

Te verstrekken medische gegevens: een weerstand tegen herstel

J. VAN EGMOND

ACHTERGROND Het verstrekken van medische gegevens aan patiënten en derden uit het psychiatrisch dossier kan de ziekte winst bevorderen en het herstel van het geestelijk evenwicht belemmeren. De psychiater kan in zijn contact met patiënten en in zijn praktijkvoering hiermee op diverse manieren omgaan. Verandering in de wetgeving is wenselijk.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 6, 333-339]

TREFWOORDEN patiëntendossier, wetgeving, ziekte winst

GEVALSBESCHRIJVING

Een aimabele, goed Nederlandssprekende, intelligente allochtone man van 53 jaar is al een aantal jaren bekend op onze polikliniek met de diagnose intermitterende explosieve stoornis. Het bij dit syndroom behorende gedrag van patiënt heeft uiteindelijk geleid tot een echtscheiding, na twintig jaar huwelijk met zijn Nederlandse echtgenote. Als gevolg van deze echtscheiding woont hij nu alleen. Mede hierdoor is hij enkele malen opgenomen geweest wegens depressie met dreigende suïcide. Zijn ex-vrouw en zijn studerende kinderen maken zich ernstig ongerust en interveniëren voor hem ten aanzien van hulpverlenende instanties, helpen hem met de huishouding, koken voor hem en doen zijn administratie. De ambulante behandeling bestaat naast medicatie – pipamperon en amitriptyline – ook uit ondersteunende gesprekstherapie, soms aangevuld met psychiatrische intensieve thuiszorg. Enkele dagen na een reis naar zijn land van herkomst verschijnt hij volgens afspraak op de polikliniek. Hij vertelt dat het bijzonder goed met hem gaat. Hij heeft de medicatie gestaakt en hij zal naar zijn mening onze hulp minder nodig

hebben indien ik hem behulpzaam zou kunnen zijn bij een belangrijk probleem aangaande zijn geestelijke stabiliteit, en wel het volgende: Hij is een paar weken geleden in zijn land van herkomst gehuwd met een vrouw die vijftwintig jaar jonger is dan hijzelf. Hij zou graag van mij een medische verklaring krijgen die bevestigt dat zijn geestelijke gezondheid vereist dat zijn vrouw zich in Nederland kan vestigen. Ik leg hem uit dat ik als behandelend arts, in overeenstemming met daarvoor geldende regels van de Koninklijke Nederlandse maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst, geen verklaring zal afgeven. Een week later ontvang ik een brief van zijn advocaat met vragen betreffende de meest wenselijke situatie voor het handhaven van de geestelijke gezondheidstoestand van patiënt. Na patiënt te hebben laten weten dat ik weiger informatie aan zijn advocaat over hem te verstrekken, vraagt hij een kopie van zijn dossier om dit aan zijn advocaat ter hand te kunnen stellen. Daarna lukt het patiënt snel om voor zijn nieuwe echtgenote een verblijfsvergunning te verkrijgen. Nu, een half jaar later, is hij opnieuw bij mij onder behandeling vanwege dezelfde door hem veroorzaakte huiselijke problemen als voorheen.

WEERSTAND TEGEN HERSTEL

Voor patiënten die een aanwijsbaar sociaal voordeel – ziekte winst – zoeken bij het in psychiatrische behandeling zijn, is de kans op een negatief behandelresultaat bijna tweemaal zo groot als voor patiënten die uitsluitend verbetering van hun geestelijke situatie zoeken zonder bijbedoelingen van sociaal of materieel voordeel (Van Egmond & Kummeling 2002)

De weg waarlangs sociaal voordeel verkregen wordt, is die van het laten verstrekken van medische gegevens aan instanties of personen die niet bij de behandeling betrokken zijn. Als een patiënt een dergelijke weg voor ogen staat, is het in ieder geval vanuit zijn of haar standpunt raadzaam om de genezing niet te bespoedigen. Het gebruik willen maken van deze informatieweg heeft een negatieve invloed op de behandeling.

