

... het verslag van Ruysch en de overtuigde *non restraint*-aanhanger Van Andel over de jaren 1878-1881 kunnen we eenzelfde kritische ondertoon bespeuren met betrekking tot de praktijk van afzondering en lijfswang als in de verslagen van Ramaer en Van Cappelle over de daaraan voorafgaande jaren. Bovendien vermelden de inspecteurs met zoveel woorden dat de opgaven van de gestichten die ze met betrekking tot afzondering en lijfswang hebben ontvangen 'wederom zeer onbepaald en onvolledig (zijn)'.⁶¹

In de tweede helft van de negentiende eeuw kreeg de psychiatrie meer en meer een natuurwetenschappelijk karakter. Geleidelijk werd de morele of zedenkundige behandeling vervangen door meer somatisch gerichte vormen van therapie. Rond 1880 was de algemene opvatting onder artsen, dat geestesziekten hersenziekten zijn, waartegen de wilskracht van de zieke zelf weinig kan uitrichten. Het aanvankelijke therapeutische optimisme maakte plaats voor een zeker pessimisme. Bij het wetenschappelijk onderzoek kwam de nadruk te liggen op de fysiologie, de neurologie en de pathologische anatomie enerzijds en de exacte observatie, beschrijving en rubricering van ziektebeelden anderzijds.⁶² Men stelde zich in navolging van Kraepelin ten doel verband te leggen tussen bepaalde veranderingen in de hersenen en welomschreven stoornissen en ziektebeelden, naar analogie van de syfilisinfectie en *dementia paralytica*.

Tot zover over de praktijk van behandeling en dwang onder het regime van de Krankzinnigenwet van 1841.

2.6 De Krankzinnigenwet van 1884

In de jaren na 1841 waren verscheidene voorstellen voor vervanging van de wet van 1841 gedaan, maar geen ervan had het tot wetsontwerp gebracht. In 1881 werd een ontwerp voor een nieuwe Krankzinnigenwet bij de Tweede Kamer ingediend dat was voorbereid door een staatscommissie waarin onder anderen Ramaer en Van Cappelle zitting hadden.⁶³ Uit dit ontwerp resulteerde in 1884 de tweede Krankzinnigenwet, die officieel de Wet van 27 april 1884 tot Regeling van het Staatstoezicht op Krankzinnigen heet. Deze wet is meer dan honderd jaar van kracht geweest, namelijk tot 1994.

De wet bepaalt in art. 1 dat het Staatstoezicht wordt uitgeoefend door minstens twee inspecteurs. Dit toezicht strekt zich uit over alle krankzinnigen, onverschillig of ze zich binnen of buiten de gestichten bevinden, behalve over hen die zonder van hun vrijheid te zijn beroofd, in hun eigen woning of die van ouders of echtgenoot worden verpleegd (art. 2 KW). Zowel het preventieve als het repressieve toezicht op de gestichten wordt aangescherpt (artt. 8, 9 KW).

Wat de voorziening in de plaatsruimte betreft behouden de provinciale besturen de verantwoordelijkheid voor oprichting en instandhouding van gestichten die aan de wettelijke eisen voldoen. Het probleem van het plaatsgebrek is hiermee niet opgelost. Nieuw is dat per gesticht een bepaald maximum aan het aantal verpleegden wordt gesteld en een bepaald minimum aan het aantal geneeskundigen (art. 8 KW onder nummer 4). Verder wordt er een Rijksgesticht opgericht, waarin onder anderen behoeftige krankzinnigen en krankzinnigen

61 Verslag 1878-1881(1890). Pag. 101.

62 J. Vijselaar. Krankzinnigen gesticht. Haarlem, Fibula-Van Dishoeck, 1982. Pag. 19.

63 A. Querido. O.c., pag. 82.

met een strafrechtelijke machtiging kunnen worden geplaatst (art. 10 KW). Het onderscheid in bewaarplaatsen en geneeskundige gestichten komt te vervallen.

