



GGZtotaal



November 2016

Minder zeldzaam dan  
je denkt.

Minder zeldzaam dan je denkt De GGZTotaal van november <a href="#">Naar artikel</a>		
Zo jong en nu al depressief? Stel je niet zo aan! Depressies bij Jongeren. Bart Vuijk <a href="#">Naar artikel</a>		28 Symbooldrama Column van Kirsten <a href="#">Naar column</a>
Jong en een goed geheugen, maar wél dementie. Frontotemporale dementie. Willem Gotink <a href="#">Naar artikel</a>		29 Oude kranten Een geruchtmakend proces over een transgender-operatie uit 1969 <a href="#">Naar artikel</a>
Hou me vast Een gedicht van Gisele Vrankcx <a href="#">Naar gedicht</a>		30 'Waar we naar toe moeten, is zuinige en zinnige zorg.' Maar niet heus. <a href="#">Naar artikel</a>
Genderidentiteit? Niet in mijn spreekkamer! Genderproblematiek in de GGZ. Anna van der Miesen <a href="#">Naar artikel</a>		32 'Beterweters' Boekrecensie door Johan Atsma <a href="#">Naar recensie</a>
Waarom Pfizer een gratis depressie-app lanceerde (P.S.: Niet voor Nederlanders). Alina Sedee <a href="#">Naar artikel</a>		34 GGZTotaal in de komende maanden Over kunst, opleidingen en verkiezingen <a href="#">Naar artikel</a>

## Minder zeldzaam dan je denkt

Natuurlijk is elke cliënt uniek, zeker in de GGZ. Overigens geldt hetzelfde voor behandelaars en begeleiders. Minder uniek zijn de diagnoses die behandelaars stellen, al dan niet in overleg met de cliënt: van elke 100 cliënten krijgen er grofweg 20 de hoofdiagnose 'stemmingsstoornis', iets minder vaak een 'ontwikkelingsstoornis', 14 krijgen een diagnose in de sfeer van een angststoornis, 6 hebben een 'aan een middel gebonden stoornis', 8 een persoonlijkheidsstoornis en ongeveer 20 hebben geen of een onbekende primaire diagnose (cijfers over 2013, CBS).

Oftewel: 70% van de cliënten in de GGZ zijn verdeeld over vijf diagnoses, van 20% weten we de diagnose niet. 10% krijgt een heel andere diagnose: eetstoornis, schizofrenie, angststoornis, dementie. Zorgvuldige diagnostiek gaat natuurlijk (veel!) verder dan een hoofddiagnose volgens de DSM5. Sommige diagnoses zijn bijzonder moeilijk te stellen. Andere zitten niet in het standaardrepertoire van de diagnosticus. In deze GGZTotaal twee voorbeelden daarvan.

Patiënten met frontotemporale dementie, kortweg FTD, ondergaan vaak een lang traject voordat de diagnose gesteld wordt. Onbekendheid met het fenomeen, gebrek aan ziekte-inzicht en een lastig te stellen diagnose gaan hand in hand. Willem Gotink interviewt twee partners van mensen met FTD.

Eenvoudiger vast te stellen is genderproblematiek. Dat wil zeggen: mits de behandelaar en de cliënt er over in gesprek komen. En dat blijkt vaak niet het geval. Schroom en het fenomeen gewoon niet op het netvlies hebben als mogelijk probleem zijn daarvan de meest voorkomende oorzaken. Anna van der Miesen vertelt wat je in de spreekkamer kunt doen.

Dat depressie bij jongeren zeker geen zeldzaam verschijnsel is, mag bekend zijn. Minder bekend is dat verschijnselen als automutilatie en suicide op Instagram verheerlijkt worden. Bart Vuijk stuitte er op tijdens zijn voorbereiding van een artikel over een fotoproject rond depressies bij jongeren.

Uiterst zeldzaam, althans in Nederland, is de App ter ondersteuning van mensen met een depressie, die Pfizer introduceerde. De farmaceut adverteerde ermee, maar toen Alina Sedee er over wilde schrijven, bleek hij niet te bestaan. Dat wil zeggen: niet in Nederland. Sedee vertelt hoe dat zit. In onze vaste rubrieken verder een column van Remke van Staveren, over de zorg die zegt mee te veranderen. Johan Atsma recenseert het boek 'Beterweters'; Gisele Vrankcx publiceert haar maandelijkse gedicht, met dit keer als titel 'hou me vast'; Kirsten schrijft over haar ervaring met symbooldrama en de redactie vond in oude kranten een bijzondere rechtszaak uit 1969.

# Zo jong en nu al depressief? Stel je niet zo aan!

door Bart Vuijk

'Stel je niet zo aan.' Dat hoorde Elena Nicolaas (21) zo vaak tijdens haar depressie, dat zij dit tot de titel heeft gebombardeerd van haar fotoproject om jongeren over deze psychische stemmingsstoornis voor te lichten. Door de donkere gedachten van depressieve jongeren in beeld te vangen en die in klassen te laten zien, hoopt ze dat veel jongeren depressie bij zichzelf beter herkennen en tijdig hulp gaan zoeken.

## Schoolpsycholoog

Elena Nicolaas is 21, woont in Beverwijk en heeft met zeer veel moeite een media-opleiding voltooid. Het heeft erom gehangen of zij dat haalde, want in haar examenjaar werd ze overvallen door een diepe depressie die haar hele leven overhoop gooide. Ze geeft aan dat ze al een tijdlang zoekende was naar hulp, toen ze ineens van iemand te horen kreeg dat er zo iets als een schoolpsycholoog bestond. Die heeft haar uiteindelijk vooruit weten te helpen, zodat ze haar opleiding kon voltooien. Haar depressie was ze daarmee niet kwijt, maar inmiddels gaat het wel wat beter en is ze gaan nadenken over wat haar is overkomen. Want dat ze lang niet de enige was, is haar wel duidelijk geworden.

## Fotoproject

Ze besloot om een uniek fotoproject in de steigers te zetten om jongeren hard te confronteren met de ziekte en zijn gevolgen. Dat doet zij door mensen uit een zelfhulpgroep medewerking te vragen aan het project. Hun duistere gedachten wil zij in foto's vangen, die zij met een toelichting wil laten zien in middelbare schoolklassen. Inmiddels heeft Elena medewerking gekregen van de gemeente en van de stichting welzijn in haar stad, zodat ze in januari van start kan gaan. Om te beginnen met een expositie.

# Stel je niet zo aan

## Fotoproject

Het fotoproject Stel je Niet zo Aan van Elena Nicolaas beleeft pas in januari zijn première, maar GGZ Totaal mocht al een beetje meekijken. Het is de bedoeling van de jonge fotografe om de depressieve gedachten en beelden van een aantal jonge mensen letterlijk in beeld te brengen. De eerste jongeren hebben al meegewerkt aan een foto-shoot, en dat gaat de komende wintermaanden verder. Gelijktijdig wordt een filmdocumentaire gemaakt om te laten zien hoe de foto's tot stand zijn gekomen. De foto's bij dit artikel zijn afkomstig van Elena Nicolaas zelf. Ze laten zien hoe de foto-sessies in hun werk gaan.