Als het bestaan van deze informatieverstrekking via of met instemming van de patiënt aan derden een negatieve invloed op de behandeling kan hebben, doet zich de vraag voor of er voor de psychiater mogelijkheden zijn om deze weerstand tegen genezing te slechten. Mijn klinische indruk is dat deze negatieve invloed op de behandeling vaak samenhangt met 'weerstand'. Dit begrip zal in de volgende paragrafen uitvoerig besproken worden.

Er zijn drie mogelijkheden om deze weerstand te bestrijden: door de psychiater zelf in het contact met de patiënt, door de organisatie van zijn praktijk en door wetgeving. Deze drie mogelijkheden zullen achtereenvolgens besproken worden na eerst een korte bespreking van het begrip secundaire ziekte winst.

HET BEGRIIP SECUNDAIRE ZIEKTEWINST

Door de patiënt ervaren voordelen van de ziekte die het herstel belemmeren, worden wel samengevat onder de term 'ziekte winst'. Freud introduceerde het begrip ziekte winst en definieerde het als volgt. Als het gaat om een infantiel onbewust conflict dat aan de ziekte ten grondslag

ligt, noemt men dat 'primaire ziekte winst'. Bij een voorbewust vasthouden aan de ziekte vanuit vermeende of reële voordelen spreekt men daarentegen van 'secundaire ziekte winst'. Deze secundaire ziekte winst is de eerste weerstand die de therapeut tegenkomt wanneer hij tracht verbetering te bereiken in het neurotische symptomencomplex dat als primaire ziekte winst wordt aangeduid. Onder anderen Barsky & Klerman (1983) formuleren secundaire ziekte winst daarentegen als een geheel bewust mechanisme en wel als volgt: 'Acceptable or legitimate interpersonal advantages that result when one has the symptom of a physical disease'. In de definitie van Barsky & Klerman gaat het niet meer om belemmering van het herstel, maar om een beschrijving van de rechten en plichten van een zieke. Hun definitie ligt dicht in de buurt van het sociologisch begrip 'ziekerol', dat wil zeggen het uitoefenen van de rechten, en het uitvoeren van de plichten die in het geval van ziek zijn door de cultuur worden voorgeschreven (Parsons 1951), en het sociaal-psychologische begrip 'ziektegedrag', dat is de legitimatie voor een zekere mate van regressief gedrag (Mechanic & Volkert 1960).

Buiten de psychoanalyse wordt secundaire ziekte winst de laatste decennia niet alleen als een bewust fenomeen, maar ook in toenemende mate als het externe gerief dat een ziekte meebrengt gedefinieerd, in plaats van het te beschrijven als een intrapsychisch mechanisme. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de ontwikkeling van het begrip van de derde naar de vierde versie van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). In de DSM-III (1980) is er nog sprake van het psychologische mechanisme *secondary gain* naast het psychologische mechanisme *primary gain*. *Secondary gain* wordt in de DSM-III gedefinieerd als een pathologisch mechanisme waarbij de patiënt activiteiten vermijdt die hij om innerlijke redenen als schadelijk beschouwt, en ondersteuning zoekt voor zijn neurotische symptomen, bijvoorbeeld conversieverschijnselen. Voor een atheoretisch classificatiesysteem, dat de DSM pretendeert te zijn, is dit een heel psychodynamisch getinte

omschrijving. In de DSM-IV (1994) wordt secundaire ziekte winst in het geheel niet meer gedefinieerd als psychologisch verschijnsel, maar uitsluitend als externe beloning. Dit hangt uiteraard mede samen met de toenemende voorkeur voor meetbare begrippen. Het begrip secundaire ziekte winst lijkt eenvoudiger en beter te operationaliseren wanneer het verwijst naar een tastbare beloning, dan naar een intrapsychisch mechanisme.

