

*Misvattingen*

*&*

*onwetendheid*

GGZtotaal





# Inhoudsopgave

3	<b>Misvattingen en onwetendheid</b> De GGZTotaal van januari <a href="#">Naar artikel</a>
4	<b>Het beddentekort in de GGZ vraagt om minder bedden - niet om meer</b> Bauke Koekoek <a href="#">Naar artikel</a>
9	<b>Verwarrende krantenkoppen: de berichtgeving in de media</b> Willem Gotink <a href="#">Naar artikel</a>
14	<b>Waarom de POH-GGZ niet doorverwijst naar de hypnotherapeut</b> Jorike Wollrabe <a href="#">Naar artikel</a>
18	<b>Ethiek in de gezondheidszorg: hoe wetenschappelijke data worden vervalst om geneesmiddelen te verkopen</b> Alina Sedee <a href="#">Naar artikel</a>
21	<b>GDO</b> Column Janneke van Bockel <a href="#">Naar column</a>
22	<b>Autisme en ADHD in een persoon</b> Boekrecensie Johan Atsma <a href="#">Naar boekrecensie</a>
24	<b>Oude kranten</b> Psychiatrische problemen veranderen niet, de pers wel <a href="#">Naar artikel</a>

## Misvattingen & onwetendheid

Bij de samenstelling van deze GGZTotaal schoot me het bekende citaat van Multatuli te binnen: "Niets is zeker, en zelfs dat niet." Of eigenlijk een variatie daarop: "We snappen er niks van, en zelfs dat snappen we niet."

Bauke Koekoek trapt af met zijn pleidooi om minder in plaats van méér bedden. Terwijl iedereen toch wéét dat er te weinig bedden zijn? Nee, stelt Bauke Koekoek, zolang de mogelijkheid van een opname er nog steeds is, zullen we nooit goede ambulante interventies ontwikkelen. En die zijn wel nodig, want een opname is bepaald niet zaligmakend is, dat moge bekend zijn.

Alina Sedee beschrijft vervolgens hoe de farmaceutische industrie onze kennis in een voor die industrie gunstige richting probeert te duwen. Goed om weer eens op geattendeerd te worden, met de recente discussie over psychofarmaca in het algemeen en antidepressiva in het bijzonder in het achterhoofd.

Jorike Wollrabe deed onderzoek naar de vraag waarom de POH-GGZ zo weinig doorverwijst naar een hypnotherapeut. Het antwoord was eigenlijk schokkend: 'Dan zou ik er meer van moeten weten', is het gemiddelde antwoord. "Ze doen zelf ook weinig onderzoek", stelt Wollrabe fijntjes vast.

In 'Verwarrende Krantenkoppen' beschrijft Willem Gotink de gevolgen van ongenueanceerde berichtgeving in de media over verwarde personen. Het schept een verkeerd beeld van mensen met psychiatrische

klachten, het creëert stigma's en zorgt er (mede) voor dat mensen zich terugtrekken. De reacties uit de wereld van de pers zijn wisselend. "We houden daar uiteraard rekening mee", zegt de één, maar "er zijn geen regels voor", zeggen anderen.

Soms is de kennis wel aanwezig, maar wordt er geen gebruik van gemaakt. In GDO, de afkorting voor Gezins Diagnostisch Onderzoek, vertelt Janneke van Bockel in een tragikomische column hoe zij met haar gezin het GDO moest ondergaan, terwijl alles wat uit dat onderzoek kon komen, eigenlijk al bekend was. Dat wil zeggen: in een ander ziekenhuis. Tot daar aan toe, maar de wachttijd liep nogal op, en daar zat eigenlijk niemand op te wachten.

De maandelijkse boekenrecensie is voor 'Autisme en ADHD in één persoon', een boek waar Johan Atsma zich gematigd positief over uitlaat.

Werk jij in de GGZ?

In februari gaat GGZTotaal bijna helemaal over 'Werken in de GGZ'. Daarvoor zoeken we mensen die, in maximaal 400 woorden, willen vertellen wat ze doen en waarom. Psychologen, ervaringsdeskundigen, managers, verpleegkundigen, SPV-en, POH-GGZ-ers, schoonmakers, psychiaters, psychotherapeuten, groepsbegeleiders, maatschappelijk werkers, GGZ-agogen, kortom: iedereen die in de GGZ werkt.

[Kijk hier voor meer informatie.](#)



# Het beddentekort in de GGZ vraagt om minder bedden - niet om méér



Dr. Bauke Koekkoek is sociaal-psychiatrische verpleegkundige, epidemioloog en werkt in een stedelijke crisisdienst en als lector Psychiatrische Zorg. Eind januari verschijnt zijn boek 'Verward in Nederland. Hoe we omgaan met mensen met psychische stoornissen' bij uitgeverij LannooCampus.

Sinds enkele jaren wordt het aantal bedden in de Nederlandse GGZ jaarlijks verminderd met een paar procent. Niet iedereen is daar blij mee: de door de politie gemelde toename van 'verwarde personen' zou er bijvoorbeeld aan te wijten zijn. Wie in de crisisdienst werkt (zoals de auteur) is er ook niet altijd gelukkig mee. Bij nacht en ontij urenlang op een politiebureau zitten wachten tot een instelling 'ja' zegt is niet prettig voor cliënt en professional. Maar het tekort zal niet verdwijnen door méér bedden, er moeten juist nog meer bedden af.

## Een opname graag

Wie in de acute GGZ werkt weet het: er zijn vrij veel mensen die 'graag' opgenomen willen worden. Die wens wordt vaak ondersteund of geïnitieerd door familie en naasten. Ook verwijzers zoals huisarts en politie, maar ook GGZ- collega's, zien vaak heil in een opname. Veel mensen denken dat er in een ziekenhuis intensief behandeld wordt, insiders weten dat dat meestal niet zo is.

In Nederland hebben we grofweg drie typen opnames, of bedden: voor *acute nood*, voor *intensieve behandeling* en voor *langdurige zorg en wonen*. Al heel lang wordt een flink deel van het GGZ-budget (nu circa 60%) besteed aan die bedden – voor slechts een kleine groep mensen (circa 8% van alle GGZ-cliënten).

