Informed consent in de psychiatrie

door J.L.M. van der Beek

Samenvatting

In de spoedig in de Tweede Kamer te behandelen geneeskundige behandelingsovereenkomst is een der belangrijkste onderwerpen het informed consent, de zogenaamde toestemmingsvereiste.

Op het gebied van de psychiatrie toegepast, ontstaan er de nodige problemen. Er is een strijd in de literatuur aan de gang of dit realiseren van grondrechten een verbetering is van de zorg danwel een strikt juridische fictie.

In elk geval is er sprake van een paradox, dat de meest ernstige patiënt , voor wie het informed consent het meest nodig is, er het slechtst toe in staat is. Informatie moet zowel gegeven worden als begrepen worden en een patiënt dient in staat te zijn om keuzes te maken; besproken wordt dat elk van deze punten de nodige problemen meebrengt.

In elk geval is het informed consent nooit een eenmalige gebeurtenis maar veel meer een proces in de tijd. Een aantal suggesties wordt gedaan hoe met dit probleem om te gaan; bij een belangrijke groep psychiatrische patiënten blijft het informed consent ook in de 'by proxy'-vorm vrijwel onmogelijk.

Inleiding

Recentelijk is het bij de Raad van State liggende ontwerp Wijziging van het burgerlijk wetboek inzake de overeenkomst tot het verrichten van handelingen op het gebied van de geneeskunde, doorgestuurd naar de Tweede Kamer der Staten Generaal (min. van WVC 1987). Hoewel wij in het algemeen willen toejuichen dat de overeenkomst de wederzijdse rechten en plichten wettelijk wil verankeren, moeten aan de andere kant vraagtekens worden geplaatst bij de wijze waarop een en ander is uitgewerkt. Immers, in het betreffende concept wordt zo weinig rekening gehouden met de praktijk van alledag dat een ernstige discrepantie dreigt tussen deze praktijk en de theorie zoals deze tot uitdrukking komt in de voorgestelde wettekst. Wij zullen onze zienswijze hieronder nader toelichten.

De voorgestelde wettekst

De voorgestelde wetswijzigingen beogen in feite concretisering te geven aan de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, waarin het recht op geestelijke en lichamelijke integriteit wordt omschreven. Deze bepalingen waarborgen het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer en op de onaantastbaarheid van het menselijk lichaam, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen. Hierbij willen wij ons overigens afvragen of de wetgever, bij het formuleren van de oorspronkelijke doelstelling, wel wezenlijk de medische praktijk zoals wij die nu kennen, heeft meegewogen. Wij laten nu eerst de voorgestelde wettekst volgen.

Artikel 1653b:

1. De hulpverlener licht de patiënt op duidelijke wijze en, desgevraagd, schriftelijk in over de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling die hij noodzakelijk acht, over de te verwachten gevolgen en risico's daarvan voor de gezondheid van de patiënt, over andere methoden van onderzoek of behandeling die in aanmerking komen, alsmede over de staat van en de vooruitzichten met betrekking tot diens gezondheid voor wat betreft het terrein van het onderzoek of de behandeling.
2. De hulpverlener mag de patiënt bedoelde inlichtingen alleen dan onthouden, indien deze voor de patiënt kennelijk ernstig nadeel zouden opleveren. Indien het belang van de patiënt dit vereist, dient de hulpverlener de desbetreffende inlichtingen aan een ander dan de patiënt te verstrekken. De inlichtingen worden de patiënt alsnog gegeven, zodra bedoeld nadeel niet meer te duchten is.

Artikel 1653 c:

Indien de patiënt te kennen heeft gegeven geen inlichtingen te willen ontvangen, laat de hulpverlener het verstrekken daarvan achterwege, behoudens voor zover hij, gelet op de aard van de inlichtingen, deze noodzakelijkerwijs aan de patiënt dient te verstrekken.

Artikel 1653d:

1. Voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst is telkens de toestemming van de patiënt vereist.
2. Indien de minderjarige patiënt de leeftijd van zestien jaar nog niet heeft bereikt en artikel 1653q niet van toepassing is, is naast de toestemming van de patiënt voor de verrichting de toestemming van diens wettelijke vertegenwoordiger vereist. De verrichting kan evenwel zonder die toestemming worden uitgevoerd indien zij in het belang van de patiënt kennelijk noodzakelijk moet worden geacht.
3. De toestemming van de patiënt voor de verrichting, onderscheidelijk de toestemming van diens wettelijke vertegenwoordiger, indien deze naast de toestemming van de patiënt of in plaats daarvan is

vereist, mag worden verondersteld indien de verrichting niet van ingrijpende aard is.