HET BESTRIJDEN VAN DE WEERSTAND TEGEN HERSTEL

Het contact tussen psychiater en patiënt Schoen (1993) heeft aan de hand van uitvoerige casuïstiek laten zien dat er, in dit geval bij een somatische ziekte, sprake kan zijn van voorbewust verzet tegen genezing. Patiënten verzetten zich, vaker dan vermoed, voorbewust tegen maatregelen die hun toestand zouden kunnen verbeteren of tot genezing zouden kunnen leiden. Voorbewust wil hier zeggen dat patiënten zich in eerste instantie niet bewust zijn van hun verzet, maar dat het bewustzijn hiervan wel tamelijk aan de oppervlakte ligt, en als mogelijkheid bespreekbaar en voor de patiënt aanvaardbaar is. Meestal past de komst van de ziekte goed in het afweerpatroon dat patiënten ook in de premorbide periode reeds hanteerden. Afweerpatronen die gemakkelijk tot secundaire ziekte winst leiden, zijn volgens Schoen onder meer overdekking met het tegendeel bij de afweer van passieve liefdesbehoeften en conflictvermijding. In de beschrijving van Schoen gaat het dus om secundaire ziekte winst in de oorspronkelijke freudiaanse betekenis. Hij onderzocht honderdtien patiënten met somatische aandoeningen, die tevens in psychotherapeutische behandeling waren en vond bij veertig procent een psychologische toerusting die het beloop van de ziekte negatief beïnvloedde door onbewust verzet tegen rationale maatregelen. Dit voorbewuste verzet was tevens focus van de behandeling.

Ook in psychotherapie vormt secundaire ziekte winst al te vaak een enorme weerstand en is

deze regelmatig zo sterk aanwezig dat zij een succesvolle behandeling in de weg staat. Sommige voordelen van het in therapie zijn kunnen alleen worden behouden door in therapie te blijven (Ferguson 1998).

Uit ons bovengenoemd onderzoek (Van Egmond & Kummeling 2002) is naar voren gekomen dat niet alleen meer dan veertig procent van de ambulante behandelde psychiatrische patiënten een nevenmotief heeft in de zin van voor hem of haar voordelige informatieverstrekking, maar ook dat dit slechts bij iets meer dan vijf procent door de intaker en bij niet meer dan vijftien procent door de behandelaar wordt doorzien. Het lijkt daarom belangrijk dat de intaker/behandelaar zich meer bewust wordt van het specifieke nevenmotief waarmee een groot deel van zijn of haar patiënten binnenkomt respectievelijk in behandeling blijft.

Men mag gerust aannemen dat ook de meeste patiënten met een nevenmotief te goeder trouw handelen – dat wil zeggen bewust streven naar een zo goed en zo snel mogelijk herstel van het geestelijk evenwicht. De goede wil van de patiënt moet echter wel ondersteund worden. Een goed begin zou kunnen zijn om bij iedere patiënt een uitgebreide sociale anamnese en een arbeidsanamnese te doen om het meestal verborgen nevenmotief op te sporen en de nadelen van de door dit aanwezige nevenmotief opgelopen weerstand tegen genezing met de patiënt te bespreken. De hulpverlener confronteert de patiënt in dat geval met diens ambivalentie van zijn op ziekte winst gebaseerd gedrag en zijn vraag om vermindering van klachten. Voor- en nadelen van het ziektegedrag kunnen naast elkaar gezet worden en worden besproken. Hierdoor wordt mogelijk de bekrachtiging van het ziektegedrag gewijzigd. Nadelen die de therapeut aan de patiënt duidelijk zou kunnen maken zijn bijvoorbeeld de negatieve invloed op het zelfbeeld, de negatieve invloed van het beeld dat anderen van hem of haar hebben en gedragsbeperkingen die aan de ziekte winst gekoppeld zijn om zelfbeeld en beeld dat anderen hebben in stand te houden. In gedrags-

therapeutische termen: de discriminatieve stimulus die het ziektegedrag uitlokt, wordt van betekenis veranderd. Het kan gaan om gedachten als: 'Ik ben zwak. Ik ben minderwaardig. Mij is onrecht gedaan. Ik zal het ze betaald zetten. Als ik maar eenmaal...'. Dit zijn gedachten met een fixatie op voordelen, die wellicht tegenvallen als ze zijn binnengehaald. Geprobeerd kan worden deze gedachten uit te dagen en om te buigen. Om een defensieve reactie te voorkomen, is het goed om met enkele voorbeelden aan te geven dat ziekte-winst een heel normaal verschijnsel is en niets met doortraptheid te maken heeft. Als het dilemma bewustgemaakt is en open op tafel ligt, kunnen hulpverlener en patiënt bespreken wat ze ermee willen doen. Als het niet lukt een defensieve reactie te voorkomen, hoeft dit geen ramp te zijn. Het kan dan zijn dat patiënt en hulpverlener niet tot een gezamenlijke visie op de klachten komen, niet komen tot een gezamenlijk behandelplan, en dat gekozen wordt voor een verwijzing naar bedrijfsarts of maatschappelijk werk.