## Het 'dark Instagram'

Instagram heeft met zoveel woorden in zijn voorwaarden staan dat foto's van zelfmutilatie niet online mogen worden gezet. Toch weet de 'community' van depressieve Instagrammers hier steeds weer wegen omheen te vinden. Dit staat erover in de algemene voorwaarden:

*Onderhoud onze ondersteunende omgeving door zelfbeschadiging niet te verheerlijken.*

*In de Instagram-community geven de leden om elkaar en de community vormt vaak een plek waar mensen die in aanraking zijn gekomen met moeilijke problemen zoals eetstoornissen, 'snijden' en andere soorten zelfbeschadiging samenkomen om bewustzijn te creëren of voor hulp. We proberen ons deel te doen door extra hulpbronnen aan te bieden in de app en door informatie toe te voegen aan het helpcentrum zodat mensen de hulp kunnen vinden die ze nodig hebben. Mensen aanmoedigen om zelfbeschadiging te aanvaarden als normaal, is in strijd met deze ondersteunende omgeving, en daarom verwijderen we deze inhoud of schakelen we accounts uit als deze soort inhoud aan ons wordt gerapporteerd. Ook kunnen we inhoud verwijderen die slachtoffers van zelfbeschadiging identificeert als deze inhoud hen aanvalt of bespot.*

## Dark Instagram

Tijdens de fotoshoots waren haar depressieve fotomodellen opmerkelijk openhartig. Daardoor is Elena tegen zaken aangelopen die ze nog niet kende. Bijvoorbeeld, wat zij noemt, het 'dark Instagram.' „Een van de meisjes die ik fotografeerde, liet me zien wat dat is. Onder geheime hashtags delen depressieve jongeren, en jongeren met eetstoornissen, allerlei gruwelijke foto's via Instagram. Ik schrok daar wel van, het zijn schokkende berichten en de dood wordt soms verheerlijkt. Maar het meisje dat me dit liet zien, zei mij dat ze er juist veel steun aan heeft gehad. Hoewel ze ook wel vond dat deze Instagram-jongeren de dood wel heel leuk laten klinken.'"

Een rondgang van GGZ Totaal door Instagram, dat dergelijke foto's overigens verbiedt, laat schokkende beelden zien. Foto's van bloederige bekrassingen. Foto's van teksten die de dood verheerlijken. Foto's van graatmagere lichamen, waar met een mes de tekst 'FAT' in is gekerfd. Het kan deze jongeren blijkbaar niet erg genoeg zijn.

## Zelfhulpgroepen

Elena laat weten dat deze online gedachtenwereld haar niet vooruit helpt. Zij ziet meer in zelfhulpgroepen, voorlichting op scholen en vooral het uit de taboesfeer trekken van psychische problemen onder jongeren. De NJR heeft tijdens paneldiscussies citaten van jongeren genoteerd die er het liefst niets van laten merken. 'Ik wilde familie niet belasten met die dingen, want ik dacht dat zij er dan ook mee gingen zitten. Ik durfde er verder met niemand anders over te praten', meldt een 18-jarig meisje op het vmbo.

Elena Nicolaas is niet de enige die de jongeren op scholen te hulp komt. De Young Mind Academy is een landelijk initiatief dat sinds 2014 op vmbo- en mbo-scholen bewustheid onder scholieren brengt door ervaringsdeskundigen over depressie te laten vertellen aan schoolklassen. Een initiatief waarvoor veel scholen letterlijk in de rij staan.

## Sportproject

Depressie onder jongeren is nu in ieder geval veel beter in beeld dan enkele jaren geleden. In de stad van Elena werd zo'n vijf jaar geleden voor het eerst een GGD-rapport uitgebracht, waaruit bleek dat een kwart van de vmbo-meisjes diep in de put zit. Het gemeentebestuur schrok zich rot, en brak zich het hoofd over een aanpak. Uiteindelijk werd gekozen voor het opzetten van sportactiviteiten op straat om de meisjes uit de put te krijgen. Elena kan er nog om glimlachen. „Ze begrepen er echt niets van. Voor jongeren is het vooral belangrijk te weten waar ze hulp kunnen vinden. Het moet duidelijk zijn waar je naar toe kunt met je problemen. Geef dat bekendheid via social media en filmpjes. Folders gaan bij jongeren direct de prullenbank in. En geef vaker voorlichting op school.”



## Depressie onder jongeren

### Levensbedreigend

Depressie onder jongeren is een groeiend en hardnekkig probleem. Het is waarschijnlijk ook een levensbedreigend probleem, want veel depressieve jongeren denken wel eens aan zelfdoding en soms voeren ze dat voornemen ook uit. In 2015 hebben in Nederland 130 jongeren tussen tien en 25 jaar een einde aan hun leven gemaakt (cijfers afkomstig van het Nederlands Jeugdinstituut). Zelfdoding komt bij jongens vaker voor dan bij meisjes. Dat is verrassend, gezien het feit dat veel meer meisjes dan jongens in de middelbare schoolleeftijd depressief zijn (cijfers afkomstig van EMOVO-rapport 2013-2014 GGD Kennemerland).

### Gemeenten

Tijdens het laatste congres van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) kwamen de lokale bestuurders een stand tegen van de Nationale Jeugd Raad (NJR), die onlangs een onderzoek heeft gedaan naar de psychische gezondheid van jongeren. De NJR vindt het belangrijk dat jongeren zelf meepraten over zaken die hen aangaan, en heeft de vraag opgeworpen

hoe de zorg voor jongeren met psychische problemen verbeterd kan worden. Geen onlogische vraag om neer te leggen bij de gemeenten, die sinds vorig jaar over de jeugdzorg gaan en daar in veel gevallen veel meer geld aan kwijt zijn dan ze zelf hadden begroot. De jeugdzorg staat bij veel gemeenten dan ook in het brandpunt van politieke belangstelling; het is een financiële risicopost. Maar veel wethouders maken zich oprecht zorgen over de psychische gezondheid van de jeugd in hun gemeente.

### Suïcide

En dat is niet voor niets. Suïcide is in veel landen doodsoorzaak nummer één onder jongeren tot 25 jaar. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) van de Verenigde Naties heeft de aangesloten lidstaten gevraagd om meer aandacht te geven aan depressie onder jongeren. In Nederland brengen de GGD's geregeld zogeheten EMOVO-rapporten uit, die in vrijwel alle regio's te zien geven dat twintig tot vijfentwintig procent van de jongeren niet lekker in zijn vel zit.

### WHO

De WHO vraagt al sinds 2014 aandacht voor het probleem van depressie onder jongeren. Die problemen eisen een zware tol. Wereldwijd sterven jaarlijks honderdduizenden jongeren doordat zij de hand aan zichzelf slaan. "Wereldwijd is depressie de belangrijkste oorzaak van ziekte en onbekwaamheid in deze leeftijdsgroep, en suïcide staat op nummer drie van de belangrijkste doodsoorzaken (na verkeersongevallen en ziekte). Sommige onderzoeken laten zien dat de helft van alle mensen die een psychische ziekte hebben ontwikkeld, de eerste symptomen al lieten zien rond hun veertiende levensjaar. Als adolescenten met psychische problemen de zorg krijgen die zij nodig hebben, kan dat levens redden en veel leed gedurende het hele leven voorkomen", schreef de WHO in een rapport.

