiater, verbonden aan de Stichting RIAGG Dordrecht, M. H. Trompweg 225^c, 3317 BS Dordrecht.

echter, gezien het eerder geschetste dilemma waarvoor de maatschappij hem stelt, onrechtvaardig.

De angst voor willekeur in de beoordeling van krankzinnigheid is zeker te begrijpen. Het pogen om mogelijke willekeur weg te nemen uit de procedure die burgerrechten en daarmee het recht op verweer ontnemt aan de beoordeelde, is dan ook toe te juichen. Hiertoe is in de WBOPZ het gevaarsprincipe tot centrale kern gemaakt. Het gevaar van willekeur is hierdoor echter slechts ogenschijnlijk verminderd. Nog steeds moet er sprake zijn van een stoornis der geestesvermogens. Het zou naïef zijn te veronderstellen dat de mogelijke subjectiviteit in deze beoordeling verdwijnt door een naamsverandering van de betreffende wet.

Geconstateerd moet worden dat door de WBOPZ de subjectiviteit in de beoordeling niet is verminderd. Integendeel, er is een tweede subjectief criterium aan toegevoegd: het gevaarscriterium. De subjectieve medische beoordeling is in serie geschakeld met een al even subjectieve juridische beoordeling. Wat maakt het gevaarsprincipe dan zo weinig betrouwbaar? Dit berust op:

1. problemen in de definitie;
2. methodologische tekortkomingen en
3. onvoldoende eenduidige gegevens over de correlatie tussen krankzinnigheid en geweld.

De definitie van gevaar

Wanneer is er sprake van gevaar en op welke manier kan dit worden gemeten? In sommige omschrijvingen wordt de mate waarin gedrag als gevaarlijk wordt beoordeeld, gekoppeld aan het al dan niet aanwezig zijn van krankzinnigheid. Of en zo ja in welke mate een situatie als gevaarlijk wordt beleefd, is echter in sterke mate medeafhankelijk van de persoonlijkheid en het verwachtingspatroon van degene die zich bedreigd voelt. De kans op gevaar wordt medebepaald door diens reacties. Over de definitie van gevaar bestaat duidelijk geen consensus.

Wat moet worden aangemerkt als gevaarlijk? Beperken we ons tot geweld gericht tegen personen of volstaat zelfs de smeulende blik van de krankzinnige? Moet gedrag als gevaarlijk beoordeeld worden omdat een lid van de familie van opwinding hierover hoge bloeddruk krijgt of, erger nog, wanneer een hartinfarct niet uitgesloten geacht mag worden? Moeten hierbij objectiveerbare gedragscriteria worden gebruikt of stellen we deze criteria afhankelijk van de beleving ervan door derden? Moeten we ons misschien niet beperken tot gedrag als graadmeter van gevaar maar hiertoe ook gevoelens en gedachten rekenen?

De Smit (1977) spreekt van de waarschijnlijkheid dat schade wordt berokkend. Elders (1977) beperkt zich, evenals de Memorie van Toelichting (1971) en die van Antwoord (1976), tot een ernstig gevaar voor het leven. Op grond van een uitgebreid literatuuronderzoek stellen

Cocozza & Steadman (1976) dat de interpretatie varieert van: zware geweldsmisdrijven gepleegd door ongeacht wie tot minieme vergripen begaan door psychisch gestoorden. Zij adviseren tot het maken van onderscheid tussen gevaar en geweld dat openlijke geweldpleging tegen personen betreft.

Het zal duidelijk zijn geworden dat een uniforme definitie van gevaar niet voorhanden is. Dat hiermede de rechtszekerheid van de patiënt niet direct gebaat is, spreekt voor zichzelf. De wetenschap dat het gedrag van een psychiatrische patiënt als gevaarlijker wordt beoordeeld dan hetzelfde gedrag van niet-patiënten onderstreept nog eens extra dat een zo slecht gedefinieerd gevaarscriterium de rechtszekerheid van de psychiatrische patiënt eerder bedreigt dan vergroot.