4. Het bepaalde in het eerste en tweede lid is niet van toepassing: a. indien de patiënt onderscheidelijk diens wettelijke vertegenwoordiger niet in staat is zijn toestemming te geven en het belang van de patiënt vereist dat tot de verrichting onverwijld wordt overgegaan; b. indien zulks uit het bij of krachtens een andere wet bepaalde voortvloeit.

In artikel 1653e wordt voorts bepaald dat de hulpverlener op verzoek van de patiënt schriftelijk dient vast te leggen voor welke verrichting deze toestemming geeft, en artikel 1653f bepaalt dat de patiënt naar beste weten de inlichtingen dient te verstrekken en de medewerking dient te verlenen aan de hulpverlener die deze behoeft voor het uitvoeren van de overeenkomst.

Nadere toelichting

Het centrale punt bij de problematiek van het informed consent (IC), de zogenaamde toestemmingsvereiste, is dat de patiënt c.q. diens wettelijke vertegenwoordiger zijn situatie goed moet kunnen beoordelen, de risico's moet kunnen overzien en moet komen tot een weloverwogen besluit.

De ethicus Kuitert (1984) koppelt dit aan het recht op autonomie; ziekte verstoort de autonomie en de hulpverlener heeft als eerste taak om deze autonomie te herstellen. Rosoff (1981) stelt dat, wanneer een medische behandeling wordt toegepast zonder dat de patiënt daarvoor toestemming heeft gegeven, er sprake is van agressieve bedoelingen en mishandeling van de patiënt en zeker in elk geval minimaal van een onzorgvuldige geneeskundige behandeling.

In een uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege (1989) wordt gesteld dat de voorlichting door de arts niet alleen gegeven dient te worden, maar dat ook zeker moet zijn dat de patiënt duidelijk begrepen heeft wat er aan de orde is, zodat hij zijn toestemming gebaseerd op de feiten, kan geven.

Deze uitspraak lijkt een zeer belangrijke maar heeft bij generalisatie toch wel verstrekkende consequenties. In een deeladvies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1980) dat aan de basis heeft gestaan van de huidige wettekst, wordt de problematiek aldus verwoord (enigszins verkort): Artikel 14: Het niet verstrekken van toereikende informatie door de hulpverlener kan worden beschouwd als wanprestatie, bestaande in het niet nakomen van een wezenlijk onderdeel van het medisch contract. Bij aantoonbare schade kan van de hulpverlener schadevergoeding worden gevraagd.

Artikel 24: Toestemming is vereist gebaseerd op de contractuele relatie tussen patiënt en hulpverlener. Artikel 25: Toestemming en informatie hangen nauw samen.

Toestemming dient door de patiënt zelf te worden gegeven door middel van een positieve wilsverklaring als antwoord op een aanbod van de hulpverlener. Bij beperkte vrijewilsbepaling dient in de mate van het mogelijke toestemming te worden gevraagd.

Artikel 28: Toestemming mag in beginsel niet worden verondersteld, uitgezonderd routinebehandeling. De patiënt dient men te attenderen op zijn rechten op dit punt.

In concreto betekent dit dat elke verrichting opnieuw toestemming vereist en dat informed consent eigenlijk voortdurend gevraagd moet worden. De vraag doet zich natuurlijk meteen voor of dit praktisch uitvoerbaar is en eigenlijk ook wel nodig bij een optimale vertrouwensrelatie.

Voor een IC is voldoende informatie nodig over de diagnose. Er zijn echter de laatste tijd signalen dat lang niet iedere patiënt gediend is met het weten van zijn of haar diagnose. Zo komt bij voorbeeld in studies van De Haes (1988), Keirse (1982) en Levensohn (1989) naar voren dat in gevallen van kanker en nierdialyse, en waarschijnlijk ook bij andere ziekte als een hartinfarct, een eerste fase van ontkenning gunstig is. Zo'n eerste fase leidt tot meer vechtlust met dien overeenkomstig lagere sterfte. In een latere fase moet het komen tot acceptatie en kan een realistischer patiëntenvoorlichting aan bod komen.

In een recent uitgekomen boekje 'Experts over informed consent' (Huising 1989), wordt sterk beklemtoond dat voorlichting een proces is, dat wil zeggen allerminst een eenmalige gebeurtenis.

In Amerika is al vele jaren een felle strijd aan de gang tussen een groep die stelt dat de grondrechten moeten worden uitgevoerd en een groep die stelt dat hier in de praktijk een juridische fictie wordt nagejaagd. Onder anderen bij Deveaugh en Geiss (1979) vinden wij een verwijzing naar deze discussie. Met name in de psychiatrie speelt dit probleem levensgroot.