Hoe zit dat in Nederland? De NJR heeft onderzoek gedaan onder meer dan zevenhonderd jongeren. Van hen heeft meer dan veertig procent te maken gehad met psychische problemen; ze hebben er last van

gehad, of zij hebben er nog steeds last van. Ongeveer zes op de tien van deze jongeren kennen ook leeftijdgenoten die in hetzelfde schuitje zitten. Opvallend is dat jongeren tijdens paneldiscussies hebben aangegeven dat zij meer steun hebben aan vrienden, dan aan hulpverleners, als ze diep in de put zitten.

### Taboe bestrijden

De NJR doet een vijftal beleidsaanbevelingen. Nummer 1: 'Stigma/taboe bestrijden door voorlichting en online platforms.' Op twee: 'Eigen wensen en grenzen: jongeren betrekken in hun eigen behandeling en toekomstplannen.' Drie: 'Maatwerk en samenwerking om mogelijkheden te creëren binnen het onderwijs wanneer jongeren vastlopen vanwege psychische problemen.' Vier: 'Begrip door vertrouwenspersonen in nazorg: ervaringsdeskundigen in wijkteams en laagdrempelige inloopfaciliteiten.' En aanbeveling vijf lijkt ietwat op aanbeveling 1: 'Bestrijden van onwetendheid en onbegrip binnen het onderwijs over GGZ door informatie en voorlichting.' ●

# Jong en een goed geheugen, maar wel dementie

door Willem Gotink

Je bent begin vijftig, getrouwd, hebt kinderen en buiten wat veelvoorkomende, overkomelijke tegenlagen gaat het leven redelijk voorspoedig. Al vertoont je echtgenoot de laatste tijd wat verschijnselen van onverschilligheid. Hij laat zijn emoties minder zien, laat hier en daar wat steken vallen. Je wijt dat aan oververmoeidheid, wellicht een beginnende burn-out. Of: je echtgenote doet de laatste tijd vreemd: ze koopt buitensporig veel onnodige spullen en maakt ongepaste opmerkingen tegen vreemden en bekenden. De huisarts denkt aan overgangsklachten. Een paar maanden later staat het leven op zijn kop: na één of meer doorverwijzingen blijkt er sprake te zijn van een bijzondere vorm van dementie, die vooral het voorste gedeelte van de hersenen aantast: frontotemporale dementie, kortweg FTD. Het gevolg: een partner die van je vervreemdt, niet zozeer vanwege een slecht geheugen, maar veeleer door gedragsveranderingen, vervlakking van emoties, dwangmatig en ongepast gedrag. Gebrek aan ziekte-inzicht maakt communicatie over de ziekte goeddeels onmogelijk, de gezonde partner staat er alleen voor.

## Geen normale dementie

“Het woord dementie scheidt eigenlijk verwarring”, zegt Henry Rabbers. “Het roept associaties op met iemand van tachtig, met vergeetachtigheid en verdwalen, terwijl dat nou nèt niet het probleem is bij FTD.”

Zijn vrouw begon zich twee jaar geleden, toen 53 jaar oud, anders te gedragen dan normaal. Hóe anders precies vindt hij lastig te omschrijven. “Ze kocht bijvoorbeeld dwangmatig veel tandpasta en shampoo”.

De huisarts dacht in eerste instantie aan overgangsklachten, maar zelf had Henry sterk de indruk dat er meer aan de hand was en drong aan op een verwijzing naar de neuroloog. Daar werd, na onderzoek met een PET-scan, de diagnose FTD gesteld.

Nu, twee jaar later, heeft hij bijna geen contact meer met zijn vrouw. “Het is mijn eigen partner niet meer. Haar gedrag is anders, ze vertoont weinig emoties, ze heeft geen remmingen meer. Ze gedraagt zich kinderlijk, knijpt mensen zomaar in de benen. Wat er precies in haar hoofd speelt, is me niet duidelijk. Wel duidelijk is dat ze geen ziektebesef heeft. Ze wil dan ook eigenlijk niet dat er hulp komt, al is die er sinds kort wel.”

Ook Margreet Mantel maakte dit mee. De klachten van haar man Jan Willem waren in eerste instantie niet heel ernstig: Jan Willem was meer op zichzelf, trok vaker zijn eigen plan, vertoonde minder emotie, hij zei zijn klanten bij binnenkomst geen gedag en verzuimde uit te leggen wat hij ging doen. Hij lachte om verkeerde dingen en vertoonde dwangmatig gedrag, zoals overdreven consequent deuren dichtdoen.

In eerste instantie dachten beiden aan een burn-out, overspannenheid. Na enkele maanden behandeling bij een GGZ-instelling volgde doorverwijzing naar een neuroloog, waar pas na een paar maanden onderzoek de diagnose FTD gesteld werd.

Het eerste bezoek aan de huisarts was in juni 2012. In mei 2014 werd Jan Willem opgenomen in een verpleeghuis. Margreet: “Het ging niet meer, hij werd moeilijker in de omgang, werd gevaarlijk in het

## Wat is FTD?

Frontotemporale dementie (FTD) is een hersenziekte die vooral de frontale en temporale hersenkwabben aantast. Daardoor staan meestal gedragsveranderingen op de voorgrond, hoewel bij sommigen ook taalproblemen op de voorgrond staan. De ziekte begint op een leeftijd tussen de veertig en zestig. De oorzaak is niet bekend, bij ongeveer een kwart van de patiënten speelt erfelijkheid een rol. Er is geen behandeling voor FTD, soms kan medicatie symptomen verminderen.

Het is niet exact bekend hoe vaak de ziekte voorkomt. Geschat wordt dat op elke 100.000 mensen onder de 65 tussen de 4 en de 15 een vorm van FTD heeft. Waarschijnlijk komt het veel vaker voor dan gedacht.

Doordat tijdens het begin van de ziekte het geheugen meestal goed is, terwijl er wel sluipenderwijs gedragsveranderingen optreden (zoals verminderd inlevingsvermogen; impulsief, dwangmatig en/of ontremd gedrag; in sociale situaties teruggetrokken en/of onaangepast), wordt de oorzaak van de veranderingen vaak gezocht in psychische oorzaken, zoals burn-out, depressie en relatieproblemen.

Een belangrijk symptoom is het gebrek aan ziekte-inzicht. Het maakt de diagnostiek extra ingewikkeld, de naaste omgeving staat daardoor vaak

alleen.

Op den duur vlakken de emoties volledig af. Ook ontstaan taal-spraakproblemen, waardoor patiënten zich niet meer goed mondeling kunnen uitdrukken.

Patiënten overlijden allemaal op jongere leeftijd door de gevolgen van de neurodegeneratie.