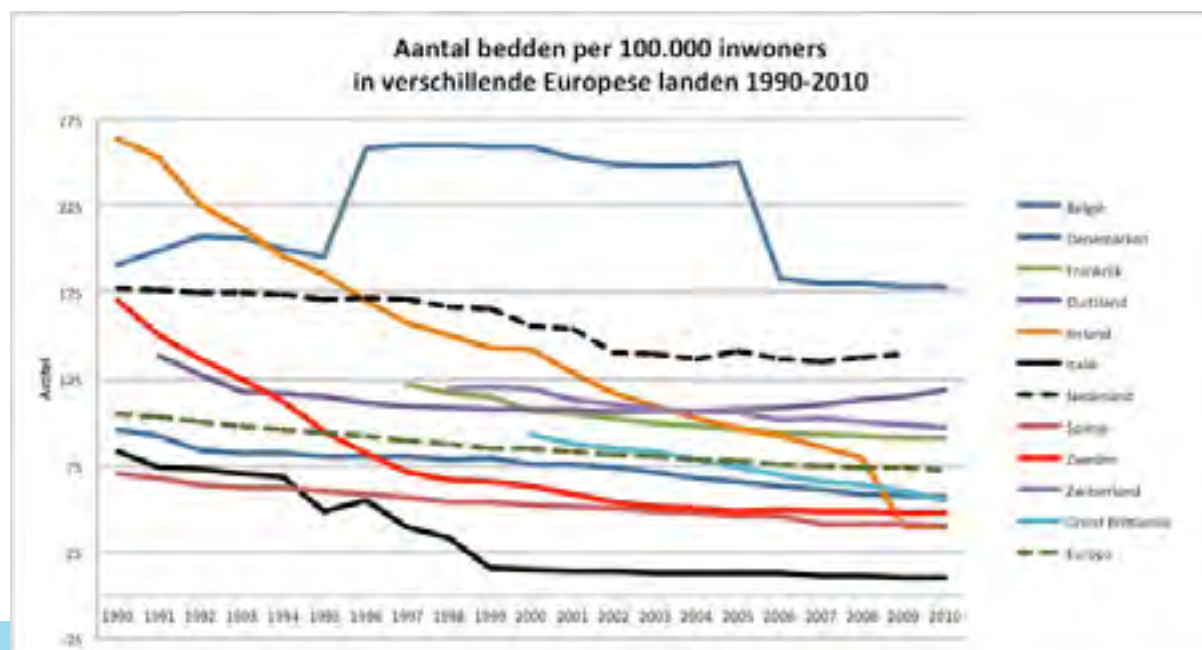
## Functies van een opname

Een opname kan verschillende functies hebben. In de 19e eeuw had een opname vooral een *maatschappelijke* functie van het uit de samenleving halen van iemand met afwijkend gedrag. Iemand was gevaarlijk of bedreigend: voor zichzelf, voor mensen om hem of haar heen, of voor de bestaande sociale orde. Deze functie heeft de acute opname feitelijk nog steeds. Later, vanaf de 20e eeuw, kreeg de opname ook een *therapeutische* functie: om iemand te ondersteunen, te helpen herstellen en mogelijk te genezen. Daarnaast kreeg een

langdurige opname steeds meer een *zorg*-functie: het ziekenhuis is dan een soort prothese voor mensen die het 'buiten' niet redden.

## Werkt het?

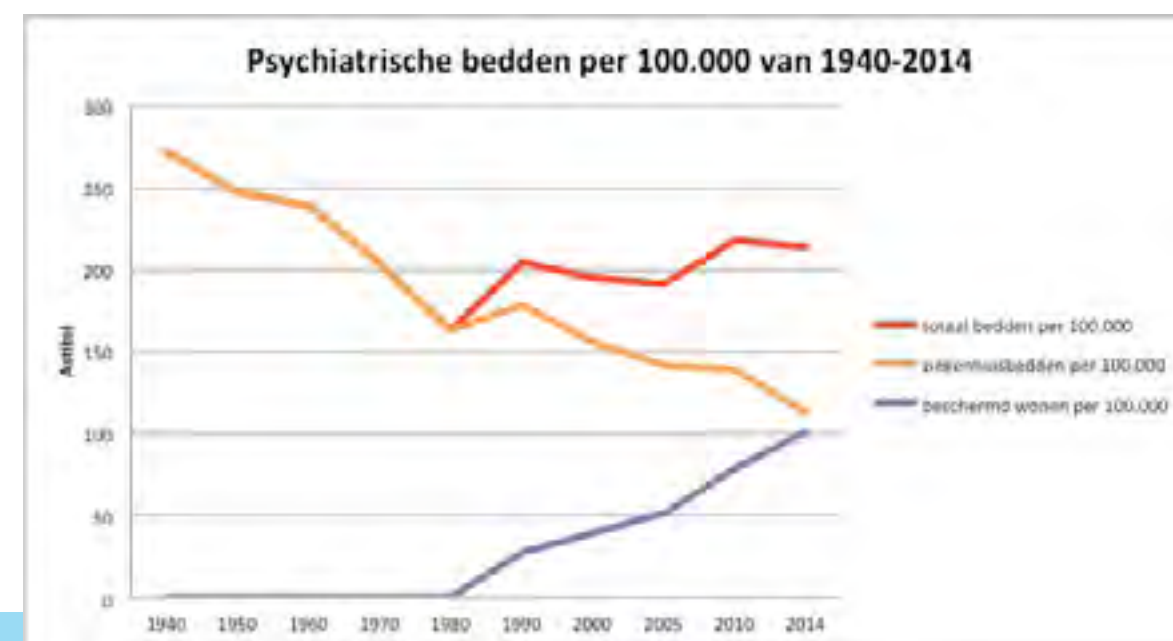
We weten niet of een opname werkt. Vreemd, want het is de meeste ingrijpende interventie voor cliënten, en de duurste voor de gezondheidszorg. Een opname kan verschillende doelen hebben, bij elke hierboven genoemde functie hoort een andere. Het makkelijkst te behalen is het doel dat hoort bij de functie zorgen. Voor mensen die zijn opgenomen wordt per definitie gezorgd: ze hebben een dak boven hun hoofd, krijgen te eten en hebben mensen om zich heen. De tweede functie, de *therapeutische*, heeft als doel om mensen beter te maken. Het verschilt per stoornis en specifieke behandelmethodes of dat lukt: hoe specifieker het doel en hoe beter daarop toegesneden (specialistischer) de afdeling is, hoe beter het resultaat. Maar van de meest voorkomende opname, de acute opname met de *maatschappelijke* functie, weten we het minst. Doel daarvan is om gevaar af te wenden maar er is heel weinig onderzoek gedaan waarbij, in een noodgeval, opname werd vergeleken met géén opname. Duidelijk is wel dat het niet lukt om het gevaar volledig af te wenden, want ook in een kliniek komt geweld voor, en hetzelfde geldt voor suïcides.



Figuur 1 Historische ontwikkeling van bedden in Europa

### Minder bedden, maar niet in Nederland

De jaren tussen 1884 en 1935 waren een gouden tijd voor de Nederlandse 'gestichten': het aantal verdubbelde van van 13 tot 42. In jaren '20 en '30 van de 20e eeuw gingen professionals mensen al wel meer thuis begeleiden, en kwam ook de psychotherapie op het toneel, maar behandeling in een ziekenhuis bleef toch lang de meest voorkomende behandeling. Rond 1960 bereikte Nederland het maximale aantal psychiatrische bedden: iets meer dan 27.000 – destijds waren dat 239 bedden per 100.000 inwoners. Daarmee was Nederland internationaal bekeken heel gemiddeld maar dat veranderde snel toen veel Angelsaksische landen (Engeland, Verenigde Staten, Australië, Nieuw Zeeland) ziekenhuizen gingen sluiten. Ook Europese landen volgden en rond 1980 was Nederland al behoorlijk gestegen op de ranglijst van bedrijke landen. Nu, ruim dertig jaar later, blijkt dat Nederland na België het grootste beddenaantal in Europa heeft – en dat is nog zonder onze plaatsen voor beschermd wonen. Als we die plaatsen wel meetellen, zijn er nu méér bedden per Nederlander dan dertig jaar geleden.



Figuur 2 Historische ontwikkeling van bedden in Nederland

### Kan het anders?

Of het anders kan weten we niet zeker, maar in het buitenland lukt wel. Als een regio of land maar voldoende intensieve ambulante zorg heeft, zijn er veel minder bedden en opnames nodig. Als het gaat om het echt voorkómen van een opname, dan gebeurt dat meestal door teams die acute zorg, tot maximaal een aantal keer per dag, aan huis bieden (nu onder de naam IHT). Daarnaast doen ook teams voor langdurige zorg veel aan zorg aan huis, vaak tot maximaal een aantal keer per week (onder de naam FACT). Hoewel het aantal van deze teams gestaag groeit, blijft de opname in Nederland een belangrijker rol spelen dan elders – hoe kan dat? Verschillen tussen landen kunnen worden veroorzaakt door bijvoorbeeld verschillen in de bevolkingsopbouw, aantallen psychische stoornissen, sociaal-culturele verschillen en professionele benaderingswijzen. Maar tussen Nederland en bijvoorbeeld Engeland (vier keer minder bedden dan in Nederland) zien we geen schokkende verschillen in bevolkingsopbouw, aantallen stoornissen en sociaaleconomische situatie. De sociaal-culturele verschillen zijn lastiger vast te stellen. In Nederland nemen we wel vaker mensen op in instituten: de kans dat een 65-jarige Duitser

is opgenomen in een verpleeg- of verzorgingshuis is 58% kleiner dan dat een 65-jarige Nederlander dat is. Of het is de wet van remmende voorsprong: Nederland was er vroeg bij met ambulante zorg, had nooit overdreven veel bedden, en de kwaliteit van de psychiatrische ziekenhuizen was beter dan elders.

