

Historisch middelpunt van de krankzinnigenwetgeving: wat is de beste maatregel?

door J.W.M. Jongmans

Toen De Wilde zijn voordracht 'Kanttekeningen bij de vigerende krankzinnigenwet' hield voor de geneesheren-directeur van psychiatrische ziekenhuizen van oostelijk en noordelijk Nederland, was de herziening van de krankzinnigenwet volop in discussie. Nog maar enkele jaren tevoren was door de staatssecretaris een brede commissie geïnstalleerd met de opdracht een nieuwe wet te ontwerpen. Tot resultaat is de commissie niet gekomen. In de jaren na de voordracht van De Wilde komt een wijziging in de krankzinnigenwet tot stand. Een wetsvoorstel tot partiële wijziging werd in 1968 ingediend en in 1970 door het parlement aangenomen. In 1970 werd een voorontwerp voor een algehele wijziging van de krankzinnigenwet gezonden naar de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Na het advies van de raad werd een wetsontwerp opgesteld, dat in 1971 aan de Kamer werd aangeboden. De vaste Kamercommissie voor de volksgezondheid nodigde een drietal deskundigen uit om hun ervaring mee te delen met de partiële wijziging van de krankzinnigenwet. Tot deze deskundigen behoorde ook De Wilde. Kamercommissie en deskundigen waren daarvoor naar 'Duin en Bosch' in Bakkum gereisd, waar de vergadering plaatsvond. Toen de voorzitter van de commissie de deskundigen vroeg naar hun ervaringen, moesten deze tot hun leedwezen meedelen, dat zij geen ervaringen hadden, omdat de partiële wijziging nog niet was ingevoerd. Mogelijk heeft het onbehagen dat hierdoor ontstond bij de commissieleden, ertoe bijgedragen dat de partiële wijziging medio 1972 zeer abrupt werd ingevoerd. Velen zullen zich de verbazing in het veld uit die dagen nog herinneren over die plotselinge invoering van nieuwe bepalingen rond de rechterlijke machtiging en de inbewaringstelling zonder dat enig formulier daarvoor gereed was. Inmiddels was er bij de toenmalige hoofdinspecteur voor de geestelijke volksgezondheid veel twijfel ontstaan, of het wel zou lukken om een nieuwe wet te maken en zo ja, of grote colleges tot resultaat zouden komen.

Schrijver is psychiater, voormalig geneesheer-directeur van het Psychiatrisch Ziekenhuis Coude water te Rosmalen.

Mede steunend op de gedachten van Pameijer en Piebenga, dat de oude wet werkelijk nog niet zo slecht was, verzocht hoofdinspecteur Baan in juli 1972 aan De Wilde en mij een ontwerp te maken, dat een moderne en ervaren 'verdoeking' van de oude wet zou zijn. Enthousiast heeft De Wilde zich aan dit werk gezet. Door zijn plotseling overlijden in augustus 1973 heeft hij het niet kunnen voltooien. Wel heeft hij een interimverslag kunnen aanbieden. Zijn gedachten over een nieuwe wet heb ik later aan de hoofdinspecteur kunnen aanbieden.

Het is nu september 1983. Naar verluidt zal het wetsontwerp van 1971 in zeer sterk gewijzigde vorm deze maand door de Tweede Kamer behandeld worden. We hebben dan een lange geschiedenis achter de rug. In 1939 publiceerde Querido zijn gedachten over de krankzinnigenwetgeving. Eind 1945 werd door de Nederlandsche Vereniging voor Psychiatrie een commissie ingesteld om een voorstel voor een nieuwe wet te doen. In 1946 kon de Vereniging in zijn Mededelingen het resultaat van het werk van de commissie publiceren. Querido was lid van de commissie en dat heeft er zeker toe bijgedragen dat een van de kerngedachten van dit ontwerp was, dat men minder gericht moest zijn op verwijdering van de geesteszieke uit de maatschappij en de beveiliging van de maatschappij, maar op de mogelijkheden tot snelle en effectieve behandeling en tot een zo lang mogelijk handhaven van de geesteszieke in het maatschappelijk verband. Het middel daartoe zou zijn de ondertoezichtstelling, die zoveel mogelijk aan de gedwongen plaatsing in een inrichting vooraf moest gaan.