## Diagnostiek

Diagnostiek van FTD is niet eenvoudig. De eerste stap qua beeldvorming is een structurele (en dus niet een functionele) MRI-scan van de hersenen. Soms is hier al duidelijk op te zien dat er, bij een patiënt die klinisch FTD heeft, ook op de scan sprake is van FTD. Echter, de MRI-scan kan de eerste jaren van de ziekte nog normaal zijn. Om deze reden wordt er soms een PET-scan verricht, die niet de vorm van de hersenen, maar de activiteit van de hersenen toont. Deze is vaak in een vroeger stadium al afwijkend en kan dus FTD aantonen als de MRI nog normaal is. Waakzaamheid is echter geboden, want uit het onderzoek van Krudop blijkt dat soms de PET-scan van iemand met een psychiatrische aandoening, zoals een depressie of een bipolaire stoornis, ook afwijkingen kan tonen die lijken op FTD. Hierdoor kan de arts op het verkeerde been gezet worden.



## "Vooral het dwangmatige gedrag veroorzaakte problemen"

verkeer, flapte er van alles uit. Vooral het dwangmatige gedrag veroorzaakte problemen. En ik had niet alleen de zorg voor hem, maar ook voor onze twee kinderen. Zijn familie begreep het maar half, had de indruk dat het wel meeviel, dat de opname in het verpleeghuis nog niet nodig was. Achteraf begrijpen ze het beter."

### Verwarring in de diagnostiek

In september van dit jaar promoveerde Welmoed Krudop op de problemen rond het diagnosticeren van de aandoening. In haar onderzoek werden 137 patiënten met veranderd gedrag onderzocht door zowel een neuroloog als een psychiater, en twee jaar lang gevolgd. Van deze groep bleek eenderde frontotemporale dementie te hebben, eenderde had een psychiatrische stoornis en nog eenderde had een andere neurologische aandoening. Krudop ontdekte niet alleen dat FTD-patiënten soms ten onrechte een psychiatrische diagnose krijgen, maar dat andersom ook psychiatrische patiënten het risico lopen op een onterechte FTD-diagnose.

Er zijn een viertal oorzaken aan te wijzen voor deze onterechte diagnoses. Allereerst kent frontotemporale dementie in het begin meestal niet de bekende verschijnselen van dementie, zoals geheugenverlies of verdwalen. Daardoor wordt de ziekte vaak niet op tijd herkend. De gedragsstoornissen en de karakterveranderingen leiden er regelmatig toe dat FTD, zeker in het begin, wordt verward met een psychiatrische stoornis. Ook als de familie vermoedt dat er meer aan de hand is dan eenvoudig te verhelpen klachten. Henry: "Ik heb me in het hele traject rond de diagnostiek behoorlijk assertief moeten opstellen. Het scheelt dat ik door mijn werk bekend ben met de gezondheidszorg en weet hoe het werkt. Maar veel mensen die ik ken zijn eerst in relatietherapie geweest, of hebben een lang traject in de GGZ gehad vóórdat de diagnose werd gesteld."

Een ander probleem dat zich voordoet is het gebrek aan ziekte-inzicht. De meeste patiënten met FTD zien niet, of willen niet zien, dat er problemen zijn. Zo was het Margreet die bij Jan Willem de problemen zag en ervoer. Het commentaar van Jan Willem

beperkte zich voornamelijk tot: "Het gaat goed". Zo leek het ook voor de buitenwereld, want totdat de neuroloog een observatie-opname noodzakelijk vond, was Jan Willem nog gewoon aan het werk. Anders dan veel lotgenoten liet Jan Willem zich wel overreden mee te gaan naar de huisarts, al denkt Margreet dat dat meer te maken had met hun goede relatie dan met het zien van de noodzaak ervan. Margreet: "Als er één keer tegen iemand met FTD wordt gezegd 'u mankeert niets', dan wil zo iemand nooit meer mee naar een onderzoek of arts. Want 'ze mankeren niets' en dan is het al snel: 'Je wilt van me af.'"

En dan, als deze hobbels genomen zijn, artsen en omstanders zien dat er mogelijk geen psychiatrische maar een neurologische stoornis aan de hand is, dan nóg is de diagnose niet eenvoudig te stellen.

Margreet: "Ook bij de neuroloog duurde het nog enkele maanden. Op de MRI was niets te zien, er was een opname voor nodig vóór de diagnose FTD kon worden gesteld, in samenwerking met de neuropsycholoog en de psychiater van de GGZ." Krudop daarover: "Om de juiste diagnose te stellen bij mensen waarvan niet direct duidelijk is wat er aan de hand is, zijn een aantal aspecten van belang. De neuroloog en de psychiater moeten nauw samenwerken. Afwijkende gedragingen zoals dwangmatigheid moeten zorgvuldig in kaart worden gebracht. Er dient een MRI-scan te worden gemaakt, een follow-up-periode van enkele jaren is nodig, net als op het individu toegespitste aanvullende testen, zoals hersenvocht- of genetisch onderzoek. Welke test passend is verschilt per persoon, omdat het afhangt van welke gedragsstoornissen er zijn en wat de MRI laat zien."

Ten slotte heeft Henry ook de indruk dat neurologen de diagnose niet willen of durven stellen. "Er lijkt een zeker schroom te bestaan om te zeggen dat het om een vorm van dementie gaat. Dat verschilt per

ziekenhuis. Bij twijfel adviseer ik altijd een second opinion" Welmoed Krudop denkt niet dat het een kwestie is van willen of durven: "FTD is een moeilijke diagnose om met zekerheid te stellen in de vroege fase van de ziekte. Omdat er twijfel kan bestaan zijn artsen soms terecht huiverig om zo'n ernstige diagnose te stellen. De aanbevelingen van een samenwerking tussen neuroloog en psychiater, een MRI-scan, eventueel een PET-scan, hersenvocht- of genetisch onderzoek zijn niet in elk ziekenhuis goed mogelijk. Een second opinion in een gespecialiseerd centrum is daarom een goede optie bij de verdenking op FTD."

## "Het is mijn eigen partner niet meer"

### Jarenlang op de verkeerde plek

Zowel bij de vrouw van Henry als de man van Margreet is de diagnose na relatief korte tijd gesteld, in ieder geval binnen een jaar. Margreet: "In eerste instantie ging de huisarts mee in mijn vermoeden dat Jan Willem een burn-out had en verwees ze naar de GGZ. Na een paar maanden, toen er geen verbetering optrad, werd gedacht aan een neurologische aandoening." Net als Henry is Margreet actief in lotgenotengroepen en kent daardoor de verhalen van mensen aan wie eerst relatietherapie geadviseerd werd ("ga maar scheiden"), die daarna langdurig in de GGZ terecht kwamen vanwege het vermoeden van een depressie en waarbij pas na jaren de diagnose FTD gesteld werd. "De façade is geweldig, ze houden zich goed. De diagnose wordt daardoor vaak laat of niet gesteld, al gaat dat al beter dan vroeger. Mensen lopen nog steeds het risico een kluisenaar te worden, of alcoholist door het dwangmatige drinken. Ook huiselijk geweld is geen uitzondering, zowel door als tégen de patiënt."