In de kern gaat het om een zeer ingewikkeld probleem dat maar steeds niet wordt opgelost. Immers: de psychotische patiënt heeft medicijnen nodig om uit zijn psychose te komen, waarna hij in staat is tot een volwaardig IC. Maar in feite is dit IC nauwelijks geldig want het is alleen mogelijk op basis van gedwongen medicatie-inname.

Patiëntenvoorlichting dient aanwezig te zijn maar niet opgedrongen te worden (De Haes 1988). Pas achteraf kan het IC gegeven worden. Een nadere beschouwing van de relatie tussen informed consent en psychiatrie lijkt dan ook noodzakelijk.

De toestand in de psychiatrie

Bij het hierboven gegeven voorbeeld zitten we midden in de problematiek van de psychiatrie. Zodra we nu nader gaan kijken naar de

toepassing van IC in de psychiatrie, stuiten wij op een paradox. Wanneer het gaat om lichte gevallen dan is een toestemmingsvereiste eigenlijk nauwelijks noodzakelijk: er is geen sprake van een speciale verrichting, de patiënt geeft immers door het gaan naar de polikliniek zelf aan dat hij toestemt in een gesprek. Wanneer het gaat om zware problematiek dan is een IC vrijwel onmogelijk.

Om dit duidelijk te maken moeten we eerst wat nader ingaan op het gehele proces van tot stand komen van informed consent. Aan dit proces zijn, buiten de door de psychiater gegeven voorlichting, minimaal drie aspecten te onderscheiden:

a. de informatie moet opgepakt worden;
b. de informatie moet begrepen worden;
c. de patiënt moet een keuze doen.

Deze drie aspecten worden hieronder nader besproken.

a. Er is een uitgebreide literatuur over het slecht opnemen van informatie. De onderzoekingen hebben vooral plaatsgevonden bij patiënten met schizofrenie, maar ook bij zwaar depressieve patiënten zouden dezelfde resultaten vastgesteld zijn.

Beck en Staffin (1986) gaven aan 57 patiënten van wie 37 lijdende waren aan schizofrenie, 3 lessen over medicatie. Zij stelden vast dat de patiënten niet in staat waren om goed te beoordelen of de medicatie voor hen geschikt was en wat de werkingen en bijwerkingen waren. Er waren zelfs patiënten die vertelden dat ze totaal geen voorlichting gehad hadden ondanks het bijwonen van de 3 lessen.

McEvoy e.a. (1981) onderzochten 45 klinisch opgenomen schizofrene patiënten. Van deze groep begreep slechts 13% dat er sprake was van een psychische kwaal, slechts 27% begreep dat ze medicatie nodig hadden. Hij concludeert dat chronisch schizofrene patiënten inzicht missen in hun situatie om tot een gezond oordeel over medicatie en behandeling te komen. Schrijvers halen ook een onderzoek aan van Lin e.a. (1979) die aan 100 chronische patiënten vragen voorlegden zoals:

- denkt u dat u in een ziekenhuis zou moeten zijn,
- denkt u dat u een psychiater zou moeten raadplegen,
- denkt u dat u een dokter nodig heeft,

waarbij deze onderzoekers stelden dat slechts 31 van de 100 patiënten deze vragen redelijk correct beantwoordden.

Irwin e.a. (1985) onderzochten 47 mannen en vrouwen. Deze groep patiënten werd meteen bij opname voorgelicht. Alle patiënten gaven aan dat ze de informatie begrepen hadden maar bij een test hiernaar bleek het begrip minimaal. Hun conclusie luidde dat een psychose het gehele informatieproces verstoort en dat voorlichting beter uitgesteld kan worden totdat de acute fase voorbij is. Voorts wijzen zij erop dat informatie herhaald dient te worden.

Soskis (1978) onderzocht 25 schizofrene patiënten. Slechts 32% gaf enige aanwijzing in de richting van het kennen van hun psychiatrische diagnose. Soskis stelt dat voorlichting niet zonder meer leidt tot een 'beter' patiëntengedrag, in tegendeel hij vindt aanwijzingen voor een verslechtering, omdat patiënten erg gevoelig reageren op informatie over bijwerkingen van medicijnen.

Soskis concludeert dan ook dat een IC buitengemeen moeilijk is bij deze groep.

Palmer en Wohl (1972) gaven voorlichting aan een groep van 40 patiënten en concludeerden dat vaak heel eenvoudige gegevens al niet worden begrepen. Veel patiënten zijn na drie weken totaal vergeten wat er aan hen verteld is.

Door Hatfield (1989) is erop gewezen dat schizofrene patiënten lijden aan een aantal stoornissen zoals identiteitsverwarring, aandachtsstoornissen en cognitieve verwarring, waardoor zij vaak informatie niet adequaat oppakken. Door Weiner en Lovitt (1984) wordt gesteld dat de patiënten vaak enerzijds niet oppakken en anderzijds niet begrijpen wat hun verteld wordt. Zo worden patiënten gezien als lui en onoplettend, terwijl het in wezen om diepere stoornissen gaat. Zij stellen dat het woordgebruik niet eenvoudig genoeg kan zijn.