### De kaasschaaf werkt niet

Er was voor Nederland dus nooit een aanleiding radicaal bedden te verminderen want we deden het best goed. De GGZ leunt ook nu nog altijd sterk op een opname als laatste redmiddel. Het model van de kleine, geleidelijke vermindering heeft ertoe geleid dat de GGZ hetzelfde probeert te doen met (steeds) een klein beetje minder bedden. Grootschalige sloop van klinieken, zoals in Engeland en Italië, is in Nederland nooit aan de orde geweest en dus is ons zorgmodel nooit wezenlijk veranderd. Een opname is nog altijd gebaseerd op een exclusie-model: wie afwijkt of intensieve zorg nodig heeft, krijgt die in een andere omgeving en van professionele mensen. Nederland, internationaal koploper in uitgaven aan langdurige zorg, heeft de naam tolerant te zijn maar plaatst wel erg veel mensen in instellingen in de bossen.



	Stand van zaken 2014	continuerings-scenario 2020	scenario intensivering ambulante opbouw	scenario geïntegreerde GGZ in de wijk
bedden kliniek	38%	35%	27,5%	20%
beschermwd wonen	18%	18%	12,5%	5%
ambulante zorg voor mensen met ernstige stoornissen	ca. 12%	ca. 15%	30%	50%
overige ambulante zorg	ca. 32%	ca. 32%	30%	25%
<b>totaal</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Het Trimbos-instituut heeft samen met een aantal experts berekend of een andere verdeling van middelen financieel haalbaar is. In de tabel staat aangegeven waaraan welk percentage van de middelen besteed wordt volgens vier verschillende scenario's van beddenvermindering en intensivering van ambulante zorg

#### Opnemen 'omdat het kan'

Nederland leunt dus nog steeds té veel op GGZ-bedden maar een opname werkt vaak niet (genoeg), bemoeilijkt maatschappelijke participatie en kost veel geld. Dat geld kan niet worden uitgegeven aan ambulante of preventieve zorg – en ook niet aan het ondersteunen van de maatschappelijke participatie van mensen. Juist doordat de bedden er zijn durven we te weinig risico te lopen en nemen we op 'omdat het kan'. Hadden we de bedden niet, dan konden we ook niet beschuldigd worden van onzorgvuldigheid – nu kan dat wel, en dat gebeurt ook. Ook al is een professional zelf niet direct bang dat er iets mis zal gaan, als er wat mis gaat dan kan het verwijt zijn dat hij of zij toch had kunnen opnemen. In bijvoorbeeld Engeland en Italië zijn er vele malen minder bedden per hoofd van de bevolking en is het makkelijker te verantwoorden dat iemand niet wordt opgenomen – en wordt alternatieve zorg daardoor ook serieuzer genomen.

#### Minder bedden 'omdat het minder kan'

Het 'omdat het kan'-principe kunnen we uitbannen door het aantal bedden verder te verminderen, het 'geen risico'-principe is lastiger. Om echt te veranderen moeten we ons GGZ-systeem fundamenteel baseren op (intensieve) ambulante zorg, en niet deels kiezen voor 'ambulantisering' maar ondertussen veel bedden achter de hand houden (zie tabel). Als een deel van de ruim 60% van het GGZ-budget, besteed aan opnames van circa 8% van de mensen, benut wordt voor zorg buiten het ziekenhuis kan er echt geïnvesteerd worden in een samenleving die ruimte biedt aan mensen met psychische stoornissen. Alleen als we stoppen met een opname te zien als iets 'dat altijd nog kan' gaat het ons lukken intensieve ambulante zorg te bieden, ook in hele lastige situaties. ●

# VERWARRENDE KRANTENKOPPEN

door Willem Gotink

Soms helpt het toeval als je een artikel schrijft en niet waar te beginnen. Op tweede kerstdag fiets ik met mijn echtgenote langs het Amsterdamse Centraal Station. Opeens zien we een gezette man in zijn onderbroek in het water staan. Hij doet pogingen eruit te klauteren, maar de wal is te steil en te hoog. Ik zie geen mogelijkheden hem op de kant te trekken en bel uiteindelijk 112. Die komt. ...



*Drie politiewagens met gillende sirenes, gevolgd door twee ambulances en twee brandweerwagens. Even later verschijnt ook een politieboot. De man wordt méér gered dan hem lief is. “Verwarde man, in het water gesprongen”, hoor ik een brandweerman achteloos tegen de ambulancebroeder zeggen.*

*‘Verward’, denk ik even later als ik weer op de fiets zit. Dat lijkt me sterk. Ik heb de man gesproken toen hij in het water stond. Hij had zijn telefoon in het water laten vallen en was er achter aan gegaan. Niet zo slim in december, tikkeltje overmoedig, wat aangeschoten wellicht, maar verward? Dacht het niet.*

*Het voorval haalt de hoofdstedelijke pers en zelfs NU.nl. Gelukkig zonder de term ‘verward’ en ook zonder verwijzing naar een psychiatrische aandoening. Maar dat had dus zomaar gekund. Als de brandweer en niet de politie het nieuws de wereld in had gebracht, was de kop misschien wel geweest: “Verwarde man springt in ijskoude water en bezorgd hulpverlening handenvol werk”.*

Er is de laatste jaren veel aandacht voor ‘verwarden’ in de media. Niet altijd even genuanceerd en ook niet altijd even waarheidsgetrouw. De stichting ‘[Samen Sterk zonder Stigma](#)’ verzamelde een paar uitgelezen koppen.

“Merktken gestoorde”, stond boven een artikel in de Telegraaf toen Minister van de Steur besloot dat ‘mensen die met wapens lopen te zwaaien, dreigen of op een andere manier een gevaar voor de samenleving lijken te vormen, voortaan een rode vlag achter hun naam krijgen in alle systemen’. Een andere kop: “Stalker zet door zelfs vanuit het gesticht”.

Ook bijzonder: “TBS-er was niet lijp genoeg” (over een uit de kliniek ontslagen psychiatrische patiënt die daarna een moord begaat) en waarschijnlijk positief bedoeld: “De grote gekken der aarde” (over beroemdheden die - blijkbaar - leden of lijden aan een psychiatrisch probleem).

#### **Hoe erg is het, die ongenueanceerdheid, die suggestie van ‘verward dus gevaarlijk’?**

Gerdien Rabbers, van Samen Sterk Zonder Stigma: “Het effect op de betrokkenen is groot. Die artikelen gaan in de eerste plaats over mensen die zorg nodig hadden, terwijl alleen de kant van de overlast of het gevaar in beeld komt. De (overgrote) groep die niet gevaarlijk is, is niet spannend en komt daardoor minder prominent in beeld. Zo ontstaan er frames die niet kloppen. Het gevaar of de overlast lijkt voor de hele groep te gelden. Mensen

met psychische klachten kunnen zichzelf daardoor een stigma geven. Of gaan ervan uit dat anderen denken dat ook zij gevaarlijk zijn. Het effect is schaamte of ze trekken zich terug.”

Ook Annemiek de Kruif van [Ypsilon](#), de vereniging van familieleden en naasten van mensen met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychose ziet een dergelijk fenomeen optreden: “Incidenten krijgen in de pers heel veel aandacht. Hierdoor ontstaat een eenzijdige focus op crisissituaties, vraagstukken rond veiligheid en overlast, en gedwongen zorg.