### Samen, maar toch alleen

Jan Willem is ondertussen definitief opgenomen, nadat het thuis echt niet meer ging. Ondanks vier dagen dagopvang. Margreet: "Dan stond hij met zijn rugzak op de bus te wachten die hem naar de dagopvang moest brengen. Zonder te protesteren of vragen te stellen. Dat was zó een andere man dan hij vóór zijn ziekte was. Echt vreselijk om te zien. Ook in het verpleeghuis is zijn gedrag problematisch. Doordat zijn geheugen goed is kent hij de code van de deur. Ook is hij lichamelijk gezond, waardoor hij met gemak over een hek klimt en vervolgens onvindbaar is. Daarom krijgt hij een GPS, omdat hij ontsnapt."

De vrouw van Henry woont nog wel thuis. Hij ervaart de zorg als zwaar: "Je bent samen, maar toch alleen." Een opname is niet in zicht. "Mijn vrouw is rustiger dan de echtgenoot van Margreet", zegt hij, "Bovendien waren bij ons de kinderen de deur al uit toen de ziekte begon. Dat maakt dat ik meer ruimte heb om de zorg op me te nemen".

## informatie

### Erfelijkheid

Er is een kans dat er sprake is van een erfelijke component. Zowel Henry als Margreet vermoeden dat dat bij hen niet het geval is, omdat de ziekte verder niet in de familie voorkomt. Liever willen ze het ook niet weten, de vraag wordt pas actueel als hun kinderen een gezin willen beginnen. Nu zou die wetenschap vooral problemen op kunnen leveren bij het afsluiten van hypotheek en verzekeringen.

Los van de vraag over de erfelijkheid maakt Henry zich zorgen over de psychische gesteldheid van kinderen van een ouder met FTD. "Ik red me uiteindelijk wel", zegt hij, "maar ik vraag me oprecht af of de kinderen later geen psychische klachten ontwikkelen." ●

[Reageer](#)

### Meer informatie over frontotemporale dementie:

- De [site](#) of [Facebook pagina](#) van FTD-lotgenoten.
- [De site van de hersenstichting](#)
- [De site van Stichting Alzheimer Nederland](#)
- [Het proefschrift van Welmoed Krudop](#)
- [Huisartsenbrochure](#)

Hou me vast  
Hou me gewoon vast  
Laat me niet los

Laat me los  
Laat me gewoon los  
Hou me niet vast

Hou me vast  
Zodat ik leren kan  
Dat ik ook los kan

Laat me los  
Zodat ik leren kan  
Dat ik ook houden kan

Van jou  
En mij

© Gisele Vrankcx

[Reageer](#)





# GENDERIDENTITEIT?

*Niet in mijn spreekkamer!*

*Door: Anna van der Miesen*

Hoewel er in de media steeds meer aandacht is voor mensen met genderdysforie, zoals recent in het televisieprogramma *Hij is een Zij*, en er steeds meer bekende mensen zijn met genderdysforie, blijft de kennis hierover bij de meeste mensen en ook bij hulpverleners achter. Iemand met genderdysforie kan zich bij een hulpverlener melden met bijvoorbeeld symptomen van een depressie. Als alleen deze symptomen worden behandeld maar niet de onderliggende oorzaak, blijven mensen met genderdysforie met deze gevoelens rondlopen. Daarnaast speelt ook stigma een rol. Wat is nou precies genderdysforie en hoe vaak komt het voor? En hoe maak je dit bespreekbaar in de spreekkamer en daarbuiten?

Sommige mensen zijn met mannelijke geslachtskenmerken geboren en hebben dus het mannelijke gender toegewezen gekregen bij de geboorte maar voelen zich vrouw. En sommige vrouwen hebben het vrouwelijke geslacht en dus het vrouwelijke gender toegewezen gekregen maar voelen zich man. Genderdysforie is de term die wordt gebruikt in de DSM-5, en is een diep gevoel van onbehagen dat iemand ervaart als het toegewezen gender en de genderidentiteit niet overeenkomen.<sup>1</sup> Vaak gaat dit samen met de wens om van een ander gender te willen zijn. Genderidentiteit wordt gedefinieerd als de overtuiging al dan niet te behoren tot een bepaald gender. Met sekse worden de lichamelijke uiterlijke geslachtskenmerken bedoeld. De term transgender wordt vaak gebruikt als algemene term waaronder een aantal andere begrippen vallen zoals genderdiversiteit en gendervariantie. Eerder werd genderdysforie ook wel genderidentiteitsstoornis of transseksualiteit genoemd.<sup>1</sup> Vroeger werd gender als een dichotoom begrip gebruikt maar momenteel wordt gender meer als spectrum gezien en daardoor komt er steeds meer erkenning voor varianties binnen gender. Er zijn veel termen die een genderidentiteit binnen dit spectrum beschrijven zoals derde gender en genderneutraal.

#### Stigma rond genderdysforie heeft grote gevolgen

Onderzoek uit 2012 van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) liet zien dat in de Nederlandse bevolking 0,6% van de mannen en 0,2% van de vrouwen een incongruente genderidentiteit met medische behandelwens rapporteert.<sup>2</sup> 4,6% van de mannen en 3,2% van de vrouwen rapporteerde daarnaast een ambigue genderidentiteit. Dit komt neer op ongeveer 50.000 Nederlanders. Mensen met een incongruente of ambigue genderidentiteit worstelen vaker met psychische problemen dan mensen zonder ambigue genderidentiteit. De oorzaak hiervan wordt onder andere toegewezen aan het stigma dat kleeft aan genderdysforie. Uit het eerder genoemde onderzoek van het SCP bleek dat een vijfde van de Nederlanders afkeurend staat tegenover genderambivalentie.<sup>2</sup> De gevolgen van stigma kunnen onder andere isolement en eenzaamheid, depressie en angst, toename van middelengebruik en (poging tot) zelfmoord zijn. Een ambivalente genderidentiteit kan ook een reden zijn voor discriminatie op bijvoorbeeld het werk.



*"Genderdysforie kan op alle leeftijden*

*voorkomen waardoor niet alleen*

*zorgverleners in de volwassen GGZ*

*maar ook in de jeugdhulpverlening hier*

*waakzaam op moeten zijn."*

Onderzoek naar kinderen met genderdysforie toonde aan dat deze kinderen psychologisch kwetsbaarder zijn en vaker een psychiatrische diagnose hebben.<sup>3</sup> Onderzoek naar volwassenen met genderdysforie liet zien dat de helft aangaf psychische problemen te hebben en waarbij twee derde aangaf wel eens aan zelfmoord te hebben gedacht.<sup>2</sup>

De kans bestaat dus dat hulpverleners uit de GGZ te maken krijgen met mensen met een incongruente genderidentiteit of met mensen die andere psychische problemen hebben waarbij de onderliggende oorzaak ligt in ambivalentie over hun genderidentiteit. Genderdysforie kan op alle leeftijden voorkomen waardoor niet alleen zorgverleners in de volwassen GGZ maar ook in de jeugdhulpverlening hier waakzaam op moeten zijn. Uit onderzoek bleek dat 42% van de mensen met een ambivalente genderidentiteit hulp zocht bij de huisarts, 24% bij een vrijgevestigde psychiater of psycholoog en 28% zocht hulp bij een GGZ-instelling of bij maatschappelijk werk. Daarbij kwam ook het gebrek aan informatie over genderdysforie bij deze hulpverleners aan de orde.<sup>2</sup>

#### Open houding van hulpverlener is belangrijk

Naast gebrek aan kennis kunnen hulpverleners terughoudend zijn met het stellen van vragen over genderdysforie. Dit ondervond ook Sascha, die jarenlang met deze gevoelens rondliep en duidelijk verschil merkte toen dit onderwerp wél bij hulpverleners bespreekbaar was (zie kader).

