

Tilburg University

De universitaire forensische psychiatrie en de actualiteit van de vrijheid des geestes

Oei, T.I.

Published in:

Penose: Tijdschrift van de Vereniging voor Strafrecht, Tilburg

Publication date:

1997

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Oei, T. I. (1997). De universitaire forensische psychiatrie en de actualiteit van de vrijheid des geestes. *Penose: Tijdschrift van de Vereniging voor Strafrecht, Tilburg*, 10(1), 2-6.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

De universitaire forensische psychiatrie en de actualiteit van de vrijheid des geestes.

T.I.Oei*

Inleiding

Binnen de forensische psychiatrie is de ontwikkeling van het hoofdvak psychiatrie goeddeels bepalend voor de omvang van en verdieping in dit overgangsgebied tussen recht en psychiatrie.¹ Maar ook ontwikkelingen binnen het strafrecht, de grotere aandacht voor de belangen van het slachtoffer naast die van de verdachte, en de maatschappelijke waardering van wat mag en niet mag, zijn betekenisvol. De praktische, in het bijzonder preventieve, rol van werk en pedagogiek bij het bejegenen van veroordeelde al dan niet gedetineerden en TBS-gestelden blijken hand over hand toe te nemen. Bij voorbeeld de groei van taakstraffen (leer- en werkstraffen, als de belangrijkste vormen van alternatieve sancties: maatschappelijke dienstverlening) in het jeugdstrafrecht, en het vaker opleggen van werkstraffen in het volwassen strafrecht. Daarnaast de strengere (werkzame detentie, sobere regimes), en vaak ook langdurige (langer dan vier jaar) straffen.

In deze bijdrage worden er met name twee aspecten uitgelicht. Niet zozeer wordt gediscussieerd op basis van 'het getal', maar komen veeleer *tendensen* voor het voetlicht, die betrekking hebben op de actuele vraag om meer vrijheid van denken en handelen, zowel met betrekking tot de bejegening van chronisch psychiatrisch gestoorden, als medische hulp aan ernstig zieke en op sterven na dode mensen.

Drang en dwang

Wij leven met het geloof dat gestoord gedrag - al datgene wat de maatschappij vreemd en onaanvaardbaar acht - te verhelpen is, dat alles wat vreemd is aan een mens, object van verbetering is. Het geloof in de maakbaarheid van deze samenleving waarin wij leven, het genezen van stoornissen en het rechtzetten van 'kromme' gedragingen, staat in het

brandpunt van de belangstelling. Het ziektebeeld van hersenaandoeningen zoals de schizofrenie is thans een diagnose die min of meer met verve en overtuiging wordt uitgedragen (zie bij voorbeeld de activiteiten van Ypsilon, de belangenbehartigingsvereniging van ouders en familieleden van schizofreniepatiënten, het 'jaar van de schizofrenie', de aandacht voor de activiteiten en de boodschap van de hersenstichting). Ook de accenten die zorgvernieuwingsactiviteiten krijgen binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn zowel qua subsidiëring als door feitelijke belangstelling voor chronisch psychiatrische problematiek opmerkelijk. Zorg op maat is 'in', zorgvernieuwing is noodzakelijk, en zorgverbetering een open deur. Niet wat niet lukt is interessant, maar alleen dat wat nog kan, wat mogelijk is, ja dat wat doenlijk is, is aan de orde, en 'moet' dus kunnen. De postmoderne gedachte, dat, hetgeen beangstigend lijkt, feitelijk moet kunnen bestaan, is voer voor forensisch psychiaters!