Het beeld wordt bevestigd dat iemand met een psychiatrische aandoening gevaarlijk is. Dat iemand ziek is en zorg nodig heeft komt vaak niet aan de orde in de media-uitingen. Voor naasten is dat kwetsend. Zeker als ze van alles geprobeerd hebben om crises te voorkomen.

De andere kant van de medaille is gebrek aan zorg, waardoor incidenten kunnen ontstaan; weinig aandacht voor preventie; gebrek aan aandacht voor of overleg met de familie. Die vaak al aan de bel trok. Er zijn nog zoveel mogelijkheden die benut kunnen worden om te voorkómen dat mensen in een crisis geraken.”

#### **Doen de media het ook wel eens goed, wordt het beter?**

Natuurlijk zijn niet alle artikelen en uitzendingen in de media stigmatiserend en te kort door de bocht. Samen Sterk Zonder Stigma vond ook genuanceerdere koppen. Een voorbeeld: “De meeste patiënten zijn nooit anderen tot last.” (boven een Interview met Jim van Os)

Zowel Rabbers als De Kruif wijzen ook op het Aanjaagteam, dat gepleit heeft voor nuancering in de berichtgeving. Rabbers: “In het schakelteam worden stappen gezet in nuancering, ze laten mensen aan het woord die één en ander hebben meegemaakt. Hopelijk volgen de media.

Daar gaan wij ook mee bezig, maar dat is een kwestie van lange adem, want we mogen al blij zijn als we uitgenodigd worden voor een gesprek.”

De Kruif: “Ik weet niet of de media bepaalde regels voor de berichtgeving heeft. Wel zijn er media die ons bellen en onze mening, ons standpunt willen horen.”



### En de media zelf?

Die lijken geen groot probleem te zien. Weliswaar reageren de grote landelijke dagbladen niet op mijn mail met de vraag hoe zij omgaan met berichtgeving waarbij psychiatrie in het spel lijkt, een aantal regionale bladen doen dat wel. Officiële richtlijnen zijn er niet, blijkt uit acht reacties. Huub Evers, ombudsman van De Limburger en lid van de Raad voor Journalistiek, wilde het exact weten: bij De Limburger zelf en de Vlaamse Raad voor Journalistiek vond hij geen specifieke richtlijnen, bij de Nederlandse Raad van Journalistiek een vrij algemene bepaling: "Bij het benaderen van slachtoffers van ongevallen en rampen en hun nabestaanden behoren journalisten rekening te houden met het recht van betrokkenen om met rust te worden gelaten. Ze dienen terughoudend te zijn indien de weerloosheid of geestelijke toestand van betrokkenen daartoe aanleiding geeft."

In de Duitse Presserat vond hij wel een specifieke bepaling: "Körperliche und psychische Erkrankungen oder Schäden gehören zur Privatsphäre. In der Regel soll über sie nicht ohne Zustimmung des Betroffenen berichtet werden. Körperliche und psychische Erkrankungen oder Schäden gehören zur Privatsphäre. In der Regel soll über sie nicht ohne Zustimmung des Betroffenen berichtet werden."

Hij schrijft verder: "In onze contreien zijn ethische codes meestal vrij beknopt. Niet te gedetailleerd en niet te uitvoerig. Daarom kom je over psychiatrische patiënten niet zo veel tegen (...). In de VS hebben ze meer de opvatting dat je met uitvoerige codes ethische problemen kunt oplossen. Bij de SPJ (Society of Professional Journalists) ben ik overigens ook niets tegengekomen."

Hoewel er dus geen harde richtlijnen zijn, wordt een algeheel gevoel van verantwoordelijkheid wel geclaimd. De redactie van de PZC "houdt bij al haar berichtgeving rekening met de belangen en omstandigheden van de mensen die we noemen", schrijft de hoofdredacteur van het blad. "Daarbij spelen veel factoren een rol. Denk aan privacy, kwetsbaarheid, piëteit en veiligheid. Met psychiatrische patiënten is dat niet anders."

Dat suggereert ook Huub Evers: "In algemene zin kun je zeggen dat journalisten geacht worden extra zorgvuldig en voorzichtig te zijn wanneer ze met kwetsbare groepen, waaronder psychiatrische patiënten, te maken hebben. Mensen die de draagwijdte van hun uitspraken niet zo goed kunnen overzien, moet je tegen zichzelf beschermen. Dat is een in de journalistiek vrij algemeen gehanteerde norm."

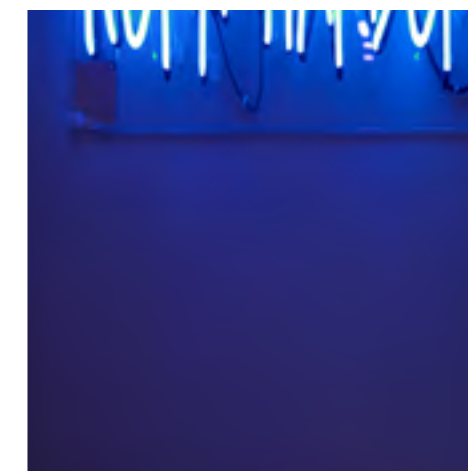
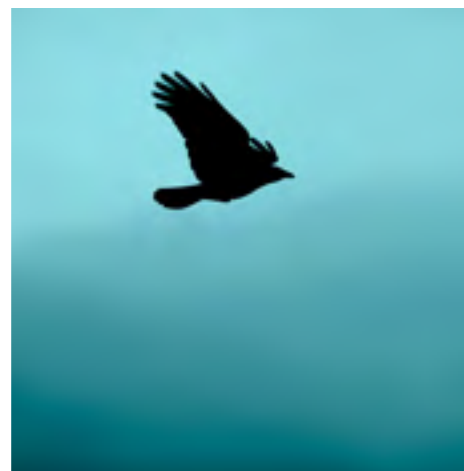
Toch een algemene zorgvuldigheidsnorm dus? Een Noord-Hollandse journalist die veel over het onderwerp heeft geschreven zegt: "(...) eigenlijk wordt daar hier nooit zo over nagedacht. (...) Over 'verwarden' als term is nooit een probleem gemaakt. Er is bij mijn weten ook nog nooit een klacht over binnengekomen op onze redactie. Het is een term die de politie en de overheid gebruikt, dus wij ook. Dat er door een krant wordt ingezoomd op openbare ordeverstoring is logisch, het is dan zéker nieuws." Enige nuance wil hij wel aanbrengen: "Het is anders als een journalist een achtergrondverhaal maakt over de achterliggende psychiatrische problematiek, maar privéproblemen an sich zijn geen nieuws voor een dagblad."

Tegelijkertijd heeft hij te maken met de harde realiteit: "We hebben ook een krant te vullen. Dat doen we eigenlijk altijd met inachtneming van de belangen van slachtoffers in het algemeen. Je zult die bijvoorbeeld nooit op een foto zien staan."