Een open houding van de behandelaar is belangrijk in de spreekkamer. Soms hebben behandelaars moeite met het vinden van de juiste woorden. Een aantal oriënterende vragen die hulpverleners kunnen stellen zijn bijvoorbeeld: "Bent u tevreden met uw genderidentiteit?" Of: "Veel mannen voelen zich duidelijk man, maar er zijn ook mannen die zich minder duidelijk man voelen. Hoe zit dat bij u?" En: "Voelt u zich prettig als vrouw onder vrouwen?" Deze vragen kunnen helpen het gesprek over genderidentiteit op gang te brengen.

Daarnaast kan het behulpzaam zijn om de verschillen tussen genderidentiteit, het gevoel bij een gender te horen, en genderrol en sekse te bespreken. Genderrol is het geheel van gedrag, interesses en persoonlijkheid. Een wat andere genderrol hoeft nog

niet te betekenen dat er ook een ambigue genderidentiteit bestaat, zoals jongens met poppen kunnen spelen en meisjes met auto's zonder gelijk een ambigue genderidentiteit te hebben. Verder kan het helpen om gender samen wat meer in het perspectief van een spectrum te plaatsen. Genderidentiteit moet daarnaast niet verward worden met seksuele identiteit waarbij het bij seksuele identiteit gaat om seksuele aantrekkingskracht.

Ook is het belangrijk om te bespreken of er een afkeer bestaat van de eigen geslachtskenmerken, er een wens bestaat om de lichamelijke, uiterlijke kenmerken van het andere gender te hebben, en of er al stappen zijn ondernomen richting een eventuele sociale transitie. Steun en gesprekken binnen de eigen omgeving zijn in het hele proces belangrijk en moeten daarom gestimuleerd worden.

Als er een vermoeden bestaat over de diagnose genderdysforie is een verwijzing naar specialistische zorg op zijn plaats. Herkenning van genderambigüiteit of genderdysforie is daarbij, samen met dit onderwerp bespreekbaar maken, een belangrijke eerste stap.

Naast de aandacht die er in de media is voor genderdysforie hoort ook aandacht voor gender en genderidentiteit in de GGZ thuis. Een open, oriënterend en explorerend gesprek over genderidentiteit en genderrol kan daarbij helpen. Terughoudendheid in het aansnijden van dit onderwerp is daarbij niet op zijn plaats. Gender en genderidentiteit horen thuis in de spreekkamer! ●

**Anna van der Miesen, MSc, is arts-onderzoeker bij het VU Medisch Centrum in Amsterdam.**

Voor meer informatie over genderdysforie en voor meer informatie over het Kennis- en Zorgcentrum voor Genderdysforie zie: <https://www.vumc.nl/afdelingen/zorgcentrum-voor-gender/>.

Bronnen:

<sup>1</sup>. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

<sup>2</sup>. Keuzekamp, S. (2012). *Worden wie je bent. Het leven van transgenders in Nederland*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

<sup>3</sup>. Ristori, J., Steensma, TD. (2016). *Gender dysphoria in childhood*. *International Review of Psychiatry*, 28:13-20.

*"Sascha: "Ik werd ooit geboren als meisje, maar mijn genderidentiteit is altijd mannelijk geweest. "*

Reageer

*Sascha: "Ik werd ooit geboren als meisje, maar mijn genderidentiteit is altijd mannelijk geweest. In de tijd dat ik opgroeide was het binnen de GGZ niet gebruikelijk om bezig te zijn met genderidentiteitsproblematiek. Sinds mijn derde jaar ben ik in behandeling bij de GGZ. Ik ging toen naar een medisch kleuterdagverblijf. Ik kleepte me als een jongen, speelde veel met jongens en had veel hobby's die men traditioneel als 'jongenshobby's' zou zien. Er zijn hier nooit vragen over gesteld door hulpverleners. Toen ik een jaar of 11 was, realiseerde ik mij voor het eerst dat ik liever helemaal gezien wilde worden als jongen, maar dit werd door mijn omgeving weggewuifd. Daarom durfde ik er niet over te beginnen tegen hulpverleners en geen enkele hulpverlener heeft dit onderwerp met mij besproken.*

*Tijdens mijn puberteit hield ik me meer bezig met dat ik op meisjes viel dan met mijn genderidentiteit. Rond mijn twintigste kwam ik weer terug bij hetzelfde vraagstuk en begon ik veel te 'crossdressen' (kleding dragen van het andere gender) en gendervarianter te leven. Toen werd ik geconfronteerd met mijn toekomst; in mijn hoofd zou ik nog opgroeien als een man en uiteindelijk besepte ik dat dit niet vanzelf zou gaan. Dit betekende voor mij een worsteling met de realiteit. Ik besloot me aan te melden bij het genderteam van het VU Medisch Centrum en moest een aantal maanden wachten. In die tussentijd is het ontzettend belangrijk voor mij geweest dat de GGZ-behandelaren wisten hoe ze met mijn genderdysforie moesten omgaan.*

*Mijn ambulante begeleidster was erg behulpzaam en ondersteunend. Ze accepteerde meteen hoe ik mij voelde en deed alles om me hierbij te ondersteunen. Mijn huisarts was ook erg begripvol en twijfelde niet aan mijn genderdysforie; ze schreef meteen een verwijsbrief voor me. Dat was een fijn gevoel aangezien mijn directe omgeving, zoals vrienden en familie, nog wel eens moeite hadden met de verandering en ik dus regelmatig somber was omdat ik me onbegrepen voelde. En dan spreek ik niet eens over de rest van de wereld. In winkels, openbare toiletten en sportcomplexen werd ik dagelijks geconfronteerd met de stress van niet begrepen en geaccepteerd worden. Hierdoor isoleerde ik mezelf. Dit onbegrip en het aanhoudende gevoel dat ik vast zat in een soort kooi, leidde ertoe dat ik met zelfmoordplannen werd opgenomen op een gesloten afdeling.*

*Het was voor mij essentieel dat het personeel van de afdeling goed is omgegaan met mijn genderdysforie; voor zover mogelijk werden mijn naambordjes en lijsten omgezet naar mijn gewenste gender en het personeel deed zijn best mij zoveel mogelijk correct aan te spreken. Een tijd in zo'n beschermde omgeving zitten waar ik niet bang hoefde te zijn om niet gerespecteerd en begrepen te worden, deed mij ontzettend goed en dit is mede de reden waarom ik nog leef. Zeker het begin van een transitie is een ontzettend zware periode voor een transgender, waarin alle support en begrip van hulpverlening die mogelijk is, geboden moet worden. Dit redt levens."*