Zij hebben meer en meer te maken met ernstig psychiatrisch gestoorde justitiabelen - thans meer dan 12% op ruim 12.000 cellen. Dat was in de beginjaren van deze eeuw duidelijk anders. Toen was er sprake van een paar procent psychiatrisch gestoorden op drie duizend cellen.² Vergelijkingen gaan uiteraard mank, maar de boodschap is duidelijk: ondanks onze vooruitgang in diagnostiek, behandeling en bejegening (sinds de psychopathenwetten van 1925/1928 en de terbeschikkingstelling van de regering (TBR), sinds 1988 de terbeschikkingstelling: TBS) van ernstige psychisch gestoorde justitiabelen, is de groei van die groep niet echt verminderd of tot staan gebracht. Integendeel: het aantal TBS-passanten (degenen die op een opname in een TBS-kliniek wachten) is van enkele tientallen enige jaren geleden, thans uitgegroeid tot ruim tweehonderd. Het

aantal (gedetineerde) wachtenden op een opname in een krankzinnigeninrichting geeft een zelfde tendens aan: van enkele een paar jaar geleden tot enige tientallen thans.

Wij hebben dus vooral een logistiek probleem, zo lijkt het. Maar er is meer aan de hand. De maatschappij laat toe dat zwervers en psychisch onmachtigen een dak boven hun hoofd ontberen en zelfs afwijzen. Vuilniszakken worden pietluttig doorzocht en afgegraasd. Geen individu dat het in het hoofd haalt om zo'n sukkel op andere gedachten te brengen: dat wat men in andere werelden ziet, in de hoofdsteden van het continent of over de oceaan, heeft zijn spiegelbeeld in dit kleine, vlakke land, waar eigenlijk niemand zou hoeven hongeren en dorsten. Is dit de mentaliteit van de vrijheid des geestes? Of, is de wet bijzondere opneming in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) toch niet het juridische paradijs voor zwakke geesten? Wij weten het nog niet. De evaluatie van de BOPZ door de overheid komt binnenkort. Dan moet blijken of drang en dwang niet alleen maar iets slechts zijn voor de mensheid.³

Zonder leiding geen structuur; zonder structuur geen organisatie; zonder organisatie geen menselijk verkeer. Mensen hebben elkaar juist hard nodig via regels en afspraken, waar consequenties voortvloeien uit niet of moeilijk uit te voeren verwachtingen. Verwachtingen die gebaseerd zijn op plannen en regelingen, die voor iedereen duidelijk zijn. Sancties zijn nodig daar waar iets niet vanzelf gaat. Met - gedoseerde - drang en dwang is er naar mijn mening nog wel wat hoop voor juist die psychiatrisch zieken die wij chronisch schizofreen noemen, maar ook voor die gestoorde anti-socialen, die vroeger 'doodgewoon' psychopaat waren en psychisch niet of amper corrigeerbaar. Voor het recht is nog niet geheel aannemelijk hetgeen psychiaters allang met elkaar verbindt: bij enkele categorieën psychiatrische patiënten is dwang juist een voorwaarde voor genezing en revalidatie. Met name voor die groep van geestesgestoorden die snel medicatie behoeven willen zij niet defectueus worden, d.w.z. in cognitieve en emotionele zin aan aftake-

lingsprocessen bloot staan.

In geval van eventuele ambulante dwangbehandeling moet de rechter, enerzijds, er aan te pas komen. Of zulks in de toekomst van kracht zal worden is maar de vraag. Immers, binnen strafrechtelijk kader is dwangverpleging wettelijk geregeld, dwangbehandeling daarentegen niet.⁴

Niet direct opgelegd door de rechter anderzijds, bij dwang op basis van afspraken met de patiënt zelf: iets dat hij zichzelf kan opleggen, als een gemaakte afspraak niet mocht lukken. Een soort voorwaardelijke rechterlijke sanctie, een bijzondere civielrechtelijke voorwaarde, te vergelijken met het voorwaardelijk strafdeel. In geval de patiënt het zicht op zijn ziekte kwijt is en zo'n maatregel nodig is om zijn ziekte te kunnen blijven behandelen, desnoods met behulp van dwangmedicatie. Een - zij het onder voorwaarden - terugkeer van de bestwilgedachte. Juristen zouden zo'n regeling moeten ontwerpen, zodat de wetgever er mee uit de voeten kan.