Hij signaleert daarnaast een trend die doorschiet in zorgvuldigheid en die lastig te combineren is met goede journalistiek: "Het valt dagbladjournalisten op dat termen voor groeperingen die een beetje moeilijk liggen in de samenleving, steeds verhullender worden en ook steeds langer. Dagbladen in dit land staan voor het geven van duidelijke informatie, en we gaan vaak niet mee in de nieuwerwetse termen die belangengroeperingen graag willen. In het buitenland wordt overigens veelal nog steeds geschreven over gekken en buitenlanders. De Nederlandse pers is erg netjes als je het daarmee vergelijkt. Bij psychiatrisch patiënten ligt dit heel anders. De term verwarden is recent, en is pas in zwang gekomen nadat door bezuinigingen op psychiatrische klinieken steeds meer 'bewoners' in de samenleving terecht kwamen en daar blijkens hun gedrag soms niet goed kunnen aarden. De term voor deze mensen, verwarden, is van de overheid afkomstig. Die wordt door de meeste redacties domweg gevolgd omdat we niks beters hebben. Vroeger werd over 'gestoorden' geschreven. Die term heb ik al heel lang niet meer gehoord of gelezen." ●

VERWARDENDE  
KRANTENKOPPEN





## Waarom de POH-GGZ niet doorverwijst naar de hypnotherapeut

Jorike Wollrabe

**Op verzoek van de Nederlandse Beroepsvereniging voor Hypnotherapeuten (NBVH) heb ik onderzoek gedaan naar het verwijsgedrag van de POH-GGZ naar hypnotherapie. De NBVH heeft leden over heel Nederland verspreid zitten. Het bestuur gelooft dat haar leden meer patiënten zouden kunnen helpen en vragen zich af welke factoren een rol spelen bij het al dan niet doorverwijzen naar hypnotherapeuten. Hypnotherapeuten van de NBVH zijn op het moment grotendeels afhankelijk van doorverwijzingen. Zij willen graag te weten komen of de mogelijkheid bestaat om meer doorverwijzingen te krijgen vanuit de reguliere zorg, namelijk via een praktijkondersteuner voor geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ).**

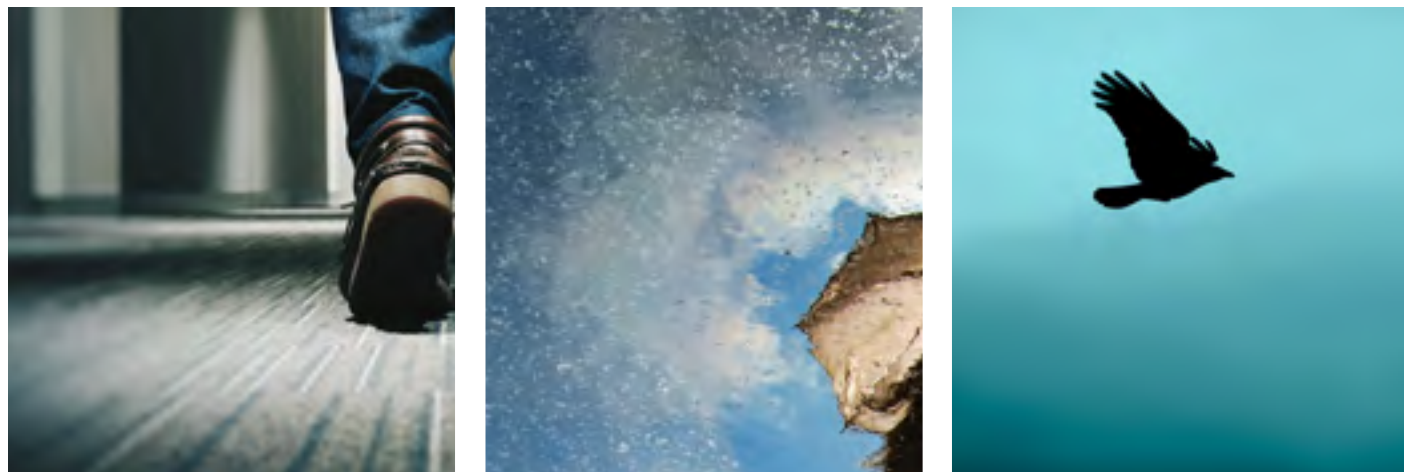
Voor deze informatie wilden ze graag dat POH-GGZ bevestigd werden. De NBVH heeft voor deze doelgroep gekozen omdat de patiënten van POH-GGZ last kunnen hebben van aandoeningen waarbij hypnotherapie zou kunnen helpen. Overigens is er geen doorverwijzing nodig om iemand naar een hypnotherapeut te laten gaan, maar het kan iemand wel een stapje in de goede richting helpen. Het is fijn om te weten welke mogelijkheden er zijn voor verschillende aandoeningen.

Hypnotherapie valt bij veel verzekeringen onder alternatieve geneeswijzen. Samen met veel andere geneeswijzen wordt het deels tot volledig vergoed tot een bepaald bedrag, verschillend per zorgverzekeraar. Men dient wel een aanvullende verzekering te hebben opgenomen in het pakket. De NBVH accepteert alleen leden die voldoen aan strenge voorwaarden waaronder in ieder geval het gevolgd hebben van een drie- of vierjarige opleiding tot hypnotherapeut. De vraag van het bestuur was met welke reden al dan niet wordt doorverwezen naar hypnotherapeuten vanuit de wat meer reguliere gezondheidszorg. Hiervoor heb ik uiteindelijk een flink aantal POH-GGZ benaderd waaruit vervolgens 11 personen bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek.

### Hypnose en hypnotherapie

Hypnose is een staat van veranderd bewustzijn. Bij gebruik van hypnose is er een directe toegang tot het onderbewustzijn. Denkbeelden, overtuigingen en emoties die negatief en ongewenst zijn kunnen vanuit daar worden aangepast naar betere of meer leefbare overtuigingen. Een hypnotherapeut helpt hierbij door de overtuigingen en gedachten om te draaien tot een betere situatie voor de patiënt. Hij helpt de patiënt in een staat van ontspanning te komen. Dit zou gedaan kunnen worden met behulp van bijvoorbeeld kalm praten of het volgen van de handbeweging. Tijdens het beoefenen van hypnose bij de patiënt zullen de hersengolven op een bepaalde frequentie zitten, namelijk de Thèta frequentie (4-7/8). Deze frequentie is te vergelijken met dagdromen, meditatie, ontspanning en slaap. Vervolgens helpt hij de patiënt met het veranderen van de gedachten. Volgens verschillende onderzoeken in Engeland, Amerika en Australië zijn er veel misverstanden over hypnose. De grootste misvatting over hypnose, volgens het onderzoek, is de angst voor het mogelijk verliezen van de controle (Gow, 2006). Echter elke handeling die tegen de principes of de wil van de gehypnotiseerde ingaat, zal niet worden uitgevoerd.





De meeste misverstanden zijn (mede) veroorzaakt door demonstraties van hypnose op het podium, in films en in andere media. Ruim 75% van de Westerse studenten claimen kennis te hebben opgedaan over hypnose via de televisie, waardoor zij dus een verkeerd idee gekregen hebben over hypnotherapie. Ook worden misvattingen betreffende hypnose overgebracht van de een op de andere persoon, ook wel negatieve mond-tot-mondreclame te noemen (Gow, 2006).

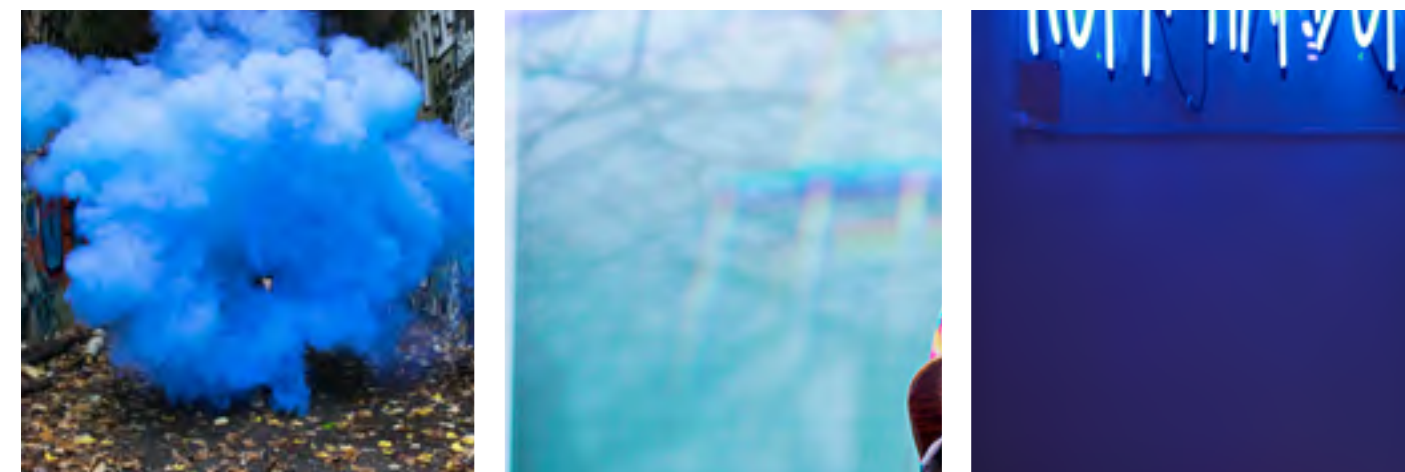
Een aantal aandoeningen waarbij hypnotherapie zou kunnen helpen/ondersteunen:

- Afleren van ongewenst gedrag (zoals roken)
- Angsten en fobieën
- Pijnen bij een bevallingen helpen verminderen
- Burn-out
- Concentratie en geheugenproblemen
- Depressieve gevoelens
- Eetstoornissen
- Emotionele problemen
- Migraine
- Nervositeit en spanning
- Pijnklachten
- Psychosomatische klachten
- Seksuele problemen
- Slaapproblemen
- Stress
- Traumaverwerking

### Doorverwijzing door de POH-GGZ

#### Gebrek aan kennis

De factor die het duidelijkst naar voren komt is kennis. Uit het onderzoek is gebleken dat elke POH-GGZ erg voorzichtig is met het vormen van een mening over hypnotherapie. Het merendeel heeft er wel eerder van gehoord maar zij durven geen mening te geven door het gebrek aan kennis dat zij hebben over dit onderwerp. Ze doen zelf ook vrij weinig aan verdiepend onderzoek. Een enkeling wist een aantal aandoeningen te noemen waarbij deze therapie kan helpen, maar de meerderheid van de groep gaf aan niks te weten.



Een aantal quotes vanuit de interviews:

*“Ik kan eigenlijk geen mening over hypnose hebben. Ik heb nog niet gemerkt dat het iemand geholpen heeft, ik weet dat het bestaat en ik weet dat sommige mensen er vertrouwen in hebben. Maar ik kan er eigenlijk niks over zeggen...”*

*“Door TV is het eigenlijk het meest bekend, en dan heb ik het idee dat we met zijn allen voor de gek gehouden worden.”*

*“Of ik specifiek naar een hypnotherapeut zou doorverwijzen? Nee, nu niet. Dan zou ik er meer van moeten weten. Of er zouden evidence based onderzoek in de vakbladen moeten komen te staan die ik lees.”*

*“Ik heb nog nooit iemand gehoord die mij vertelde: ‘Nou, bij mij werkte het zo goed voor die of die aandoening!’ Dus ja, dan raak ik niet echt overtuigd en dan ga ik dus zeker niet verwijzen naar een hypnotherapeut.”*

#### Protocol verwijzen

De POH-GGZ achten zich niet in staat om door te verwijzen. Tien respondenten waren in de veronderstelling dat als zij zouden doorverwijzen, dat zij kritiek zouden krijgen van hun directe werk en sociale omgeving. Vier van deze tien zouden sowieso niet mogen doorverwijzen maar zes geloofden dat als zij hun keuzes voldoende kunnen onderbouwen, dat de collega's ermee akkoord zouden gaan. Ook hierbij vermeld

ik een aantal quotes van geïnterviewden:

*“De huisarts wil de verantwoordelijkheid helemaal niet, want dan ligt de fout bij de praktijk.”*

*“Wij werken onder de vlag van de huisarts dus als de huisarts er niks van moet hebben dan kunnen wij er ook niks mee doen.”*

*“Ik kan zelf niet officieel doorverwijzen. Als mensen zelf met deze opties komen, dan is het wat mij betreft helemaal prima.”*

#### Conclusie

Uit de interviews kan de conclusie getrokken worden dat, zodra er informatie makkelijk beschikbaar zou zijn, het liefst evidence based, er wel interesse van de POH-GGZ voor hypnotherapie is. Zodra er meer informatie beschikbaar is, achten de POH-GGZ de kans groter dat zij cliënten, bij wie zij geloven dat het zal helpen, adviseren langs te gaan bij een hypnotherapeut. Wel zouden zij niet zomaar elke cliënt aanraden langs te gaan, want vaak is duidelijk waar een cliënt wel of niet voor open staat. Daarmee is doorverwijzing naar hypnotherapie dus ook cliëntafhankelijk. ●

*Over de auteur:*

*Jorike Wollrabe is recentelijk afgestudeerd als Bachelor Toegepaste Psychologie aan de Hogeschool Leiden.*

*Voor meer informatie over het onderwerp kunt u contact opnemen via haar mailadres: [jlwollrabe@gmail.com](mailto:jlwollrabe@gmail.com)*





## Ethiek in de gezondheidszorg: hoe wetenschappelijke data worden vervalst om geneesmiddelen te verkopen

Door: Alina Sedee

In GGZ Totaal van november 2016 [schreven we over geneesmiddelenfabrikant Pfizer](#), die journalisten als doorgeefluik gebruikt om medicijnen aan de man te brengen. Of beter gezegd: aan de vrouw. Vrouwen zijn tegenwoordig de belangrijkste doelgroep waar de targetstellers en marketeers van medicijnfabrikanten zich op richten. Dat klinkt klinisch en commercieel en dat is het ook.



In ontwikkelingslanden waar een economische groei wordt verwacht, zetten geneesmiddelenfabrikanten raamwerken op voor de welvaarts- en modeziektes die kunnen worden verwacht aan de hand van eerdere trends in landen die zich in hun sociale, politieke en economische ontwikkeling een

paar stappen verder bevinden.

Medicijnen zijn een industrie die niet verschilt van welk ander consumentenproduct. Met geld verdienen is niets mis, zolang grenzen van humaniteit en patiënt care niet worden overschreden. Farmaceuten zijn bedrijven die geld verdienen met ziektes. Dat wordt vaak ten onrechte veroordeeld. Voor niets gaat de zon op. Een complexe mondiale samenleving als de onze vereist kaders, regels en economische impulsen om een draagvlak voor dat aanbod van gezonde oplossingen veilig te stellen. Tegelijk blijft ethiek in de zorg en in de geneesmiddelenindustrie een zorgenkindje.

Voor de meest voorkomende ziekten bestaan medicijnen. Die zijn echter niet altijd voorhanden voor wie ze niet kunnen betalen.

Economie prevaleert boven gezondheidszorg. Dat schuurt bij patiënten en cliënten die gezondheidszorg en geneesmiddelen immers vanuit een lichamelijk en letterlijk menselijk perspectief.



De economische drijfveren van geneesmiddelenfabrikanten zijn begrijpelijk maar zorgen tegelijkertijd voor ongelijkheid. Een arme patiënt in land A kan in zijn thuisland de nodige medicijnen niet betalen. Of de vraag is er te klein om een afzetmarkt voor de fabrikant dekkend of winstgevend te maken. Over de grens, een paar kilometer verderop zijn die geneesmiddelen volop verkrijgbaar en kosten ze een prikkie.

De afzetmarkt voor geneesmiddelen wordt mede gecreëerd door artsen. Hoe meer zij van medicijn A voorschrijven, hoe populairder het middel wordt, hoe groter de vraag, en hoe duurder het wordt. Artsenbezoekers werken in opdracht van medicijnfabrikanten en kunnen worden vergeleken met vertegenwoordigers in koffie of stofzuigers.

Een arts die een artsbezoeker, een particuliere lobbyist voor een geneesmiddel, op bezoek krijgt, baseert zich op de gegevens en data in de bijbehorende brochure. Aan de basis van het voorschrijfgedrag van medici ligt wetenschappelijke kennis. Studies, trials, onderzoeken die de waarheidsvinding in

peer reviews doorstaan, worden opgenomen in medische vakbladen die een levende encyclopedie vormen waarin medische kennis evolueert. Zij slaan de maat in het dagelijks leven van gezondheidszorgprofessionals.