Als nu het wetsontwerp BOPZ door de Kamer zou worden aangenomen, zijn we bijna 40 jaar verder. En ongeveer in het midden daarvan valt het werk van De Wilde, dat onder andere zijn neerslag vond in de voordracht, die in 1966 in de Voordrachtenreeks werd gepubliceerd.

Deze voordracht trok de aandacht, omdat De Wilde op scherp onderscheidende wijze ingaat op de status van het begrip krankzinnigheid, zoals dat gehanteerd wordt in de wet van 1884. Hij wijst erop dat de daaraan voorafgaande wet van 1841 een omschrijving geeft van wie als krankzinnig worden beschouwd. De wet van 1884 laat die omschrijving weg. Daardoor ontvalt aan het begrip krankzinnigheid de status van juridisch begrip. Immers om te bepalen wie wel en wie niet krankzinnig is, kan men zich niet op enig wetsartikel beroepen. Vooral de memorie van toelichting bij de wet van 1884 laat concluderen dat de wetgever krankzinnigheid als een medisch begrip beschouwt, immers krankzinnigheid wordt vastgesteld door een psychologische analyse van de patiënt. Maar, zo zegt De Wilde, de wetgever zet dit niet consequent door. In verschillende wetsartikelen wordt ervan uitgegaan dat krankzinnigheid voor leken herkenbaar is. Ook de rechter, die de machtiging tot gedwongen opname verleent, spreekt een leke-oordeel uit. De geneeskundige verklaring is slechts één van de elementen waarop hij zijn oordeel baseert. De andere worden door leken aangedragen, die dus geacht worden daar kijk op te hebben. Krankzinnigheid is daardoor een niet-medisch begrip.

Het wetsontwerp BOPZ heeft de omschrijving van krankzinnigheid weer opgenomen. Onder een stoornis van de geestvermogens wordt verstaan: een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens. Het mag de schijn hebben dat de door De Wilde naar voren gebrachte onduidelijkheid omtrent het begrip krankzinnigheid opgeheven is. Dat dit schijn is, blijkt uit de nadere memorie van antwoord van 5 februari 1980. Hierin wordt gesteld dat gedwongen opneming mogelijk is 'als de rechter van oordeel is, dat het gaat om een persoon, die gestoord is in zijn geestvermogens, terwijl deze stoornis betrokkene gevaar doet veroorzaken'. De rechter moet dus tot het oordeel komen dat er een geestesstoornis aanwezig is. Ook de uitleg van artikel 4 in deze memorie van antwoord is dat wel in ieder geval het inzicht van een op dit gebied deskundige volstrekt noodzakelijk is. Maar de rechter moet toetsen of stoornis en gevaar in zodanige mate aanwezig zijn, dat opneming in een psychiatrisch ziekenhuis de enige aanvaardbare mogelijkheid is.

Het begrip stoornis van de geestvermogens is nu - in het licht van de kanttekeningen van De Wilde - een juridisch begrip. De wet geeft de definitie en de rechter spreekt uit dat aan deze definitie is voldaan. Vragen blijven bestaan rond het medische begrip geestesstoornis (krankzinnigheid) en omtrent de rol van de geneeskundige verklaring. De Wilde stelt dat het inconsequent is van de medicus een verklaring te vragen, dat iemand krankzinnig is. Immers die krankzinnigheid wordt door een leek vastgesteld op grond van mededelingen van hoofdzakelijk leken. Wat doet het er dan toe, dat iemand vaststelt dat er ook nog sprake is van geestesstoornis in zuiver medische zin? 'De vraag is steeds', - zo haalt De Wilde de memorie van toelichting bij de wet van 1884 aan -, 'of gelet op alle omstandigheden van het geval, plaatsing in een gesticht de aangewezen maatregel is'. De Wilde vindt dat men dit laatste dik moet onderstrepen. Daar behoort alles om te draaien: wat is, gelet op alle omstandigheden, de beste maatregel. Daarmee bevindt men zich op zuiver geneeskundig terrein.