Belangrijke wijzigingen in de opnemingsprocedure in vergelijking met de wet van 1841 brengt de nieuwe wet niet. De rechterlijke machtiging blijft het kernstuk: de rechter beslist over opname; de medicus adviseert alleen. Het belangrijkste verschil met de wet van 1841 is, dat de nieuwe wet opname via de curatele onmogelijk maakt. De Krankzinnigenwet van 1884 heeft niet meer het karakter van een aanvullende regeling voor niet-onder-curatele-gestelde krankzinnigen, maar geldt zonder onderscheid voor alle krankzinnigen. In tegenstelling tot de wet van 1841 kent die van 1884 twee opnameprocedures: de rechterlijke machtiging (RM) en de inbewaringstelling (IBS) op last van de burgemeester. De RM is in het stelsel van de wet de gewone procedure, de IBS de bijzondere: een ordemaatregel alleen bedoeld voor spoedeisende gevallen. Net als in de wet van 1841 kan de lijder ook voor zichzelf een machtiging aanvragen (art. 15 KW). Volgens art. 32 KW verliest een ter zake van krankzinnigheid in een gesticht geplaatste het beheer over zijn goederen en kunnen door hem aangegane verbintenissen worden vernietigd.

2.6.1 Het registratieartikel: artikel 4 lid 6 KW

De Krankzinnigenwet van 1841 regelde, zoals we zagen, niets over de toepassing van dwang op patiënten na hun opname. Datzelfde zou gezegd kunnen worden van de Krankzinnigenwet van 1884, als art. 4 lid 6, het registratieartikel, er niet was geweest. Dit artikel luidde: 'Van elke toepassing van een dwangmiddel op een verpleegde in een krankzinnigengesticht wordt dagelijks aantekening gehouden in een register ingericht naar een door Ons vast te stellen model. Dit register wordt aan elken inspecteur op zijn verlangen voorgelegd'.

Een wetsbepaling waarin de bevoegdheid tot het toepassen van dwang(middelen) aan de inrichting wordt toegekend, ontbreekt. Deze aan art. 4 lid 6 KW ten grondslag liggende bevoegdheid werd door de wetgever kennelijk voorondersteld. In de vorige eeuw werd deze bevoegdheid in de krankzinnigenverpleging zó vanzelfsprekend geacht, dat deze niet nog eens bij wet behoefde te worden toegekend.

Tijdens de parlementaire behandeling van het ontwerp Krankzinnigenwet is deze bevoegdheid niet ter sprake gekomen.⁶⁴ Wel kan men uit de woorden van minister Heemskerk tijdens de parlementaire behandeling van het ontwerp opmaken, dat de minister de toepassing van dwang beschouwde als een wijze van geneeskundige behandeling. De minister antwoordde namelijk als volgt op de vraag van een Kamerlid, waarom de inspecteur en niet de Officier van Justitie inzage in het register kan krijgen: 'De geachte afgevaardigde schijnt in de meening te verkeeren dat er quaestie is van mishandeling. Wanneer er een aanklacht omtrent mishandeling bestond, dan zou de Officier van Justitie daarin gekend (...) moeten worden. Maar hier geldt het de wijze van de geneeskundige behandeling; het is uit dat oogpunt dat het bedoelde register van die lichamelijke dwangmiddelen is voorgeschreven (...)'.⁶⁵

Dit verklaart waarom men een aparte wettelijke grond voor het toepassen van dwang na opname niet noodzakelijk achtte. De bevoegdheid om bepaalde andere geneeskundige handelingen te verrichten was óók niet afzonderlijk bij wet geregeld. Wat wél geregeld was, was de bevoegdheid tot het uitoefenen van de geneeskunst in het algemeen. Deze was volgens

64 Zie de aantekeningen van A.J. de Bruyn bij art. 4 lid 6 van de Krankzinnigenwet, editie Schuurman en Jordens, 12de druk.