De macht tot de beslissing ligt dan niet bij de dokter, maar bij de patiënt. Evenzeer strekt deze macht voor de schriftelijke wens van degene die, als hij het niet meer weet (bij voorbeeld dement is, of geestelijk 'dood'), een behandeling weigert of om een zachte dood roept.

Rondom euthanasie

De euthanasie-discussie van de afgelopen jaren zette zich voort. Iedereen heeft er vroeg of laat mee te maken: bij familieleden, vrienden, kennissen of collega's, al zal de gemiddelde arts er vaker (80% van de onderzochte medici) mee van doen hebben. Wij kunnen met zijn allen onze ogen er dus moeilijk voor sluiten. Sommigen hebben reeds een oplossing gevonden: voor alle gevallen toestaan, of gewoon verbieden of weigeren. Anderen, en ik denk de meerderheid, weten het nog niet.⁵ Niet wat zij zullen doen, niet wat zij mogen doen, niet wat zij willen doen. Dat hangt in grote mate samen met de vraagstelling, de individuele situatie van de patiënt, de juridische afweging, en de professionele insteek. Euthanasie bij de

somatische patiënt wordt niet meer onmogelijk geacht, zodat de arts in een conflict van plichten kan geraken.⁶ De arts moet voorkomen dat de patiënt onbehandeld blijft, en tegelijkertijd moet hij ervoor waken dat de patiënt in een ondraaglijk lijden verzeild raakt. De arts kan zich bij zo'n euthanasie-handeling beroepen op noodtoestand. Dat wil zeggen, de Officier van Justitie acht vervolging niet opportuun of adequaat en seponert derhalve. Problemen doen zich voor, indien patiënten, alvorens zij in een stervensfase verkeren, al om euthanasie verzoeken. Voor de arts doemt dan een conflict van motieven op.⁷

Het zal wel uiteindelijk gaan om wat de patiënt wenst, wat de dokter vermag en of de stervensbegeleiding door de arts (palliatieve fase) optimaal is. Want dan kunnen de wens van de patiënt om zo min mogelijk te hoeven lijden en de wens om een zachte dood veelal samenvallen met de mogelijkheden die de dokter zichzelf (conform zijn geweten) en de patiënt wil/kan toestaan. De vraag om de zachte dood van de patiënt zal soms door de ouders of familieleden worden gesteld: bij voorbeeld wanneer het een onmondig kind betreft, of wanneer er sprake is van een dementeringsproces. Het recht is ermee bezig daar een antwoord op te formuleren. Dat kan het recht echter niet alleen: de maatschappelijke discussie zal daarbij in zekere zin een richtingwijzer zijn.⁸ Jurisprudentie is derhalve hard nodig, omdat gebleken is dat de politiek (en dat zijn wij met zijn allen) dat probleem niet alleen vermag op te lossen. Het (straf)recht blijft actueel en gewenst. Het persoonlijk geweten is dus niet de allerlaatste 'rechter'. De sociale toetsing van recht en wet zijn er complementair aan, en bijgevolg onmisbaar. Persoon en recht zijn in onze samenleving met elkaar vervlochten. Een samenleving waar niemand zelf het ultieme (geboorte en doodgaan) mag/kan bepalen, maar waar ieders wens over leven en dood wordt gerespecteerd, zelfs wanneer die een zelfgekozen einde betekent.⁹

Een dergelijk individueel verlangen zou gerespecteerd moeten worden door de arts en volgens de gebruikelijke procedure zorgvul-

dig uitgevoerd. Per slot van rekening wordt de wens van een dierbare overledene ook gerespecteerd en gerealiseerd. En is de functie van de arts niet die van degene die het menselijk lijden verzacht en aan de humane levensloop tegemoetkomt?

Slotbeschouwing

Wat staat ons de komende periode te wachten?