Los van de filosofische inhoud van deze gedachte van De Wilde, kan erop gewezen worden dat de gedachte van De Wilde dat het allemaal draait om de vraag wat voor deze persoon - waarbij leek en deskundige een geestesstoornis vaststellen - de beste behandeling is. Deze gedachte van De Wilde vindt aansluiting bij wat 20 jaar vóór hem en 20 jaar na hem in teksten is neergelegd. Het ontwerp van de Nederlandsche Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie had al tot uitgangspunt, dat de centrale gedachte moet zijn wat de meest snelle en effectieve behandeling moet zijn met benadrukking van de behandeling in de eigen omgeving (ambulant). Het huidige wetsontwerp zegt dat een rechterlijke machtiging alleen gegeven mag worden, als duidelijk is dat het gevaar niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend. Het geeft de voordracht van De Wilde bijzondere waarde, dat hij aan een gedachte die veertig jaar consistent is gebleven, in het middelpunt van die periode uitdrukking heeft gegeven.

Over het medisch begrip krankzinnigheid, nu stoornis van de geestvermogens genoemd, schrijft De Wilde ongetwijfeld boeiende opmerkingen. Hij slaakt de verzuchting: 'Het kan na dit alles niet bevreemden, dat nu niemand meer weet waarop de krankzinnigenwet van 1884 nog net wel, net niet meer en nog net niet betrekking heeft', De wetgever van nu heeft zich, als ware hij onder indruk van de gedachten van De Wilde, beijverd een zo uitgebreid mogelijke toelichting te geven op wat verstaan moet worden onder een stoornis van de geestvermogens. Lezend hoe De Wilde rondstruint in de verwarde wereld van psychiatrische begrippen en ziende naar de uitvoerige psychiatrische uiteenzettingen in de nadere memorie van antwoord bij het wetsontwerp BOPZ, wekt de prikkelende idee op: wat zou De Wilde hierop te zeggen hebben gehad. Hij zou ongetwijfeld waardering hebben gehad voor de moedige poging van de wetgever om in deze ingewikkelde materie met uitspraken te komen. Daarnaast zou hij ongetwijfeld nog meer vraagtekens gezet hebben bij de inhoud van de geneeskundige verklaring. Hij zou er ongetwijfeld voor gepleit hebben de psychiater te laten volstaan met de verklaring, dat een van de in de memorie genoemde of daarmee gelijk te stellen ziekte toestanden bestaat, zonder hem te verplichten mee te delen op welke gronden hij tot die medische diagnose gekomen is. Hoe het ook zij, de wetgever geeft duidelijk aan wat hij verstaat onder geestvermogens. Dat zijn de vermogens tot denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen. Deze vermogens worden bepaald en beïnvloed door biologische, psychische en sociale factoren. Afwijkingen in die factoren kunnen afwijkingen geven in de geestvermogens. Overigens is niet iedere afwijking een voldoende grond voor gedwongen opneming. De afwijking op zich zeker niet. Het moet duidelijk zijn, dat de stoornis de oorzaak is van gevaarvol handelen. Bovendien moet het gevaarvol handelen overwegend door de geestesstoornis veroorzaakt worden, niet in geringe of in bijkomstige mate. Het moet echt duidelijk zijn, dat door de geestesstoornis de toerekenbaarheid voor het gevaarvolle handelen ontbreekt. In het algemeen gaat de wetgever ervan uit dat bij neurosen en persoonlijkheidsstoornissen deze ontoerekenbaarheid er niet is. Het kan wel voorkomen, zegt de wetgever, maar dat is uitzondering. In het algemeen zullen bij die patiënten de geestvermogens niet zo ernstig gestoord zijn, dat zij het handelen geheel overheersen. Met aarzeling vanwege de angst dat een opsomming een eigen leven gaat leiden en gezien wordt als een regeringslijst van onder werking van de wet BOPZ vallende categorieën personen, noemt de memorie van antwoord een aantal diagnosegroepen. Idiotie, imbecillitas mentis, dementie, psychogene opwindingstoestanden, bepaalde toestanden als gevolg van verslavingen en functionele psychosen, waaronder ernstige vormen van zwaarmoedigheid, waanvormingen en hallucineren worden verstaan, zijn de met name genoemde categorieën. Met nadruk worden anderen niet uitgesloten.