Appelbaum e.a. (1981) onderzochten 50 nieuw opgenomen patiënten en stelden vast dat van de voorlichting bij opname gegeven, slechts 30 tot 50% blijft hangen. Zij concluderen dan op grond van het feit van deze beperkte opname van informatie dat deze patiënten niet in staat zijn om tot een weloverwogen beslissing te komen. Marder e.a. (1983) onderzochten in totaal 30 patiënten van wie 15 vrijwillig toestemming gaven tot medicatie en 15 patiënten medicatie weigerden. Zoals te verwachten was waren degenen die weigerden in het algemeen wantrouwend ingesteld, en hadden minder het idee dat ze ziek waren.

De onderzoekers concluderen dat de weigering van medicijnen veroorzaakt wordt door stoornissen in het denken, welke leiden tot een paranoïde instelling, ook ten opzichte van medicatie.

In dezelfde lijn onderzochten Grossman en Summers (1980) 20 schizofrene patiënten; zij concludeerden dat degene die de informatie goed begrepen hadden ook meestal toestemden in de behandeling; degenen die de voorlichting niet begrepen hadden weigerden de behandeling vaak.

Op basis van het beschikken over minder informatie hebben schizofrene patiënten een duidelijk verminderde capaciteit om zaken te begrijpen en voor zichzelf te beslissen.

Schwartz e.a. (1988) onderzochten 24 patiënten die tegen hun wil medicijnen hadden gekregen. 17 patiënten gaven achteraf toe dat hun weigering om medicijnen in te nemen door de staf terecht was afgewezen. De overige 7 bleken meer kenmerken te tonen van megalo-

manie, hun psychose te ontkennen danwel slecht op de behandeling te reageren. Zij stellen dat weigeren van de medicatie een teken is van de ziekte van de patiënt. Zij concluderen dat een dergelijke weigering dus een klinische en geen juridische zaak is.

Concluderend kan men stellen dat er veel aanwijzingen zijn dat bij zwaardere psychoses informatie uit het gewone dagelijkse leven en informatie via specifieke voorlichting, slecht wordt opgenomen, waardoor aan een essentiële voorwaarde voor het begrijpen van informatie niet wordt voldaan. Vele onderzoekers hebben tegelijkertijd gekeken naar het opnemen van informatie en het begrijpen van de informatie, maar de data zijn toch wel zo indrukwekkend dat de conclusie van het bestaan van een stoornis in de informatieopname zeer waarschijnlijk is.

b. *Het begrijpen van de informatie.* Bij IC is naast het opnemen van de informatie het begrijpen van de informatie van groot belang. Wordt er ongeveer evenveel begrepen als een andere persoon met dezelfde opleiding en leeftijd?

Chaikin e.a. (1969) wijzen erop dat men in elk geval er op moet letten dat men niet te lange protocollen gebruikt, of te gedetailleerde beschrijvingen van bijwerkingen geeft. Kaplan (1988) stelt een zestal vragen van waaruit de therapeut kan opmaken of de patiënt precies de zaak begrijpt:

1. wat begrijpt de patiënt van het medisch probleem;
2. wat begrijpt de patiënt van de aanbevelingen van de arts;
3. wat begrijpt de patiënt van de achtergronden van het handelen van de arts;
4. wat is de keuze van de patiënt;
5. wat is de achtergrond van de keuze van de patiënt;
6. wat verwacht de patiënt in de toekomst van zijn keuzes.

Na het stellen van deze vragen krijgt men een behoorlijk oordeel over de vraag of iemand wezenlijk in staat is om de verbanden te leggen die noodzakelijk zijn om te komen tot een adequaat begrip.

Zoals in het vorige gedeelte vermeld zijn er duidelijke aanwijzingen bij diverse schrijvers dat het begrijpen van de informatie op grote problemen stuit. Stanley e.a. (1984) wijzen erop dat met name ouderen zowel in de psychische als in de somatische zorg problemen hebben met het begrijpen van voorlichting.

c. *Het komen tot een keuze.* Een belangrijk aspect van het IC is het doen van een duidelijke keuze. Keuzes kunnen verbaal geuit worden, schriftelijk gegeven worden; soms kan men simpelweg concluderen uit het gedrag van de patiënt dat hij/zij achter een bepaalde keuze staat (b.v. de therapeut vraagt: 'Wilt u mij maar volgen?' en de patiënt volgt).