Het is dan ook van 't grootste belang dat wetenschappelijke bronnen correcte en betrouwbare informatie leveren. Dat is niet altijd het geval. Zoals we bij Pfizer zagen, worden onderzoeken en trials vaker dan we denken beïnvloed. Steeds vaker is 'wetenschappelijk onderzoek' een dekmantel voor de uitbating van financiële belangen die boven de medisch-ethische grondslagen zoals die verwoord zijn in de Eed van Hippocrates, richtlijnen en gedragscodes zijn vastgelegd. Voor buitenstaanders, en daaronder kan iedereen die zelf niet nauw bij het onderzoek betrokken was, is het op 't onmogelijke af om de juistheid van data en conclusies te beoordelen.



In zijn bestsellers *Bad Science* en *Bad Pharma* onthulde de Britse arts, wetenschapper en scherpschijver Ben Goldacre de stand van zaken in de medische wereld. Door het analyseren van onderzoeksopzetten en -resultaten toont Goldacre aan hoe de wortels van de wetenschap worden aangevreten door commercie en hoe ethische normen binnen de medische wereld in de breedste zin van het woord vervagen ten behoeve en gunste van economische resultaten.





Manipulatie van onderzoeksgegevens om medicijnen sneller op de markt te brengen, bijwerkingen van proefpersonen weglaten, na een ongunstige onderzoeksconclusie lobbyisten inzetten bij colleges die de veiligheid van medicijnen beoordelen om een patenten te verkrijgen terwijl onvoldoende is aangetoond dat een nieuw geneesmiddel werkt. Met enige regelmaat worden middelen op de markt gebracht die schadelijke gevolgen voor de gezondheid kunnen hebben.

Statistieken en wetenschap worden misbruikt en ingezet voor en door kwakzalvers, geneesmiddelenfabrikanten, politici en luie of naïeve journalisten die over te weinig tijd en kennis beschikken om wetenschappelijke uitkomsten en onderzoeken op waarde te schatten.

Kortom: aan goede gezondheidsinformatie is in de mainstream media een groot gebrek.

Zijn missie: volledige transparantie binnen de wetenschap en feitelijke onjuistheden in alle huidige en eerdere wetenschappelijke publicaties aantonen. Zorgprofessionals baseren zich bij hun voorschrijfgedrag immers op die resultaten en bevindingen. Zijn die data vervuild, dan kan dat schadelijke gevolgen voor de volksgezondheid hebben.

AllTrials is een internationaal initiatief waarmee Goldacre, in samenwerking met onder andere BMJ (British Medical Journal) en Cochrane Collaboration, alle klinische data die ooit zijn verzameld en gepubliceerd, opnieuw analyseren. Dat is een uitputtingsslag, maar een die het waard is, stellen de initiatiefnemers.



AllTrials trapte af met een boze open brief namens vijftig proefpersonen die ooit aan klinische trials hadden meegedaan, uit idealistische overwegingen. Met hun deelname hoopten ze een bijdrage te kunnen leveren aan de verbetering van medische kennis en behandelingen. Ze voelden zich misleid omdat de helft van de trials binnen de muren van het onderzoeksinstituut of de opdrachtgever (een geneesmiddelenfabrikant) was gebleven.

Onderzoekresultaten móeten openbaar worden gemaakt. Het is een manier om voorschrijfgedrag van artsen te monitoren. De Europese regelgeving die volledige transparantie waarborgt, kwam moeizaam tot stand en schiet tekort. ●



Met het overstappen naar een andere kinderpsychiater gaat ons meisje opnieuw door de molen. En wij ook dus. Ik zeg dat een nieuwe diagnose niet nodig is, maar dat werkt zo niet. Ach, ik wil ook wel snappen dat het hun manier van werken is. Dat ze zo hun patiënten, cliënten of hoe we ook mogen heten, leren kennen. Maar toch. Gedoe. We willen graag ouderbegeleiding en dat kan, zeggen ze. 'Maar eerst willen we nog graag een GDO.' 'Een wat?' 'Een gezinsdiagnostisch onderzoek', zegt de psycholoog. Maar dat zegt me nog niks. 'De systeemtherapeut heeft dan een gesprek met uw hele gezin in de spiegelkamer. Wij – de kinderpsychiater, de coassistent, iemand van de ouderbegeleiding en ik – kijken dan mee en dat helpt ons een beeld te vormen van uw gezinssituatie.'

Hm, ik weet niet goed wat ik daarvan moet vinden. Willen ze dan kijken of het toch aan ons ligt? Kijk, dat de eerste afspraak in het academisch ziekenhuis in de spiegelkamer plaatsvond, was even schrikken bij binnenkomst, maar uiteindelijk vond ik het ook wel efficiënt. Daarna splitsten we op en ging onze oudste met de kinderpsychiater mee en hadden wij een gesprek met de psychiatrisch verpleegkundige, die ook ouderbegeleiding geeft. Maar met zijn allen in de spiegelkamer om ons als gezin te laten bekijken, dat voelt niet lekker. Daar belasten we bovendien de jongste mee. En hoe zeggen we dan tegen de kinderen wat we gaan doen?

De psycholoog zit mij aan te kijken en wacht op een signaal of ik haar uitleg begrepen heb. Als ik bezwaren opper, zijn we meteen verdacht, natuurlijk. Aarzelend zeg ik dat ik daar even over moet nadenken. Ik kijk mijn man aan om te polsen wat hij ervan denkt. Hij vindt het allemaal wel goed, wat moet dat moet. 'Het is wel belangrijk om dat snel te beslissen. Omdat er zoveel mensen bij betrokken zijn, kost het over het algemeen een week of zes voordat we een GDO kunnen inplannen', voert de psycholoog de druk op. 'Zes weken?' roep ik uit. 'En gebeurt er al die tijd dan verder niks?' 'Nou, tja, het GDO is voor ons een cruciaal onderdeel in het diagnostisch traject, het bepaalt immers mede de invalshoek voor het verdere traject.' Ik ben stomverbaasd. Ik weet nu al wat er uit dat hele G-D-O gaat komen, niks namelijk. Hoe leg je aan een kind van tien uit dat al die testen die ze heeft gemaakt, pas over, op zijn vroegst, twee maanden besproken worden?

Welkom in de wereld van het academisch ziekenhuis. Volgens mij is de coassistent die het onderzoek opgestart heeft, tegen die tijd alweer bijna vertrokken. Als we terug naar huis rijden, vraag ik me hardop af of we er goed aan gedaan hebben om over te stappen. Misschien is dit wel de plek waar veel kennis is, maar dat wil blijkbaar nog niet zeggen dat je daar als ouder mee geholpen bent.

*Bovenstaande column is ook opgenomen in het boek 'Uitlegmoeder' van Janneke van Bockel. Behalve van 'Uitlegmoeder' is Van Bockel ook auteur van het boek 'Ijskastmoeder'.*





## Autisme en ADHD in een persoon, kenmerken en ervaringen in de ritssluiting van twee stoornissen

Josine Bouwmans, Ina van Berckelaer-Onnes, Sander Begeer

Het op latere leeftijd constateren van een gemiste diagnose op jonge leeftijd is een wijsheid achteraf die je aan het denken doet zetten over de kwaliteit van de actuele diagnose. In het boek 'Autisme en ADHD in een persoon' leidt de wijsheid achteraf richting een dubbel diagnose. De combinatie van autisme en ADHD als diagnose heeft de laatste tijd met regelmaat de media gehaald. Een nieuw fenomeen, een schijnbaar tegenstrijdige en complexe combinatie van twee diagnoses in een tijd waarin diagnostiek via de DSM 5 regelmatig onder de kritische loep van hulpverleners in de GGZ komt te liggen. En dan verschijnt dit boek dat aan die discussie voorbij gaat. Het boek biedt een persoonlijk verhaal, nader uitgelegd door twee wetenschappers. Een mooie opzet die laat zien dat Josine Bouwmans rust vindt in een dubbele diagnose die voor haar veel verklaard van de moeilijkheden waar ze in haar leven tegen aan loopt en Ina van Berckelaer-Onnes en Sander Begeer die het verhaal overnemen en plaatsen in een theoretisch kader.