Methodologische tekortkomingen

De WBOPZ beperkt zich, evenals de KZ-wet, niet tot het vaststellen van gevaar, maar is gebaseerd op de voorspelling ervan. Zo'n voorspelling veronderstelt het bestaan van bepaalde objectiveerbare (vermoede?) gedragingen, wat impliceert dat er overeenstemming zou bestaan over:

1. voorspellende factoren en/of gedragingen waarvan wordt aangenomen dat ze relevant zijn voor het voorspelde gedrag, en
2. criteria voor of de classificatie van de gedragingen die worden voorspeld.

Om bruikbaar te zijn, moeten de genoemde factoren (1) en criteria (2) duidelijk omschrijfbaar, betrouwbaar en selectief zijn. Ze mogen niet meervoudig geïnterpreteerd kunnen worden. In het kader van de wet moet bovendien een duidelijke relatie met krankzinnigheid aantoonbaar zijn. Om te beoordelen in hoeverre aan bovengenoemde eisen voldaan kan worden (d.w.z. of de rechtszekerheid van de patiënt voldoende wordt gewaarborgd), moeten we enkele methodologische begrippen bespreken:

Base Rate Expectancy (BRE). De BRE is een maat voor het aantal mensen in de gemeenschap dat 'spontaan' een bepaald gedrag vertoont. Hoe lager de BRE des te moeilijker is het vinden van betrouwbare en voldoende selectieve criteria. Agressief gedrag in de betekenis van gevaarlijk en meer nog in de betekenis van gewelddadig, komt in onze maatschappij relatief weinig voor; recidief ervan nog minder. Hetzelfde geldt voor het voorkomen van krankzinnigheid. De BRE van gevaar ten gevolge van krankzinnigheid kan logischerwijs slechts zeer gering zijn. De consequenties hiervan voor het vaststellen (of beter: het niet kunnen vaststellen) van (1) en (2) zullen een ieder duidelijk zijn.

Vals Positieven en Vals Negatieven. De voorspelling of een persoon gevaarlijk wordt, kan op twee manieren onjuist zijn. Een vals positieve voorspelling betekent dat geen gevaarlijk gedrag wordt vertoond hoewel dit wel was voorspeld. Zowel vals positieve voorspellingen – op

directe wijze – als vals negatieve – op een indirecte wijze –, dragen bij tot een toename van het aantal *onterechte* onvrijwillige opnamen; onterecht gezien vanuit het 'gevaarsprincipe'.

Het meest duidelijk is dit voor de vals positieven. De patiënt wordt opgenomen en is daardoor niet meer in staat de onjuistheid van de voorspelling aan te tonen. Reageert hij agressief op de onterechte onvrijwillige opname, dan wordt daardoor juist de rechtmatigheid ervan 'bewezen'. Gedraagt hij zich aangepast en rustig om snel ontslagen te worden, dan zal dit worden geïnterpreteerd als het resultaat van de opname/behandeling, waardoor eveneens de rechtmatigheid van de opname is 'bewezen'. Hierdoor blijft de voorspeller verstoken van de feed-back die nodig is om correcties mogelijk te maken. Zelfs een toegevoegde advocaat zal dit hoogstens gedeeltelijk kunnen herstellen.

Een vals negatieve voorspelling heeft als direct gevolg dat een patiënt niet wordt opgenomen. In tegenstelling tot een vals positieve voorspelling bewijst een vals negatieve zichzelf per definitie. De voorspeller krijgt zodoende wel informatie over de keren dat hij het gevaar te licht heeft ingeschat. Te zamen met andere onaangename consequenties leidt dit tot voorzichtiger voorspellingen dan nodig, waardoor het aantal vals positieven kan toenemen. In de praktijk blijkt het aantal vals positieven, dat wil zeggen mensen die op verkeerde gronden onvrijwillig zijn opgenomen, schrikbarend hoog: Kozol e.a. (1972), Wenk e.a. (1972) vonden acht vals positieve voorspellingen op één juiste.