65 Handelingen TK 1884, 58ste zitting, 7 maart 1884, pag. 939.

de Wet Uitoefening Geneeskunst (1865) voorbehouden aan degenen aan wie deze bevoegdheid volgens de wet was toegekend, namelijk aan hen die de vereiste academische examens met gunstig gevolg hadden afgelegd. Uit het feit dat de Tweede Kamer verder geen punt maakte van de bevoegdheid tot dwangtoepassing, zou men kunnen afleiden dat zij zich in dit opzicht met de zienswijze van de minister kon verenigen.

Waarschijnlijk is er nóg een reden geweest waarom de wetgever niet op het idee van een aparte bevoegdheidsbepaling voor dwangtoepassing kwam, namelijk de strekking van de Krankzinnigenwet als geheel. De wetgever van 1841 was zich, zoals we zagen, al terdege bewust geweest van de verregaande onvrijheid die de opgenomen patiënt in de inrichting te wachten stond. De betekenis van de rechterlijke machtiging moest in dit licht worden gezien: omdat een patiënt tegen zijn wil naar een inrichting kon worden gebracht en er binnen de poort van de inrichting zo'n grote mate van onvrijheid heerste, had de wetgever juist de rechter en niet de medicus de bevoegdheid gegeven om door middel van het verlenen van een machtiging die poort te openen. In de voorstelling van de wetgever was de onvrijheid van de verpleegde geen gevolg van de machtiging, maar was de machtiging vereist, omdat de verpleegde in de inrichting als zodanig onvrij was.⁶⁶ Deze interpretatie is in overeenstemming met de strekking van de in paragraaf 2.5 geciteerde reactie van de minister van Justitie op het omstreden wetsontwerp van Binnenlandse Zaken van de hand van Feith en Schroeder van der Kolk. Blijkbaar werd de rechterlijke machtiging in 1841 en 1884 niet alleen als noodzakelijke, maar ook als voldoende legitimatie voor dwang beleefd, voldoende in die zin, dat niet alleen de dwang waarmee de opneming kon worden geëffectueerd, erdoor werd gerechtvaardigd, maar ook de dwang en onvrijheid die de patiënt na de opneming te wachten stonden.

Het wettelijk invoeren van een verplichte registratie van dwangmiddelen werd in 1884 tijdens de kamerbehandeling van de ontwerp-wet door minister Heemskerk als volgt beargumenteerd:

'Maar vooral kon niet gemist worden het register van de dwangmiddelen, dat inderdaad eene nieuwigheid is. Er zijn twee groote gestichten, waarvan ik weet dat er in de laatste jaren geen enkel lichamelijk dwangmiddel is uitgeoefend. Dit is niet het geval in alle gestichten; het is eene quaestie van systeem van verpleging. Maar wanneer door de statistiek later kon aangetoond worden, dat men zoodanige dwangmiddelen kon missen of alleen bij hoogst zeldzame uitzondering noodig had, dan zou daardoor aan dat ongelukkig deel der menschheid eene weldaad bewezen zijn. Ik zou er dus niet gaarne van afzien om door deze registers van dwangmiddelen een klein statistiekje te verkrijgen.'⁶⁷

Het bedoelde register is voorgeschreven, zo vatte de minister samen,

'teneinde daardoor tot de wetenschap, op ervaring gegrond, te komen — en men is daarin reeds een geheel eind gevorderd — in hoever de dwangmiddelen geheel kunnen worden ontbeerd.'⁶⁸

66 A.J. de Bruyn. De vrijheid van de verpleegde geestesziekte. *NJB* 1971, 31 (11 september), 897-907.

67 Handelingen TK 1884, 58ste zitting, 7 maart 1884, pag. 937.

68 Handelingen TK 1884, 58ste zitting, 7 maart 1884, pag. 939.

Het moge duidelijk zijn dat de minister zinspeelde op de indruk die het Engelse *non restraints*-stelsel in Nederland had gemaakt. Op advies van de inspecteurs wilde de minister door het invoeren van een dwangmiddelenregistratie nagaan, in hoeverre de idealen van dit stelsel ook in Nederland konden worden verwezenlijkt. De inspecteurs Ramaer en Van Cappelle hadden in hun verslag over de jaren 1869-1874 al de wettelijke invoering van zo'n register bepleit.