De problematiek van Bouwmans' eigen gedrag wordt door haar helder omschreven en verklaard vanuit de dubbeldiagnose. Het boek roept al lezend de gedachte op dat wanneer gedrag lastig is om te duiden en lastig om mee om te gaan, een diagnose daarbij een troostrijke hulp kan bieden. De beschouwing van de twee wetenschappers gaat daar niet op in maar gaat mee met de verklaringen die Bouwmans zelf levert.

"Het levensverhaal van Josine, een bijzonder verhaal. Haar wijze van denken is fascinerend. Ze kan terugkijken op haar verleden, heeft ook zicht op het heden, maar de toekomst ontbreekt. De toekomst is onzeker en Josine gaat voor zekerheden, dus blijft de deur naar de toekomst gesloten, alleen hele kortetermijn-plannen, en dan graag één tegelijk, zijn te maken." Me dunkt dat dat wel voor meer mensen geldt. Een citaat van Bouwmans zelf leidt ook aan hetzelfde euvel; Josine vertelt over haar studietijd en vriendjes en relaties. "Ik hield ook wel van een stukje vrijheid en die werd, wanneer het serieuzer begon te worden, minder. Een andere reden is dat ik wel verlang naar intiem contact, maar er vervolgens geen raad mee weet. Dit heeft te maken met autisme."

En zo ontstaat een opsomming van eigenschappen waar Bouwman zich ongelukkig bij voelt, waar ze overduidelijk problemen mee heeft en die het label krijgen: "...als gevolg van mijn autisme". Ook Berckelaer-Onnes en Begeer laten voorbeelden de revue passeren die leiden aan het verschijnsel dat studenten die voor het eerst iets lezen over psychiatrische ziektebeelden, vervolgens concluderen dat ze zelf ook gek zijn. Die voorbeelden maken het betoog niet altijd sterker. En dat is jammer want op zich snijdt het boek een interessante thematiek aan: mensen gedragen zich complex en soms zeer tegenstrijdig en soms ook op zo een manier dat

Maandelijks bespreekt Johan Atsma een recent uitgegeven boek, dat betrekking heeft op de GGZ.

Johan Atsma is docent/coach MBO verpleegkunde.

het moeilijk wordt om je staande te houden in een complexe maatschappij die hoge eisen stelt aan zijn burgers. De huidige maatschappij houdt daarnaast vast aan een normaliteitsprincipe: iedereen die afwijkt van de norm heeft dus een stoornis. Josine Bouwmans is daarvan een helder voorbeeld: ze heeft heel veel energie gestoken in het leven van een normaal leven en dat is haar naar eigen zeggen niet gelukt: zij woont nu in een beschermde leefsituatie. Wil je weten wat de combinatie ADHD en ASS precies behelst, dan kan dit boek nuttig zijn. Ik mis enige beschouwende kanttekeningen en vind het boek wat dat betreft een gemiste kans.

*p.s. Het verhaal van Josine Bouwmans deed me denken aan de indrukwekkende documentaire "De wereld volgens Matthijs"; (nog te zien op NPO uitzending gemist) Ook iemand die, met een ASS diagnose, het zelfstandig niet redt omdat hij niet in het plaatje past. Bij Matthijs leidt dat uiteindelijk tot suicide.*



**Autisme en ADHD in een persoon, kenmerken en ervaringen in de ritssluiting van twee stoornissen**

**Josine Bouwmans, Ina van Berckelaer-Onnes, Sander Begeer.**

**Lannoo Campus, 109 pagina's (inclusief literatuurlijst).  
ISBN / EAN: 9789401428934; € 19.99**



## Oude kranten: Psychiatrische problemen veranderen niet, de pers wel

*Elke maand neemt de redactie de stapel oude kranten op haar bureau door, op zoek naar aanknopingspunten in het verleden die iets zeggen over verschijnselen van vandaag. Zijn er verschillen? Zijn er overeenkomsten? Breek- of startpunten? Deze maand de vraag of 'verwarden' een nieuw verschijnsel in de media is. De redactie verwachtte van niet en kreeg gelijk. Maar er viel wel iets anders op.*

De term 'verward' in de betekenis van 'in de war zijn' komen we voor het eerst tegen in kranten in het begin van de jaren tachtig. Hoe die term zo plotseling in gebruik raakte voor mensen met psychische problemen, werd ons niet geheel duidelijk. Vóór de jaren tachtig komen we het woord alleen tegen als het gaat over verwarde situaties, meestal politiek van aard, of zaken die letterlijk 'in de war' zijn, zoals verwarde haren en verwarde kluwen touw.

Niet dat we geen soortgelijke krantenkoppen tegenkomen als vandaag, verre van dat. Alleen gebruikten de kranten in de jaren daarvóór de nóg minder sympathieke, maar nauwelijks duidelijkere term 'krankzinnig'. De Krankzinnigenwet lag in de jaren tachtig behoorlijk onder vuur, vandaar wellicht die wisseling van woordgebruik.

Laten we voor het gemak 100 jaar terug gaan, 1916, we zitten dan midden in de Eerste Wereldoorlog. Het Tilburgs dagblad meldt dat een Oostenrijkse officier 'plotseling krankzinnig' is geworden en zes collega's doodschiet. Toch geen geringe gebeurtenis, maar het Tilburgs dagblad wijdt er niet meer dan elf regels aan. Elf! Tegenwoordig zou de Telegraaf er drie dagen lang zijn voorpagina mee vullen.

In hetzelfde jaar vindt in Den Haag een familiedrama plaats: een man schiet eerst zijn vrouw en kind dood, daarna zichzelf. Dichterbij dan Oostenrijk, dus het nieuws komt iets uitgebreider in de pers dan de Oostenrijkse officier: liefst achtentwintig regels in Het Rotterdams Nieuwsblad. Geen achtergrondartikelen, geen onthutste burens die nooit iets abnormaals bij het gezin hadden waargenomen, geen psychiaters die uitleg geven, niets van dat alles. In de dagen die volgen nog wel wat nieuwe ontwikkelingen, maar veel is het niet. Voor wie mocht denken dat de oorlog de oorzaak is van deze beknoptheid, liepen we nog wat andere jaren door: het is allemaal even kort en krachtig. Zelfs de Telegraaf besteedt in mei 1909 nog geen twintig regels aan een serieuze poging tot moord 'van een krankzinnige op haar zuster.'

Was de berichtgeving honderd jaar geleden beknopter en minder sensatiegericht, hij was niet per se zakelijker. In sommige gevallen proef je het mededogen van de journalist door de regels heen en, belangrijker, het besef dat iemand zorg nodig heeft. "Treurig", plaatst het Nieuws van de Dag op 28 januari 1916 als kop boven een heel klein artikeltje: "Gisterenmorgen werd de zich op het bureau bevindende commies N. plotse-ling krankzinnig. De ongelukkige schreef in een briefje aan den President, dat deze binnenkort het bezoek zou kunnen verwachten van Jezus Christus. Onmiddellijk werd de hulp ingeroepen van een medicus van het instituut Pasteur, waarna de stakerd werd vervoerd naar het commissariaat aan de Sipayers-weg".

De journalist is duidelijk begaan met de man. Vergeleken met de tegenwoordige berichtgeving is het bijna vertederend.●