1. Een onafhankelijke toetsingscommissie voor euthanasie is noodzakelijk. Niet vooraf, maar achteraf zou zo'n commissie haar werk kunnen verrichten. Om feedback te geven aan de medicus, om zo nodig de officier van Justitie te berichten in geval er sprake is van overtreding van de wet, om eventueel de inspecteur van de volksgezondheid te informeren, wanneer tuchtrechtelijke stappen aan de orde zijn. Zo'n commissie zou moeten bestaan uit artsen en juridisch/ethisch ondersteund dienen te worden, met dien verstande dat de medici niet de angst hoeven koesteren dat er op hun vingers wordt gekeken. Dat kan voorkomen worden door in het wetboek van strafrecht dusdanige veranderingen aan te brengen dat euthanasie op professioneel-medisch aanvaardbare gronden - ook volgens medisch kunnen juiste beslissing en uitvoering - niet per se strafbaar is. Of zoiets zal gebeuren, is nog maar de vraag. De hang naar decriminalisering van wat de arts doet, blijft evenwel dringen, al verplicht de beschermwaardigheid van ieders leven tot het volgen van een secure euthanasie procedure. Bij onjuiste hantering van de procedure door de arts kan zo'n commissie van groot belang zijn. Immers, eventuele sanctionering is pas aan de orde indien zulks, gegeven de omstandigheden, opportuun is. Al met al is melding van iedere uitgevoerde euthanasie noodzakelijk: zowel voor de gewetensvolle arts, als de van diens zorg afhankelijke burger.

2. Op het gebied van het forensisch psychiatrisch onderzoek natuurlijk de evaluaties van de TBS-verplegingen: de research van het dr F.S. Meijersinstituut (B.C.M. Raes en J.L. van Emmerik) die de monitoringfunctie behelst. Daarnaast meer behandelrapportages

uit de diverse TBS-klinieken.¹⁰ Maar ook: inventarisaties van/over zorgvernieuwingsprojecten op het grensgebied van geestelijke gezondheidszorg (ggz) en justitiële g(g)z. Onderzoeksverslagen die in de vorm van artikelen, boekbijdragen of proefschriften zullen verschijnen. Verwacht worden minimaal drie dissertaties in het forensisch psychiatrische veld.

3. Verder verdient de organisatie (en kwaliteit) via discussie meer aandacht: die over de roep om meer psychiaters in penitentiaire inrichtingen (PI's), het inrichten van ziekenboegen of Forensische Observatie- en Begeleidingsafdelingen (FOBA's), over een TBS-passantenafdeling of -unit in een of meerdere PI's, het hogere aantal suïcides in inrichtingen en op arrestantenafdelingen van politiebureaus. Echter, vooral zou er meer gedacht moeten worden over de wens tot een optiekwisseling ten aanzien van behandelculturen in PI's. Is Nederland al rijp voor het instellen van een zogeheten behandelgevangenis?

4. Evenzeer blijven de rapportagetaken van de forensisch psychiaters bron van wetenschappelijk onderzoek. Nog altijd is de vraag onbeantwoord of ambulante forensische rapportages, al of niet op den duur, de klinische zouden dienen te vervangen. Is een 'Jeugd' Pieter Baan Centrum (PBC) naast een (al dan niet uitgebreid of eventueel afgeslankt) volwassenen PBC noodzakelijk, en zo ja, hoe dient dat ingericht te worden?

5. Het verbinden van leerstoelen Forensische Psychiatrie aan hetzij Districts Psychiatrische Diensten (DPD's) of aan TBS-klinieken (dan wel Reclasseringsafdelingen), is een reële optie. Praktijk en theorie van de Forensische Psychiatrie zouden meer en meer met elkaar vervlochten moeten worden. Het is inderdaad tijd dat de Justitiële zorgbehoeften wetenschappelijk gefundeerd worden. Dat is goed voor de justitiabele én voor het rechtsgevoel van de burger!