Behalve door een hooggestemd ideaal werd invoering van de registratieplicht waarschijnlijk ook ingegeven door een praktisch motief, namelijk het streven om de artsenstand meer greep te geven op dwangtoepassing, ten koste van de macht van oppassers en hoofden van de huishouding, die veelal feitelijk in de inrichtingen de scepter zwaaiden.⁶⁹

Door de geneesheren zelf, althans door de in 1871 opgerichte Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, werd het voorstel voor een dwangmiddelenregistratie echter allerm minst ervaren als een poging om de medische invloed te vergroten. Het concept van het latere art. 4 lid 6 oogstte in deze kring slechts verontwaardiging. Een commissie van rapporteurs van de Vereniging oordeelde:

'Dit is inbreuk maken op het recht der kunst. Deze moet vrij zijn en mag allerm minst gecontroleerd worden door een niet-deskundige. Het 'restraint' is evenzeer een stelsel, als het 'no-restraint'. De toepassing hangt af van den arts, wiens eenige rechter zijn geweten is. Bovendien, wat is een dwangmiddel? Reeds het verblijf in 't Gesticht zelve, kunstmatige voeding, enz. Als dit art. wet werd, dan moest de justitie ook maar voorschrijven, welke medicamenten men aan den patient niet moest toedienen.'⁷⁰

In het Voorlopig Verslag uit 1882, de reactie van de Tweede Kamer op het ontwerp van Wet, lezen we met betrekking tot het latere registratieartikel:

'Met het oog op de moeilijkheid om te bepalen, wat een dwangmiddel is, wenschen velen dat dit artikel niet in de *Wet* werd opgenomen'.

De regering reageerde hierop in de Memorie van Beantwoording als volgt:

'Het bezwaar in het Voorlopig Verslag aangevoerd vervalt, wanneer in het vast te stellen model de dwangmiddelen met name vermeld worden'.

Bij het parlement stuitte het registratieartikel uiteindelijk niet op onoverkomelijke bezwaren. Bij Besluit van 3 juni 1884 werd door de Kroon een model vastgesteld ten behoeve van de volgens art. 4 lid 6 KW vereiste dwangmiddelenregistratie. Dit model somde de te registreren dwangmiddelen op, onderverdeeld in lijfswang en afzondering. Onder afzondering werd genoteerd: afzonderingskamer, cel, gesloten bedstede (overigens een dwangmiddel dat door Ramaer en Van Cappelle als onmenselijk werd beschouwd); onder lijfswang: vastbinden der handen, losse dwanghandschoenen, dwanghandschoen met gordel, dwangbuis of dwangjak, vastbinden der voeten, voetriemen, vastbinden op een gewone stoel, dwangstoel. Ook was er ruimte om in te vullen de reden van de afzondering of de dwangmiddeltoepassing,

69 F. Koetser. O.c., pag. 8.

70 Documentatiemap registratie van dwangmiddelen: legitimatie of willekeur? Document 4: Handelingen Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie 1881.

wie de dwangtoepassing had bevolen, het oordeel van de geneesheer en het oordeel van de inspecteur. Toepassing van niet in het register genoemde dwang(middelen) hoefde niet te worden geregistreerd. Een voorbeeld daarvan was het onder dwang toedienen van geneesmiddelen, een vorm van dwang die, zoals we hebben gezien, onder het regime van de wet van 1841 al voorkwam en die in de loop der tijd steeds belangrijker zou worden.