Door Roth e.a. (1977) wordt gesteld dat het vermogen om een adequaat IC van de patiënt te krijgen nogal wat voeten in de aarde heeft. Zij noemen een vijftal factoren waarop in elk geval gelet zou moeten worden:

1. het keuzeaspect;
2. een redelijk resultaat van de keuze;
3. een keuze die gebaseerd is op redelijke overwegingen;
4. het vermogen om te begrijpen;
5. het feitelijk begrijpen van de problematiek.

Schwartz en Blank (1986) zetten grote vraagtekens bij de mogelijkheid om tot een weloverwogen IC te komen. Voorgesteld wordt om patiënten in te delen naar degenen

1. die totaal niet in staat zijn om IC te geven;
2. bij wie sprake is van enige verantwoordelijkheid zij het zeer gering;
3. die een matige verantwoordelijkheid bezitten;
4. die wel een grote mate van inzicht en verantwoordelijkheid tonen.

Met name in de groepen 1 en 2 is dan 'consent by proxy' noodzakelijk.

Het komt mij voor dat tot nu toe deze indeling een van de meest uitgebreide en tegelijkertijd meest praktische leidraden bevat, die momenteel beschikbaar zijn. Het grote criterium daarbij is steeds of de patiënt in staat is tot redelijke afwegingen te komen. Beseft dient te worden dat het redelijkheidscriterium vanzelfsprekend arbitrair is.

Pols (1990) stelt dat momenteel een algemene rationaliteitstheorie weinig kans maakt om te kunnen dienen als fundament voor competentiebeslissingen. Het is echter mogelijk, zo stelt hij, dat verschillende deelaspecten van het rationaliteitsbegrip zoals: het vastgesteld kunnen worden van ernstige denkstoornissen en van het kunnen begrijpen van de probleemstelling en de ernst ervan en het geven van redenen voor een beslissing, in de toekomst als criteria bruikbaar kunnen worden. Daarover is echter thans nog geen instemmigheid.

Het is voorts duidelijk dat in spoedgevallen IC niet verkregen hoeft te worden: in dergelijke gevallen kan men soms een familielid raadplegen maar het is een bekend feit dat in veel situaties de familie ontbreekt danwel dat de familie zelf niet altijd volledig zicht heeft op de belangen van de patiënt. Dit kan dan ook niet een echte hulp zijn in de vele gevallen waarbij blijkt dat de patiënt onvoldoende in staat is om zelf tot een keuze te komen.

Research en IC

Het is duidelijk dat een bespreking van de specifieke problematiek van de toestemmingsvereiste en wetenschappelijk onderzoek een terrein apart is. In het kader van dit artikel zal daar dan ook niet nader

op worden ingegaan. Voor ons onderwerp is overigens het werk van Dahan e.a. (1986) nog wel interessant. Deze wezen er bij voorbeeld op dat in geval van voorlichting over bijwerkingen bij wetenschappelijk onderzoek een van de resultaten is dat er veel meer bijwerkingen worden gerapporteerd.

Mogelijke oplossingen

Wanneer het niet goed mogelijk is om in de psychiatrie een zelfde systeem te hanteren als in de somatiek (waarbij vooral te denken is aan de chirurgische specialismen waarop m.i. het IC is toegeschreven), moet toch op zijn minst onderzocht worden in hoeverre hier oplossingen aan te dragen zijn.

In de literatuur worden een aantal zinvolle suggesties gedaan.

1. Door Deveaugh-Geiss (1979) wordt gesteld dat met name bij psychotische patiënten het IC in principe pas verkregen moet worden na uiterlijk 6 weken. Andere schrijvers vermelden termijnen van 3 tot 12 maanden.

2. Veel schrijvers o.a. ook Deveaugh-Geiss (1979), wezen op de mogelijkheid om het IC via toestemming vragen bij de familieleden te verkrijgen, zoals ook in de Nederlandse wettekst wordt aangegeven. Hierbij wordt ook gedacht aan een vertrouwenspersoon, anders dan de familie, die voor de belangen van de patiënt opkomt.

3. Door Schwartz (1980) wordt voorgesteld om de patiënt uitvoerig voor te lichten en zijn ziektebeeld, werkingen en bijwerkingen van medicijnen enkele keren met hem door te spreken, na vooraf de toestand waarin de patiënt verkeert te hebben bepaald. Hij onderscheidt een vijftal fasen waarin de patiënt kan verkeren:

a. 'shock';
b. ontkenningsfase;
c. toestand van verwarring;
d. toestand van sterke afhankelijkheid;
e. een herstelstadium.

De eerste drie stadia maken voorlichting slechts in beperkte mate mogelijk danwel in feite geheel onmogelijk. Aanbevolen wordt om zeer voorzichtig te zijn met het noemen van bijwerkingen van medicijnen omdat de patiënt er soms buitengewoon angstig van wordt.