Geweld en gestoorde geestesvermogens

Conclusies hierover kunnen slechts tentatief zijn en mogen niet dan met grote terughoudendheid worden getrokken. Gegevens komen voornamelijk uit kwantitatieve onderzoeken van processen-verbaal, waarbij (ex-)psychiatrische patiënten met een onvrijwillige opname in de voorgeschiedenis werden vergeleken met landelijke gemiddelden van burgers zonder psychiatrische opname in de anamnese. Deze schattingen zijn onder andere onvoldoende doordat (ex-)psychiatrische patiënten, uit bestwiloverwegingen, minder snel worden geverticaliseerd. Het beeld wordt tevens vertekend doordat alleen onvrijwillig opgenomen, weer ontslagen patiënten zijn onderzocht, terwijl de controlegroep onvoldoende is 'geschoond' van psychiatrische patiënten die niet zijn opgenomen. Tenslotte zij erop gewezen dat hulpverleners hun voorspellingen van gevaar statistisch significant meer blijken te baseren op het ten laste gelegde (maar veelal nauwelijks onderzochte en zeker niet bewezen!) geweld en minder op de psychiatrische diagnose en de sociale en demografische factoren (vgl. Coccozza & Steadman, 1976). Met enig voorbehoud kan worden gesteld dat (ex-)psychiatrische patiënten als groep niet gevaarlijker zijn dan de doorsnee-burger (vgl. Pollock, 1938; Coccozza & Steadman, 1976 en Rabkin, 1974). Wel

worden met name mannelijke patiënten vaker gearresteerd wegens bepaalde gewelddadige handelingen zoals: homicide en aanranding (vgl. Giovanni & Gurel, 1967) en diefstal (Rappeport & Lassen, 1965; Giovanni & Gurel, 1967). Handelingen waarvoor velen reeds vóórdat ze werden opgenomen eerder waren veroordeeld. In hoeverre dit gewelddadig gedrag als psychiatrische stoornis is bestempeld vanwege het gevaarsaspect (vgl. Cocozza & Steadman, 1976) dan wel vanwege een duidelijk aanwijsbare relatie met psychopathologische symptomen, blijft onduidelijk. De veronderstelde relatie moet op basis van de discrepantie tussen die op de geneeskundige verklaring ingevulde gegevens en de in de vakliteratuur beschreven relevante factoren vooralsnog discutabel worden geacht (vgl. Weinstein, 1964; Steadman, 1973 en Cocozza & Steadman, 1976).

Op grond van de beschreven methodologische tekortkomingen die kleven aan het gevaarsprincipe heb ik elders (1984) de BOPZ beschreven als: goede bedoelingen gebaseerd op een structurele fout, waarin wordt geconcludeerd dat de invoering ervan met de huidige kennis de rechtszekerheid van de patiënt niet vergroot. Men kan zich zelfs afvragen of de rechtszekerheid niet zal verminderen, doordat het duidelijk subjectieve gevaarscriterium in serie wordt geschakeld met het eveneens subjectieve criterium der gestoorde geestesvermogens. De WBOPZ confronteert de betrokkene daardoor tweemaal met een zeef die, gezien de ervaringen met de KZ-wet, ongeschikt werd geacht.

De rechtszekerheid van de familieleden

De rechtszekerheid van de familieleden vereist dat er voldoende garanties zijn dat hun verzoek tot opname serieus wordt behandeld. De WBOPZ biedt hiervoor niet meer garanties dan de oude KZ-wet. De familie moet zelf op pad om een psychiater bereid te vinden tot het verrichten van een psychiatrische expertise. De wet verplicht noch de rechtbank tot het aanwijzen van een psychiater, noch de psychiater tot het doen van een beoordeling. Pas wanneer deze garantie is geboden en de mogelijkheid tot het verkrijgen van een second opinion voldoende is gewaarborgd, mag worden gesproken van rechtszekerheid voor de betrokken familieleden.