Hier zij nog eens benadrukt dat noch uit de wettekst noch uit de desbetreffende kamerstukken blijkt welke dwangmiddelen geoorloofd waren, op wie ze mochten worden toegepast, wanneer, met welk doel en hoe lang. Het is onjuist om te veronderstellen dat volgens de Krankzinnigenwet van 1884 alleen die dwang mocht worden toegepast welke moest worden geregistreerd. Ten tijde van de totstandkoming van de wet, en ook nog lange tijd daarna, werd algemeen aanvaard dat het de behandelend arts was die uitmaakte wat in het kader van de behandeling goed was voor de patiënt. Het werd niet als een taak van de wetgever gezien om de reikwijdte en de grenzen van de bevoegdheden van de arts aan te geven. Waar het dwangtoepassing en vrijheidsbeperking betrof was de discretionaire bevoegdheid van inrichting en behandelend arts vrijwel onbeperkt, al mochten de grenzen van (straf)wet en medische ethiek natuurlijk niet worden overschreden. Onderscheid tussen dwang, vrijheidsbeperking en behandeling werd niet gemaakt. Toezicht van Inspectie en Officier van Justitie achtte men voldoende waarborg voor een behoorlijke behandeling.

2.6.2 De praktijk van behandeling en dwang: 1884-1920

Al bleef de psychiatrie tot 1900 vooral natuurwetenschappelijk georiënteerd, tegen het eind van de jaren tachtig van de vorige eeuw ontstond meer belangstelling voor de psychologische componenten van geestesziekte. Het was de tijd waarin Freud zijn ideeën over het onbewuste ontwikkelde en Van Eeden en Van Renterghem met hypnose experimenteerden. Na 1900 nam de invloed van de psychoanalyse op de wetenschappelijke psychiatriebeoefening in Nederland toe, onder invloed van Jelgersma, Bouwman en Stärcke.⁷¹ Deze invloed ging echter aan het leven in de gestichten voorlopig geheel voorbij.

Dankzij de opkomst van de chemie en de farmacologie kwam rond 1900 een geheel nieuwe serie synthetische slaapmiddelen ter beschikking, die onder de namen trional, sulfonal, somnal, dormiol etc. in de handel werden gebracht.⁷² Als slaapmiddel misten ze hun uitwerking niet, maar ze hadden onaangename bijwerkingen, zoals hoofdpijn en spijsverteringsstoornissen.

Omstreeks 1870-1880 waren de gestichten overbevolkt geraakt, met alle gevolgen van dien voor het peil van verpleging. Ook na 1884 bleef het aantal opgenomen patiënten stijgen, maar de noodzakelijke nieuwbouw liet tot 1895 op zich wachten. Tussen 1895 en 1910 werden in totaal 19 nieuwe inrichtingen gebouwd, ver van de grote stad in een landelijke omgeving, de meeste opgezet volgens het paviljoensysteem: een samenstel van losse gebouwen, elk bestemd voor een aparte categorie patiënten. Het initiatief tot oprichting van deze nieuwe gestichten ging uit van particuliere protestantse en katholieke organisaties, in het kader van hun emancipatiestrijd. In de periode 1884-1910 was ruimschoots sprake van een verdubbeling van het aantal opgenomenen.⁷³

71 C.D.A. Brinkgreve. Psychoanalyse in Nederland, een vestigingsstrijd. Amsterdam, Arbeiderspers, 1984. I.N. Bulhof. Freud en Nederland. De interpretatie en invloed van zijn ideeën. Baarn, Ambo, 1983.

72 J. Vijselaar. O.c., pag. 100.

73 J. Vijselaar. O.c., pag. 17, 18.

Hanneke van de Klippe

DWANGTOEPASSING
NA ONVRIJWILLIGE
PSYCHIATRISCHE OPNAME

Een juridische beschouwing