4. Brown (1986) is buitengewoon pessimistisch over de mogelijkheid om een IC te verkrijgen en wil dit vervangen door de mogelijkheid van het zogenaamde assent, dat wil zeggen hij spreekt over het terzijde schuiven van het zeer gedetailleerd begrijpen van de hele problematiek en adviseert om de patiënt globaal akkoord te laten gaan met opname en behandeling. Men zou bijna kunnen zeggen: hier wordt van de nood een deugd maakt.

5. Cournos e.a. (1988) noemen de mogelijkheid om elke patiënt

te laten onderzoeken door 2 psychiaters, waarna voor het gerecht beslist kan worden of een patiënt die bezwaren heeft tegen medicatie alsnog de medicatie krijgt. De betekenis van het IC wordt hier duidelijk gereduceerd.

6. Chayet (1978) stelt expliciet voor een patiëntenvertrouwenspersoon toe te wijzen die de onderhandelingen voert namens de patiënt, vanzelfsprekend alleen in gevallen waarin de patiënt erg zorgbehoeftig is. Een variant hiervan geeft Brown (1986) die voorstelt om een groepsdiscussie te organiseren voor de patiënten, geleid door een speciaal daarvoor aangestelde staf. In dezelfde wijze van denken bevindt zich ook O'Connor (1981) die oppert dat een voorlichtingscoördinator in een ziekenhuis een belangrijke rol zou kunnen vervullen in dit soort gevallen.

Samenvattend komen de volgende mogelijke oplossingen naar voren vanuit de literatuur:
- het uitgestelde IC (bij voorbeeld na 6 weken of nog langer);
- het IC via familieleden of vertrouwenspersoon;
- het aan ziektefase gekoppelde IC;
- globale versus gedetailleerde IC;
- juridische toetsing achteraf.

Er blijken dus voldoende suggesties in de literatuur aanwezig maar een consensus is er nog zeker niet en de ideale vorm is nog ver weg. Eén groep wil proberen via verdere perfectionering het informed consent in elk geval tot het niveau verheffen waarop het in de somatische zorg ook functioneert; een andere groep acht het dilemma in de psychiatrie in feite niet oplosbaar. Men zoekt naar geheel andere oplossingen.

Nadere literatuurgegevens, overwegingen en conclusies

De meeste literatuur betreft onderzoek van IC bij psychotische patiënten met een schizofrene stoornis. Er is echter genoeg onderzoeksmateriaal (o.a. Benson 1985) om te stellen dat bij andere typen patiënten zoals depressieve patiënten in wezen dezelfde problematiek speelt.

Een belangwekkend probleem is daarbij de vrijwilligheid van opname. Irwin e.a. (1985) hebben bij hun onderzoek geen verschil gevonden.

In de literatuur als geheel is er een sterk pessimisme over de mogelijkheden om überhaupt te komen tot een reëel IC. Travis e.a. (1989) stellen: een goed onderbouwd IC kan slechts tot stand komen via een aantal gesprekken van hulpverlener en patiënt. Vaak zijn daartoe nauwelijks mogelijkheden aanwezig.

Ook Dyer (1978) sluit zich aan bij deze algemene conclusie en is

zeer negatief gestemd over de mogelijkheden van IC: hij noemt IC in de psychiatrie een onmogelijke zaak. Dit was ook reeds de eindconclusie van Mulder (1985) die een dergelijke problematiek vaststelde op het gebied van de kinderoncologie. Zijn oplossing is om te komen tot een soort inspraak van de patiënt.

Meisel e.a. (1977) willen niet zover gaan maar hebben wel als eindconclusie dat het IC zeer moeilijk is en dat er gestreefd moet worden naar verbetering van de informatie die aan de patiënt wordt gegeven en dat tevens hem meer participatiemogelijkheden worden aangeboden. Een van de eerste conclusies kan dan zijn dat in de praktijk de in het begin van dit artikel genoemde paradox, te weten in lichte gevallen niet nodig en in zware gevallen onmogelijk, door de meeste schrijvers wordt onderschreven. In feite is deze opstelling echter te negatief.

Ook in gevallen van zwaardere psychotische stoornissen zijn er perioden waarin de patiënt beter functioneert en waarin geprobeerd kan worden hem inzicht te geven in zijn problemen. Het gaat hier dan over een procesmatig voorlichtingsgebeuren.

Als tweede conclusie kan gesteld worden dat de discussie over IC in de psychiatrie zou moeten leiden tot een verbeterde voorlichting en tot een inspanningsvereiste op dit gebied. Noodzakelijk is het ontwikkelen van adequate voorlichtingsmethoden. Of uiteindelijk de patiënt zal profiteren van deze voorlichtingsmethoden hangt sterk af van zijn klinische toestand.