Praktijkvoering In de Nederlandse rechtsverhoudingen is het zo gesteld dat indien er persoonsgebonden medisch-psychiatrische informatie bestaat, er ook de mogelijkheid is voor de betreffende persoon om aanspraak te maken op materiële of immateriële compensatie op grond van deze informatie. Het gevaar van het bezit van deze mogelijkheid is dat deze het ziektebeloop kan frustreren en onnodig kan verlengen. Vanuit het gezichtspunt van de behandelend arts, die waakt over een zo gunstig mogelijk beloop, lijkt het daarom aangewezen om te voorkomen dat medische informatie voor enig ander doel wordt gebruikt dan genezing. De patiënt wil mogelijk anders en kan een derde toestemming geven om deze medische informatie voor niet-behandelingsdoeleinden te gebruiken.

Wel komt uit de Wet bescherming persoonsgegevens, evenals uit de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO), en ook uit de EU-richtlijnen ter bescherming van persoonsgegevens (directief 95/46/ec) naar voren dat deze

toestemming schriftelijk, vrijwillig, gericht en geïnformeerd moet zijn. Dit betekent dat het voor de betrokkenen duidelijk moet zijn om welke gegevens het gaat, met welk doel en aan welke artsen deze worden verschaft en wat de consequenties van de verstrekkingen kunnen zijn. Echter, ook al is er een volgens de regels verstrekte machtiging door de patiënt, dan is de behandelend arts nog niet verplicht medische gegevens te verstrekken aan artsen die niet direct bij de behandeling betrokken zijn. De machtiging van de patiënt ontslaat de arts alleen van zijn zwijgplicht, maar verplicht de behandelend arts niet tot spreken. De arts zal alsnog als goed hulpverlener zelf moeten oordelen of, en in hoeverre, hij gegevens verstrekt over de patiënt (artikel 7:453 BW (WGBO)). Hieruit volgt dat wanneer de arts ondanks toestemming van de patiënt ernstige bezwaren heeft tegen het verstrekken van gegevens, hij die gegevensverstrekking kan weigeren. Vanwege het recht op inzage en kopie (artikel 7:456 BW (WGBO)) is de arts wél verplicht om de patiënt als deze dat wenst een afschrift van het dossier te geven. De patiënt kan dan vervolgens zelf bepalen wat hij met deze gegevens doet.

Met de psychopathologische gegevens uit het psychiatrisch dossier zal de patiënt meestal zijn voordeel kunnen doen als het gaat om materialisatie van beoogde ziekte-winst. De meeste patiënten zijn goed van deze mogelijkheid op de hoogte, getuige bijvoorbeeld het aantal brieven dat op onze polikliniek van de kant van uitvoeringsorganen belandt met vragen over de medische toestand betreffende een patiënt die zich pas op een later tijdstip aanmeldt.

Het is denkbaar om in plaats van de informatieverstrekking te weigeren deze wel te geven en daarbij als gewetensvol hulpverlener tevens te melden dat ziekte-winst een belangrijke rol lijkt te spelen. Het ongevraagd geven van een dergelijke mening is wel vragen om bederf van de arts-patiëntrelatie. Bovendien is ziekte-winst moeilijk aantoonbaar en wellicht zelfs onbewust – nog niet duidelijk aan de patiënt zelf. Betrokken patiënt zou ook de informerend arts in gebreke kunnen

stellen over het feit dat er onjuiste of opiniërende informatie over hem wordt verstrekt.

Het lijkt daarom beter om principieel informatie te weigeren aan alle niet-behandelaars. Het lijkt ook zinvol dit voorafgaande aan de intake-procedure duidelijk aan de patiënt te laten weten. Soelaas biedt dit niet, omdat de patiënt ook geïnformeerd moet worden over zijn recht op een kopie van het medisch dossier en over het feit dat hij daarmee naar eigen inzicht kan handelen. In ieder geval kan de hulpverlener zijn handen in onschuld wassen en proberen op een ander niveau dan de arts-patiëntrelatie de regels te veranderen.