Uit de uitvoerige behandeling die de vraag wie en wat onder de werking van de wet BOPZ valt in onze tijd krijgt, mag geconcludeerd worden dat De Wilde destijds op een wezenlijk punt de aan-

dacht gevestigd heeft.

Nog een laatste punt. Waar De Wilde artikel 15 van de wet van 1884 bespreekt, waarin staat dat iemand voor zichzelf een rechterlijke machtiging kan aanvragen, komt hij tot de conclusie dat de wet de krankzinnige beschermt tegen de maatschappij en niet omgekeerd. Het behoort tot de wezenlijke rechten van de krankzinnige dat hij deze bescherming zelf mag vragen. In een toekomstige wet zal het wellicht weer gaan om de bescherming van de maatschappij tegen de krankzinnige, zoals vóór 1841 het geval was. Deze voorspelling van De Wilde is niet uitgekomen. De mogelijkheid om voor zichzelf een machtiging aan te vragen, bestaat ook in het huidige wetsontwerp. Dus ook nu kan de patiënt rechtsbescherming vragen. Uit latere uitvoerige discussies met De Wilde bleek dat hij zich veel bezighield met de betekenis van gevaar in relatie tot het geestesziek zijn. Ik heb hem voorgesteld dat het toch veel consequenter zou zijn om het element gevaar geheel buiten het medisch handelen en buiten de medische relatie tot de patiënt te houden en zowel de beoordeling als de te nemen maatregelen in handen te leggen van hen die met de handhaving van de openbare orde belast zijn. Dit zou betekenen dat de rechter niet een machtiging tot opnemng zou geven, maar een bevel daartoe. De uitvoering zou door de overheid dienen te geschieden, die daarvoor haar eigen klinieken zou hebben, welke vooral gekenmerkt zouden zijn door de hoogste vorm van rechtsbescherming. Zijn reactie hierop was de vraag wie nu eigenlijk het meest gevaar loopt: de patiënt, die geconfronteerd wordt met wat zijn gedrag heeft aangericht of de maatschappij, die dit gedrag ondergaat. Hij kwam tot het antwoord dat in zijn denken de patiënt het meeste gevaar loopt en dat onze eerste taak ook als medicus is hem te beschermen. Daarom kon hij zich met de constructie van zo juist niet verenigen. De nadere memorie van antwoord op het wetsontwerp BOPZ geeft uitvoerige beschouwingen over het begrip gevaar en de wijze van omgaan daarmee. Voor zover ik kon nagaan komt, zelfs niet waar gesproken wordt over gevaar voor zichzelf, de gedachte niet naar voren, dat iedere 'gevaarlijke' daad in de eerste plaats een gevaar voor de patiënt is.

De voordracht van De Wilde voorzien van een commentaar vanuit het heden, zo luidde het verzoek van de redactie. Met het voldoen aan dit verzoek was bij mij ook een beetje een hommage aan de schrijver gemoeid.

Literatuur

De Wilde, J.A. (1966) Kanttekeningen bij de vigerende krankzinnigenwet, *Voor- drachtenreeks* 8, 131-155