Zodra de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst in werking zal gaan treden, zal in principe het IC voor de psychiatrie ook gaan gelden. Het is onduidelijk hoe dit moet gaan verlopen. Te vrezen is dat met de wet in de hand rechtscolleges de psychiatrische praktijk soms bijzonder zullen bemoeilijken.

Het verdient dan ook geen aanbeveling om de toestemmingsvereiste zonder meer geldend te maken voor de gehele psychiatrische praktijk. Het idee dat familieleden of patiëntenvertrouwenspersonen de belangen van de patiënt beter zouden kunnen verdedigen dan de hulpverlener die lege artis werkt, is mijns inziens nauwelijks houdbaar.

Het toetsen of IC wezenlijk heeft plaatsgevonden lijkt mij een nog veel ingewikkelder probleem. Het verdient daarom wellicht aanbeveling om in de toetsende instantie in de toekomst een meervoudige psychiatrische bemanning op te nemen.

Verdere ontwikkeling van de voorlichting qua inhoud en methodiek in psychiatrische centra is trouwens evenzeer een dringend noodzakelijke conditie in de hulpverlening, zoals het werken met voorlichtingsavonden, medicatiegroepen, familieavonden, een goed afgestemde informele voorlichting etc.

In de toetsing zou men dan kunnen kijken naar het algemene programma op een polikliniek c.q. klinische afdeling waar het de voor-

lichting betreft; mijns inziens dient daarbij ook altijd gekeken te worden naar de eigen participatie van de patiënt voordat er sprake kan zijn van een wetsovertreding. McEvoy e.a. (1981) brachten deze problematiek fraai onder woorden: 'It is important to understand, before granting rights, that the chronic psychotic illnesses are fundamentally different from other mental disturbances in their long term effects on patients judgment and ability to function independently'.

Literatuur

Appelbaum, P.S., S.A. Mirkin en A.L. Bateman (1981), Empirical assessment of competency to consent to psychiatric hospitalization. *American Journal of Psychiatry 138*, 1170-1177.

Beck, J.C., en R.D. Staffin (1986), Patients' competency to give informed consent to medication. *Hospital & Community Psychiatry 37*, 4, 400-402.

Benson, P.R., L.H. Roth en W.J. Winslade (1985), Informed consent in psychiatric research: preliminary findings from an ongoing investigation. *Social Sciences and Medicine 20*, 12, 1331-1341.

Brown, P. (1986), Psychiatric treatment refusal, patient competence, and informed consent. *International Journal of Law and Psychiatry 8*, 83-84.

Centraal Medisch Tuchtcollege (1989), Uitspraak: Arts en recht. Toestemming voor een operatie. *Medisch Contact 44*, 1347-1348.

Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1980), Patiëntenrecht. Deeladvies. *Medisch Contact 38*, 1087-1088.

Chaikin Epstein, L., en L. Lasagna (1969), Obtaining informed consent. *Archives of International Medicine 123*, 682-688.

Chayet, N.L. (1978), Patient surrogates: a possibility of improving the present system. In: J.P. Brady en H.K.H. Brodie (red.): *Controversy in Psychiatry*. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 997-1007.

Cournos, F., K. Mc.Kinnon en C. Adams (1988), A comparison of clinical and judicial procedures for reviewing requests for involuntary medication in New York. *Hospital & Community Psychiatry 39*, 8, 851-855.

Dahan, R., C. Caulin, L. Figea, J.A. Kanis, F. Caulin en J.M. Segrestaa (1986), Does informed consent influence therapeutic outcome? A clinical trial of the hypnotic activity of placebo in patients admitted to hospital. *British Medical Journal*, 464-465.

Deveaugh-Geiss, J. (1979), Informed consent for neuroleptic therapy. *American Journal of Psychiatry 136*, 959-962.

Dyer, A.R. (1978), Reflections on the doctor-patient relationship. In: J.P. Brady en H.K.H. Brodie (red.), *Controversy in Psychiatry*. W.B. Saunders Company, Philadelphia, 983-997.

Grossman, L., en F. Summers (1980), A study of the capacity of schizophrenic patients to give informed consent. *Hospital & Community Psychiatry 31*, 3, 205-206.

Haes, J.C.J.M. de (1988), Patiënten niet altijd gebaat met informatie over hun ziekte. *NG O 5*, november 1988.

Hatfield, A.B. (1989), Patients' account of stress and coping in schizophrenia. *Hospital & Community Psychiatry 40*, 11, 1141-1145.

Huising, S.E. (1989), *Experts over informed consent*. Uitg. Landelijk Centrum GVO, Utrecht.