## Waarom Pfizer een gratis depressie-app lanceerde (PS: niet voor Nederlanders)

door Alina Sedee

**Geneesmiddelenreus Pfizer lanceerde vorige maand de depressie-app Moodivator. Gratis en bewezen werkzaam volgens een echte Amerikaanse psychiater.**

**Gezondheidsmedia waren er als de kippen bij om dit nieuws te brengen. Ook wij. Haastige speed is zelden goed. Onderzoeksjournalist Alina Sedee maakt het goed met een onthaaste herkansing.**

Op 13 september jongstleden stuurde farmaceut Pfizer in de Verenigde Staten een persbericht uit over de lancering van de Moodivator app, speciaal ontwikkeld voor de miljoenen mensen in de Verenigde Staten die lijden aan depressie. De app motiveert, helpt en bemoedigt patiënten en stimuleert ze om zelf een actieve rol bij hun behandeling te spelen. Gebruikers kunnen elk moment van de dag invoeren hoe hun stemming is. Zo kunnen de behandelaars van de gebruiker langetermijnpatronen ontdekken. De vooruitgang wordt in heldere statistieken gemonitord. Aldus het persbericht.

**"Een goed persbericht is als een gemaksmaltijd die je zo de magnetron in kunt schuiven."**

### Persbericht als magnetronmaaltijd

Het nieuws veroorzaakte diezelfde dag nog een hausse op internationale gezondheidssites. Kopieer, plak, publiceer. Niets nieuws onder de zon, zo gaat dat met de meeste pers- en nieuwsberichten. Een goed persbericht is als een gemaksmaltijd die je zo de magnetron in kunt schuiven. Communicatieafdelingen produceren ze aan de lopende band, maar denken na over elk woord.

De ingrediënten:

- Het nieuws: een (geïmpliceerde, verbogen, gezochte of gecreëerde) actuele aanleiding die verklaart waarom een bedrijf of organisatie juist op dit moment met deze boodschap naar buiten komt.
- Een (al dan niet tussen aanhalingstekens) wetenschappelijke grondslag om de inhoudelijke betrouwbaarheid van de boodschap te staven
- Een (zelfbedachte, twijfelachtige of goedbetaalde) autoriteit die de voorgaande twee punten onderbouwt.
- Kant-en-klare quotes van een deskundige of tevreden gebruiker voor wat extra pit en leesbaarheid.
- Een kopsuggestie voor de journalist of eindredacteur die zo boven het stuk kan worden gezet. Google maar eens op 'Pfizer depression app' of 'depressie app Moodivator', dan ziet u zelf hoe dat in de Moodivator-situatie werkt.

Om de magnetronvergelijking af te maken: bij de verzender van een persbericht plinkt het belletje bij publicatie. Dan is het doel, de potentiële doelgroep, bereikt. Met dank aan de media, die zich als doorgeefluik laat gebruiken omdat lezerskliks geld in het laadje brengen. Met een beetje geluk maken zij van een persbericht een gratis advertorial.

### Hoe Amerikaans nieuws een Hollands lopend vuurtje werd

Drie dagen na het verschijnen van het Amerikaanse persbericht ([klik hier](#) om het origineel te lezen) pikte Nederland het op. ICT Health en Zorgvisie (Twitter: 15.370 volgers) publiceerden beiden op 16 september. De auteurs van beide berichten zeggen desgevraagd dat ze het Amerikaanse persbericht zelf, los van elkaar, hebben vertaald. Wanneer GGZ Nieuws (nieuwsbrief: meer dan 7500 lezers, website: bijna 100.000 bezoekers per maand, Twitter: 1000 volgers, Facebooklikes: 3.300) het nieuws over de depressie-app van Pfizer overneemt van ICT Health overneemt, is de Moodivator een lopend vuurtje geworden.

**Pfizer: 'Al die gezondheidswebsites kijken naar elkaar. Iedereen pakt het op en schrijft het over. Niemand belt ons, u bent de eerste.'**

De ironie wil dat de Moodivator app alleen voor de Amerikaanse markt is ontwikkeld en vanuit Nederland niet eens te downloaden is in de appstore. Pfizer-woordvoerder Jan Willem de Heer: 'Ineens kregen we allerlei meldingen en artikelen uit de media. Maar als Pfizer Nederland hebben we aan deze berichtgeving geen aandacht besteed aangezien de app enkel voor Amerika bedoeld is. Al die gezondheidswebsites kijken naar elkaar. Iedereen pakt het op en schrijft het over. Niemand belt ons, u bent de eerste. Intern zeiden een aantal collega's: 'Interessant, die app, doen wij daar iets mee?'. Vooralsnog zijn er echter geen plannen om de app hier te vertalen en te valideren voor de Nederlandse markt.'

## De achtergrond van Moodivator

Laten we aan de hand van de persberichten ingrediëntenlijst zoals Nederlandse gezondheidsmedia dit hebben overgenomen eens kijken hoe de belangrijkste beweringen in het persbericht en de nieuwsberichten zich verhouden tot de werkelijkheid. De samengestelde citaten zijn woordelijk afkomstig uit Nederlandse nieuwsberichten.

### Het nieuws

*Pfizer Inc. heeft een app gelanceerd om mensen die met depressie te maken hebben te steunen, te motiveren, te bemoedigen en te helpen.*

Een gratis app om mensen te helpen, dat klinkt aardig grootmoedig. Pfizer zelf meldt op de website dat 1 op de 15 volwassenen (6,7% van de bevolking, 33 to 35 miljoen volwassenen) in de Verenigde Staten eens in het leven een depressieve periode doormaakt. Klachten van depressieve aard vormen een van de grootste gezondheidsproblemen.

De oplossingen van Pfizer zijn Pristiq en Zolof. Pristiq (stofnaam desvenlafaxine), ooit ontwikkeld door geneesmiddelenfabrikant Wyeth als verbeterde versie van Efexor, werd in 2009 overgenomen door Pfizer, in de hoop de winst van deze blockbuster te vergroten nadat onder andere de introductie van goedkopere generieke middelen deze antidepressiva van de troon hadden gestoten.

De overname verliep niet zonder slag of stoot. In 2012 schikte Pfizer voor \$67.5 miljoen met Wyeth nadat de aandeelhouders zich bekocht voelden. Desvenlafaxine zou in de markt worden gezet om opvliegers bij de overgang tegen te gaan, maar daar stak de FDA (vergelijkbaar met ons College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG)) een stokje voor. Ze eisten meer bewijzen voor de gebruikersveiligheid. Toen dat bekend werd, kelderde de marktwaarde van Pristiq in één dag tijd met \$7.6 biljoen.

Hoewel Pristiq een aardige cent in het Pfizerzakje oplevert, blijft het relatief kwakkelen. In het laatste kwartaal van 2015 was de verkoop gedaald met 6% tot \$161, een val waar een terugroepactie van 221,000 flesjes van 50-mg omdat in één flesje een pilletje van 100 mg werd gevonden mede debet aan was. Pristiq kan dus wel een verkoopzetje gebruiken.