Wetgeving Het volledige inzage- en kopierecht met betrekking tot het psychiatrisch dossier heeft onbedoeld tot gevolg dat een patiënt de beschrijving van zijn problemen door zijn psychiater kan gebruiken voor het verwerven van ziekte-winst. Deze ziekte-winst belemmert het herstel. Het zou voor het beloop van het ziektebeeld gunstig kunnen zijn als de patiënt deze informatie wel zou kunnen krijgen, maar niet zou kunnen gebruiken voor het verwerven van andere zaken dan zijn geestelijk evenwicht. In het verleden is er wel gepleit om informatie aan derden te weigeren (Van der Weerd & Koelen 1987). Zoals bovenbeschreven, is deze weigering echter gemakkelijk te omzeilen.

Een andere mogelijkheid is om te trachten wettelijk te regelen dat psychopathologische informatie over een patiënt voor niet-behandelaars alleen kan worden verkregen via een onafhankelijke deskundige. Pols (1987) heeft het model beschreven van een *regulator*, zijnde niet de behandelaar, die zorgdraagt voor de rapportage aan niet-behandelaars. Zijn voorstel betreft echter een arts uit de eigen instelling. Afgezien van het feit dat een patiënt niet verplicht is om een dergelijke regeling te aanvaarden, kan men ook vragen stellen bij de onafhankelijkheid van een arts uit hetzelfde instituut als de behandelaar. De oplossing zou kunnen zijn dat het geven van informatie aan derden, die niet tot het behandelteam behoren, op dezelfde wijze geschiedt als

thans in een 'artsenverklaring'. Dergelijke verklaringen mogen volgens het 'groene boekje' (KNMG-Vademecum, artikel 3.1) alleen worden afgegeven door een onafhankelijk arts. Voornoemd artikel zegt: 'wanneer een patiënt, die een verzoek heeft welke hij ondersteunt met argumenten van medische aard, en wanneer de instelling/persoon, die over dit verzoek te beslissen heeft en niet voldoende heeft aan de mededelingen van de patiënt zelf, een bevestiging met een waardeoordeel van en arts wenst, dan wordt deze bevestiging een geneeskundige verklaring genoemd. Dit waardeoordeel, dat een ander doel dient dan behandeling/begeleiding, moet objectief en deskundig zijn, hetgeen inhoudt dat de geneeskundige verklaring moet worden opgesteld door een onafhankelijk arts, die deskundigheid heeft op het terrein waarop de vraagstelling zich afspeelt.'

De wetsvoorziening die hier nodig is, is een regel die het onmogelijk maakt om informatie omtrent diagnose en behandeling voor niet-behandelingsdoeleinden te gebruiken, anders dan via een onafhankelijk arts. Deze onafhankelijke arts zou veel beter dan de behandelend psychiater rekening kunnen houden met zowel ziekte-winst als het terrein waarop de vraagstelling zich afspeelt en zou zich niet alleen laten bepalen door inzicht in psychopathologische mechanismen. Eenieder met een psychiatrische aandoening moet uiteraard op grond van zijn psychisch lijden een beroep kunnen blijven doen op daartoe in het leven geroepen instanties om compensatie of dispensatie te verkrijgen, maar met de beoordeling daarvan kan zijn behandelend arts beter niets van doen hebben. Het niet-betrokken zijn van de behandelend arts voorkomt het rekenen en frustreren van de behandeling.

Een duidelijk voorbeeld van hoe wetgeving kan ingrijpen in het klachtenpatroon biedt het onderzoek naar de gevolgen van de wettelijk eliminatie van financiële claims voor smart en pijn met als oorzaak whiplash in de Canadese provincie Saskatchewan. Cassidy e.a. (2000) onderzochten van 1 juli 1994 tot 31 december 1995 intensiteit