De rechtszekerheid van de behandelaar

De maatschappij heeft volgens Giel (1979) tegenstrijdige gedachten en gevoelens over de behandeling van de geestesgestoorde. Dit heeft geresulteerd in een paradoxale opdracht aan de hulpverleners. De WBOPZ voegt hieraan nog enkele dilemma's toe voor de intrumurale hulpverleners. Hun wordt opgedragen met de betrokken patiënt overeenstemming te bereiken over een behandelplan. Niet de zin van overleg met patiënten trek ik in twijfel, wel de pseudologica van artikel 38 lid 1 t/m

3. De wet veronderstelt hier dat de geestesvermogens van de patiënt toereikend zijn om zo'n gesprek te kunnen voeren als volwaardige gesprekspartner. Die patiënt werd echter opgenomen omdat diens geestesvermogens onvoldoende werden geacht om te beoordelen wat er met hem moest gebeuren. Zolang er sprake is van stoornis der geestesvermogens, moet zo'n gezamenlijk (?) opgesteld plan een goede basis missen. Zodra de stoornis is verdwenen, is een plan als beschreven in de WBOPZ niet meer nodig omdat het onvrijwillige aspect van de opname kan worden opgeheven. Omdat het behandelplan met de betrokkene zelf wordt opgesteld voor zover hij daartoe beschikt over voldoende geestesvermogens, kan dit slechts betrekking hebben op een vrijwillige behandeling. Tot dit moment is overeenstemming over het behandelplan met de familie vereist.

Indien over een behandelplan geen overeenstemming wordt bereikt, maar de patiënt ernstig gevaar loopt of gevaarlijk is voor anderen, mag de behandelaar overgaan tot gedwongen behandeling. Gedwongen behandeling op andere gronden is strafbaar. De behandelaar komt hiermee in een moeilijk parket. Hij is tuchtrechtelijk te straffen wanneer hij geen hulp/behandeling biedt aan patiënten, hij kan strafrechtelijk worden vervolgd wanneer hij handelt op verkeerde indicatie.

Zoals eerder werd uiteengezet, bestaat er geen uniform, objectieveerbaar en overdraagbaar gevaarscriterium. De indicatiestelling zal – vooralsnog – subjectief moeten zijn, waardoor een zekere mate van willekeur onvermijdelijk is. Niet ten onrechte wijst Cohen Stuart (1983) op de gevaren die kunnen ontstaan wanneer men *deze* willekeur plaatst onder het strafrecht. Temeer doordat de beoordeling door de rechter of er sprake was van een juiste indicatie, dat wil zeggen van een juiste gevaarsprognose, niet minder willekeurig kan zijn. Het afschuiven van de paradoxale opstelling van de maatschappij ten aanzien van de geestesgestoorde naar de psychiatrie en deze vervolgens daarvoor strafrechtelijk vervolgen, creëert rechtsonzekerheid voor de behandelaren. Dit kan gemakkelijk leiden tot formalisme en bureaucratie, verscholen achter een haag van vakjargon waarin juridische stijlbloempjes en psychiatrische diagnoses elkaar afwisselen, zo niet dreigen te overwoekeren.

De praktische haalbaarheid

Door juristen wordt de praktische uitvoerbaarheid van de WBOPZ in twijfel getrokken. Slechts na forse uitbreiding van de rechterlijke macht achten Krul-Steekete en Zeegers (1983) dit wetsvoorstel uitvoerbaar. Mocht de rechterlijke macht niet in staat zijn de bedoeling van de wettelijke voorschriften binnen de daarvoor gestelde termijnen te realiseren, dan zal dit onherroepelijk leiden tot vertraging dan wel zal de hand (moeten) worden gelicht met de voorgeschreven procedures. Verbetering van de rechtspositie van de patiënt valt hiervan niet te

verwachten. De rechtsbescherming die de WBOPZ gaat bieden, wordt zo afhankelijk gemaakt van financieel-economische factoren, wat onwenselijk is.

Samenvattend kan worden gesteld dat de beoordeling van de stoornis der geestesvermogens en de voorspelling van het gevaar zoals vereist door de WBOPZ weinig of geen goede rechtszekerheid bieden aan de betrokkene. Wel is de controle door de rechterlijke macht beter geregeld dan in de oude KZ-wet. Doordat de toetsingscriteria echter berusten op de onvolledigheid van de graadmeters van de voornoemde stoornis der geestesvermogens en van de voorspelling van het gevaar biedt deze controle onvolledige rechtszekerheid. De uitvoerende medici worden erdoor in een paradoxale situatie gebracht en er dreigt een tekort aan de benodigde juristen. Al met al geen florissant beeld.