Noten

- * Hoogleraar Forensische Psychiatrie aan de KU Brabant
1. Zie ook T.I. Oei en A.M. van Kalmthout (red), *Wie het kleine niet eert, ... Forensisch psychiatrisch onderzoek bij justitiabelen met langdurige psychische problemen*, Gouda Quint BV, Arnhem, 1997, ter perse.
 2. Zie Klaas de Graaff, *Praktijkboek voor de Penitentiair Inrichtingswerker*, Samson H.D. Tjeenk Willink, Alphen aan de Rijn, 1996, p.86; over de invloed van cellulaire opsluiting op de psyche van de gedetineerde, zie Herman Franke, *De macht van het lijden, Twee eeuwen gevangenisstraf in Nederland*. Uitgeverij Balans, Amsterdam, 1996, p. 172 e.v.
 3. Op 11 december 1996 ontvingen de ministers van VWS en Justitie het evaluatierapport over de Wet BOPZ. Een van de adviezen betreft de mogelijkheid dat de patiënt, wanneer hij (nog) niet psychotisch is, met de behandelaar afsprekt om op het moment dat hij psychotisch is/wordt en medicatie behoeft - ook indien hij dan geen verzoek zou doen of zou weigeren - toch tegen zijn wil en dus onder dwang opgenomen en/of (ambulant) behandeld kan worden. Zie ook *Trouw*, 12-12-1996, p. 4.
 4. Een daarbij komend probleem is dat in het voorstel Penitentiaire beginselenwet geen bepalingen voorkomen die van toepassing zijn op psychisch gestoorde gedetineerden. Inbreuken op grondrechten zijn krachtens de Penitentiaire beginselenwet mogelijk vanuit de vrijheidsbenemende situatie, maar niet op grond van een eventuele stoornis van de gedetineerde. Zie *Kamerstukken TK*, 1994-1995, 24 263, nr. 3, p.4.
De minister van Justitie voorzag op 11-12-1996 ten aanzien van ambulante dwangbehandeling juridische moeilijkheden: de voorwaardelijke machtiging staat daarbij dichterbij een eventuele realisering dan het zelfbindingscontract. Zie 'Ministers voelen wel voor ambulante dwangverpleging'. In: *Staatscourant* 240, 11-12-1996, p.7.
 5. Aan het eind van Freuds leven (na zeventien jaar lijden aan kanker van de kaak en het verhemelte, en talrijke operaties), op het moment dat het einde nabij was, en zijn hond niet meer bij hem wilde komen, omdat hij stonk, vroeg hij om een zachte dood. Hij zei tegen zijn arts: "Lieber Schur, Sie erinnern sich wohl unser erstes Gespräch. Sie haben mir

damals versprochen mich nicht in Stich zu lassen wenn es so weit ist. Das ist jetzt nur noch Quälerei und hat keinen Sinn mehr". Vervolgens zei hij: "Bespreek het met Anna (zijn dochter) en als zij het juist vindt, maak er dan een einde aan." Eerst verzette Anna zich ertegen, later stemde ze toe. Freud kreeg drie maal drie centigram morfine en stierf om drie uur in de ochtend van 23 september 1939. Zie Harry Stroeken, *Het geloof is er voor de mens*. Ambo, Baarn, 1995, p. 74.

6. Zie G.J. van der Wal en P.J. van der Maas, *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde*. Sdu Uitgevers, Den Haag, 1996.
7. Zie B.C. Witsenburg, Dood op verzoek, *Medisch Contact*, 50 (1995) p. 1293-1294.
8. Zie C. Kelk, De praktijk van de euthanasie: het einde van een rijpingsproces? *NJB* (1997) 72, 101-107.
9. Zie W.H. Auden, In memoriam Sigmund Freud, tweede vers. In: *Die avond dat ik de stad inliep*. Kwadraat, Vianen, 1983, p. 25:
...Want elke dag sterven zij om ons heen, degenen die iets voor ons deden, die wisten: het zal nooit genoeg zijn, maar die door te leven er iets aan probeerden te doen.
10. Zie R.C. Brouwers en T.I. Oei, Voorbeeld van een forensisch psychiatrische behandeling. *Mededelingenblad van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse*, 11 8 (1996), p. 9-25.