van de nekpijn, niveau van fysiek functioneren en mate van depressieve symptomen bij whiplash-patiënten in de genoemde provincie. Deze tijdsperiode werd genomen in verband met een wettelijke verandering, ingaand 1 januari 1995, inhoudende de overgang van een schadeaansprakelijkheid in een risicoaansprakelijkheid. Een claim alleen op grond van pijn en ander subjectief lijden werd daarmee na 1 januari 1995 vrijwel onmogelijk. Niet alleen daalde, zoals te verwachten, het aantal claims, maar ook waren aantal en ernst van pijnklachten en depressieve symptomen in het onderzochte cohort na januari 1995 ten opzichte van dat van voor januari 1995 significant minder. De resultaten van dit onderzoek bevestigden het idee dat whiplash een zichzelf beperkende aandoening is, die het best behandeld kan worden met minimale interventie: geruststelling en het advies zoveel mogelijk de normale activiteiten te hervatten. Het wettelijk beperken van de mogelijkheid tot ziekte winstmaximalisatie leidde ertoe dat de subjectieve klachten afnamen.

CONCLUSIE

Het volledige inzage- en kopierecht met betrekking tot het psychiatrisch dossier heeft onbedoeld tot gevolg dat een patiënt de beschrijving van zijn problemen door zijn psychiater kan gebruiken voor het verwerven van ziekte winst. Deze ziekte winst belemmert het herstel. Het zou voor het beloop van het ziektebeeld gunstig kunnen zijn, als de patiënt deze informatie wel zou kunnen krijgen, maar niet zou kunnen gebruiken voor het verwerven van andere zaken dan zijn geestelijke evenwicht. In het verleden is er wel voor gepleit om informatie aan derden te weigeren, dan wel een niet in de arts-patiëntrelatie betrokken tussenpersoon in te schakelen. Een meer effectieve mogelijkheid lijkt het om wettelijk te regelen dat informatie aan derden – niet behorend tot de bij de behandeling betrokken hulpverleners – alleen kan geschieden door een onafhankelijke arts. Deze onafhankelijke arts, die

de verklaring afgeeft, zou dan in het bijzonder moeten beoordelen in hoeverre ziekte winst mee speelt en in welke mate het toegeven hieraan het herstel vertraagt.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Barsky, A.J., & Klerman, G.L. (1983). Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *The American Journal of Psychiatry*, 140, 273-283.
- Cassidy, J.D., Carroll, L.J., Cote, P., e.a. (2000). Effect of eliminating compensation for pain and suffering on the outcome of insurance claims for whiplash injury. *The New England Journal of Medicine*, 342, 1179-1186.
- Egmond, J. van, & Kummeling, I., (2002). A blind spot for secondary gain affecting therapy outcomes. *European Psychiatry*, 17, 46-54.
- Ferguson, E. (1998). Hypochondriacal concerns, symptom reporting and secondary gain mechanisms. *British Journal Medical Psychology*, 71, 281-295.
- Mechanic, D., & Volkart, E.H. (1960). Illness behavior and medical diagnoses. *Journal of Health and Human Behavior*, 1, 86-94.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Glencoe: The Free Press.
- Pols, J. (1987). De ontbrekende schakel tussen psychotherapie en rapportage. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 47, 1248-1249.
- Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens. (1996). *KNMG Vademecum*. Utrecht: KNMG.
- Europees Parlement. (1995). Richtlijn 95/46/EG van het Europees Parlement en de Raad van 24 oktober 1995 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens. In: *Publicatieblad*, L 281, 0031-0050.
- Schoen, M. (1993). Resistance to health: when the mind interferes with the desire to become well. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 47-54.
- Weerd, M. van der, & Koelen, N.G.M. (1987). Informatie aan keurende instanties? Nooit! *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 47, 603-606.
- Wet bescherming persoonsgegevens. (2000). *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden*, 302.

Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. (1994). Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 837

AUTEUR

J.J. VAN EGMOND is psychiater en inhoudelijk manager ambulant van Adhesie Polikliniek Hanzepoort in Deventer. Correspondentieadres: J.J. van Egmond, Adhesie Polikliniek Hanzepoort, Pikeursbaan 3, 7411 GT Deventer. Telefoon: (0570)688768, fax: (0570)688767. E-mail: j.vanegmond@adhesie.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 5-11-2002.

SUMMARY

Access to medical records: resistance to recovery – J. van Egmond – Information available from a patient's psychiatric medical record may promote secondary gain and hinder the recovery of mental health. Psychiatrists can cope with this in their contact with patients and in their practice. Also, there are desirable changes to current law.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 6, 333-339]

KEY WORDS illness gain, legislation, medical record