Irwin, M., A. Lovitz, S.R. Marder, J. Mintz, W.J. Winslade, Th. van Putten en M.J. Mills (1985), Psychotic patients' understanding of informed consent. *American Journal of Psychiatry 142*, 11, 1351-1354.

Kaplan, K.H. (1988), Assessing judgment. Law, ethics and psychiatry in the general hospital. *General Hospital Psychiatry 9*, 202-208.

Keirse, M. (1982), Informatie als voorbereiding op niertransplantatie: een probleemstelling. *Metamedica 61*, 300-312.

Kuitert, H.M., en C. van der Meer (1984), Informed consent. Een conceptuele verheldering met praktische consequenties. *Medisch Contact 43*, 1385-1388.

Levenson, J.L., A. Mishra, R.M. Hamer en A. Hastillo (1989), Denial and medical outcome in unstable angina. *Psychosomatic Medicine 51*, 27-35.

Lin, I.P., R. Spiga en W. Fortsch (1979), Insight and adherence to medication in chronic schizophrenics. *Journal of Clinical Psychiatry 40*, 430-432.

Marder, S.R., A. Mebane, C.P. Chien, W.J. Winslade, E. Swann en Th. van Putten (1983), A comparison of patients who refuse and consent to neuroleptic treatment. *American Journal of Psychiatry 140*, 470-473.

McEvoy, J.P., J. Aland jr., W.H. Wilson, W. Guy en L. Hawkins (1981), Measuring chronic schizophrenic patients. Attitudes toward their illness and treatment. *Hospital & Community Psychiatry 32*, 12, 856-858.

Meisel, A., L.H. Roth en C.W. Lidz (1977), Toward a model of the legal doctrine of informed consent. *American Journal of Psychiatry 134*, 3, 285-289.

Ministerie van WVC (1987), *Wijzigingen in het Burgerlijk Wetboek*. Uitg. Min. WVC.

Mulder, J.H. (1985), Informed consent in de kinderoncologie. *Medisch Contact 3*, 72-73.

O'Connor, R.J. (1981), Informed consent: legal, behavioral, and educational issues. *Patient Counseling and Health Education*, second quarter 1981, 49-56.

Palmer, A.B., en J. Wohl (1972), Voluntary admission forms: does the patient know what he's signing? *Hospital & Community Psychiatry 23*, 8, 38-40.

Pols, J. (1990), *Zelfbeschikking in de psychiatrie*. Trimboslezing 1990, Uitg. NcGv, Utrecht.

Rosoff, A.J. (1981), *Informed consent. A guide for health care providers*. Uitg. Aspen Systems Corp. Rockville, Maryland, Londen.

Roth, L.H., A. Meisel en C.W. Lidz (1977), Tests of competency to consent to treatment. *American Journal of Psychiatry 134*, 3, 279-284.

Schwartz, H.I., W. Vingiano en C. Bezirganian Perez (1988), Autonomy and the right to refuse treatment: patients' attitudes after involuntary medication. *Hospital & Community Psychiatry 39*, 10, 1049-1054.

Schwartz, H.I., en K. Blank (1986), Shifting competency during hospitalization: a model for informed consent decisions. *Hospital & Community Psychiatry 37*, 12, 1256-1260.

Schwarz, E.D. (1980), A revised checklist to obtain consent to treatment with medication. *Hospital & Community Psychiatry 31*, 11, 765-767.

Soskis, D.A. (1978), Schizophrenic and medical inpatients as informed drug consumers. *Archives of General Psychiatry 35*, 645-647.

Stanley, B., J. Guido en D. Shortle (1984), The elderly patient and informed consent. *Journal of the American Medical Association 252*, 1302-1306.

Travis, C.B., R.H. Phillippi en B.E. Tonn (1989), Judgment heuristics and medical decisions. *Patient Education and Counseling 13*, 211-220.

Weiner, M.F., en R. Lovitt (1984). An examination of patients' understanding of information from health care providers. *Hospital & Community Psychiatry 35*, 6, 619-621.

Summary

The medical treatment agreement is soon going to be discussed in the Second Chamber of the Dutch government. One of the most important subjects is the informed consent. Applied to the psychiatric field, heaps of problems arise.

There is a battle going in the literature, whether this realization of the basic rights is an improvement of the health care rather than a strict juridical fiction.

At any rate there is a question of a paradox that the most serious patient for whom the i.c. is most necessary, is least capable of giving consent: namely information ought to be given and to be understood and a patient should be capable to make a choice.

Discussed is that each of these points will be accompanied by a lot of problems.

In any case i.c. is never an event that takes place only once, but it is rather a process in the course of time.

A number of suggestions is given how to deal with this problem. For an important group of psychiatric patients i.c. remains in the 'by proxy' form too, almost impossible.

J.L.M. van der Beek is zenuwarts te Eindhoven.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 30-10-1990.