Psychiaters zouden er goed aan doen om het irreële van de te hoog gespannen verwachtingen en de paradox in de hun gestelde opdracht aan de orde te stellen. Hulpverleners kunnen bepaalde psychische stoornissen diagnosticeren. Ze kunnen sommige intrapsychische fenomenen ervan verklaren en gedragssequenties die van belang zijn, onderkennen. Uitspraken over suicidaliteit hebben een redelijke mate van betrouwbaarheid. Prognosen over gevaar voor anderen zijn hooguit accuraat in één derde van de gevallen. De maatschappij zal zich moeten gaan realiseren dat voorspellingen van hulpverleners slechts relatieve waarde hebben. Sommige factoren leveren prognostisch meer gevaar op dan andere. Dit zijn echter epidemiologische conclusies; ze geven informatie over groepen, niet over één individu. Psychiaters zullen de verleiding moeten weerstaan om te pretentieuze conclusies te trekken over de mate waarin een bepaald individu gevaarlijk is. Met het advies van Monahan (1984) wil ik besluiten. Hij stelt: 'We should decline to lounder for the legal system the social and demographic factors that anticipate future crime and decline to let judges fob off on us the moral balancing of competing claims for the offender's freedom and the predicted victims' safety'.

Literatuur

- Bruyn, de, (1983), *Krankzinnigenwet*, 14e druk. Tjeenk-Willink-Zwolle.
- Cocozza & Steadman (1976), The failure of psychiatric predictions of dangerousness: a clear and convincing evidence. *Rutgers Law Review*, 29: 1048-1101.
- Cohen Stuart (1983), Psychiatrische hulp in juridisch dwangjak. *Nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde*, 127, 52: 2384-2385.
- Elders (1977), Dwangbehandeling, juridisch beschouwd. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 32, 3: 137-143.
- Giel (1979), De keerzijde van het therapeutische klimaat. Paradoxen in de inrichtingspsychiatrie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 34, 10: 604-616.

- Giovanni & Gurel (1967), Disruptive behavior of ex-mental patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 17: 146-150.
- Jenner (1984), Het Wetsvoorstel Bijzondere Opnemings Psychiatrische ziekenhuizen: goede bedoelingen gebaseerd op een structurele fout. *Medisch Contact*, 39, 16: 506-508.
- Kozol, Boucher & Garofalo (1972), The diagnosis and treatment of dangerousness. *Crime and delinquency*, 18, 4: 371-392.
- Krul-Steketee & Zeegers (1983), De vele fouten in de wet op de gedwongen psychiatrische opname. *Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde*, 127, 52: 2385-2386.
- Memorie van Toelichting op de Wet BOPZ. *Tweede Kamer der Staten-Generaal*, zitting 1970-71, II. 270 nr. 3.
- Memorie van Antwoord op de Wet BOPZ. *Tweede Kamer der Staten-Generaal*, zitting 1976-77, II. 270 nr. 7.
- Monahan (1984), The prediction of Violent Behavior: Toward a second generation of theory and policy. *Amer. J. Psychiatry*, 141, 1: 10-15.
- Pollock (1938), Is the paroled patient a menace to the community? *Psychiatric Quarterly*, 12: 236.
- Rappeport & Lassen (1965), Dangerousness - Arrest rate comparisons of discharged patients and the general population. *Amer. J. Psychiatry*, 121: 776 e.v.
- Rabkin (1974), Public attitudes toward mental illness: A review of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 10: 9 e.v.
- Smit, de (1977), Het effect van gedwongen opname op de omgeving. *Medisch Contact*, 32, 41: 1303-1304.
- Steadman (1973), Some evidence of the inadequacy of the concept and determination of the dangerousness in Law and Psychiatry. *J. Psychiatry & Law*, 1: 409 e.v.
- Weinstein (1964), Real and ideal discharge criteria. *Mental Hospital*, 15: 680 e.v.
- Wenk, Robinson & Smith (1972), Can violence be predicted? *Crime & delinquency*, 18, 4: 393-402.