*De wetenschappelijke onderbouwing 'Uit een onderzoek uit 2014 blijkt zelfs dat 70% van de patiënten met een psychische stoornis zelf aangeeft mobiele applicaties om hun mentale gemoedstoestand dagelijks te willen gebruiken. Daarom kwam de farmaceut op het idee van Moodivator, een app die geen behandeling biedt, maar volgens Pfizer wel extra motivatie geeft om de behandeling vol te houden en resultaten overzichtelijk te maken. Ondersteuning van patiënten via smartphone of tablet-apps zijn sterk in opmars. Medische apps maken zorgregistratie en zelfmanagement eenvoudiger voor zorgverleners en patiënten.'*

Pfizer suggereert dat het op het idee kwam om een depressie-app te lanceren na het lezen van een onderzoek waaruit bleek dat veel depressie patiënten behoefte hebben aan een app. Overigens maakte Zorgvisie kort na het Pfizernieuws melding van een onderzoek waarin wordt geconcludeerd dat slechts 13% van de Nederlanders gebruik maakt van gezondheidsapps.

## De 'non profit'-organisatie American Association for Technology in Psychiatry wordt mede gefinancierd met 'educational funds' van Pfizer

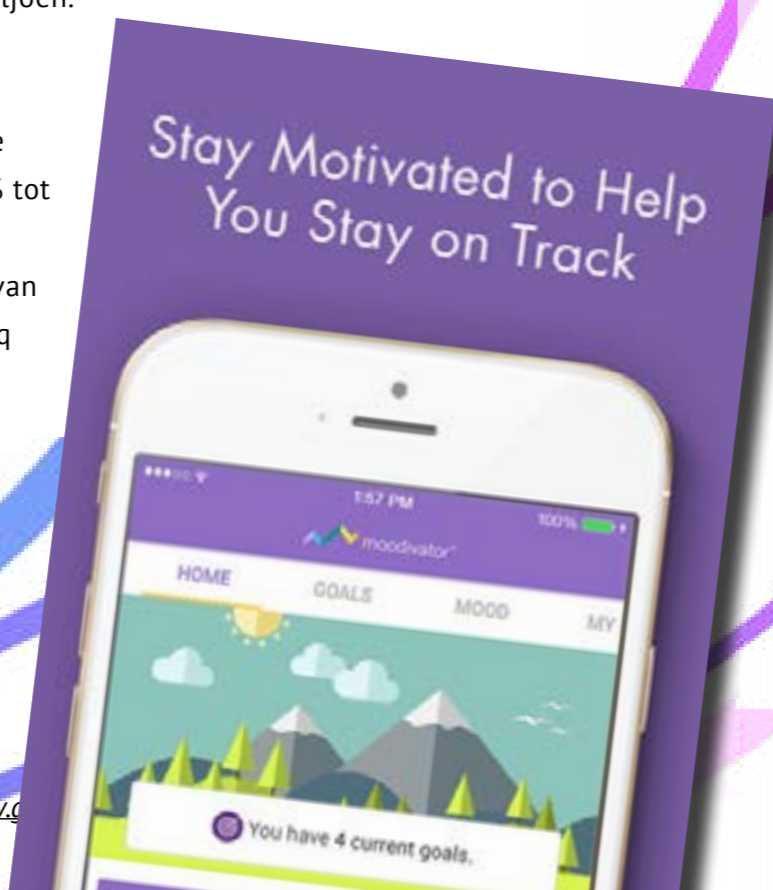
In 2014 verschenen twee internationale onderzoeken naar appgebruik bij patiënten. Moodivator bedoelt deze: '[Patient Smartphone Ownership and Interest in Mobile Apps to Monitor Symptoms of Mental Health Conditions: A Survey in Four Geographically Distinct Psychiatric Clinics](#)' Belangenverstengeling wordt in dit onderzoek expliciet ontkend. Onderzoekslider John Torous (Harvard Longwood Psychiatry Residency

Training Program, Boston) komen we ook tegen bij optredens namens de American Association for Technology in Psychiatry, een 'non profit'-organisatie die mede gefinancierd wordt met 'educational funds' van Pfizer.

Bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten plaatsen Torous & co (zie: 'Limitations') een kanttekening: de data en antwoorden zijn niet onderzocht in de praktijk, maar gebaseerd op hypothetisch app-gebruik. Tijdens de onderzoeksperiode gebruikte slechts 49% van de proefpersonen hun smartphone om algemene informatie over gezondheid op te zoeken. De smartphone werd door 29% de gebruikt om persoonlijke gezondheidsinformatie op te zoeken. Gegevens van de uitvallers werden niet meegenomen in het onderzoek.

In Torous' onderzoeksreferenties komen we de deskundige uit het persbericht tegen: Susan Kornstein. Haar wetenschappelijke publicatie waarnaar Torous verwijst gaat over

desvenlafaxine. Kornstein bewijst in de verwijzing de veiligheid en effectiviteit van dit middel bij overgangsproblemen. De resultaten van dit onderzoek, meldt Pfizer zelf op de website, werden gepresenteerd tijdens de jaarlijkse conferentie van de American Psychiatric Association, de wetenschappelijke en beroepsvereniging van psychologen waar ook Torous optrad.





### Technologie als nieuwe marketingstrategie

De aanleiding voor Moodivator was dus niet een toevallige blik op een onderzoek naar appgebruik. In 2012 al interviewde onderzoeksbureau McKinsey Pfizers vice-president voor 'worldwide business development and innovation'. Ze vertelt daarin over pilots, partnerships en nieuwe investeringen en investeerders waarmee geneesmiddelenfabrikanten hun verkopen veilig (moeten) stellen omdat de markt verandert. Citaat uit dat interview: *'Pharma companies will need to be able to overcome the commercial and market-access risks that could accompany this shift. These opportunities can help accelerate new-product development and produce, distribute, market, and monitor products with improved capital efficiency.'*

### De deskundige en de quotes: Susan Kornstein

Pfizer maakt geen geheim van samenwerkingen met overheden, zorginstellingen en wetenschappers. Gezondheidszorgprofessionals worden door Pfizer beloofd doorkennis, inzichten en adviezen bij verschillende gebieden, waaronder het opzetten van klinische onderzoeken voor de marketing van Pfizer geneesmiddelen. Onderzoeken kunnen inderdaad leiden tot verdere, snellere ontwikkelingen die bijdragen aan een gezondere wereld.

*Susan Kornstein is een van de topdokters aan wie Pfizer het meeste geld betaalt. Een indicatie: voor een 'professioneel advies' ontving ze meer dan 14.000 dollar.*

*"Naarmate we ons steeds bewuster worden van de omvang en de ernst van de depressie, geeft technologie, zoals de Moodivator app, een nieuwe en spannende manier om mensen met een depressie te helpen. De optie om persoonlijke doelen te stellen, te volgen en te realiseren in de Moodivator app sluit mooi aan bij de cognitieve gedragstherapeutische technieken die ik vaak gebruik bij mijn patiënten",* zegt Susan Kornstein, professor in de psychiatrie aan de Virginia Commonwealth University School of Medicine. Zij consulteerde Pfizer bij het ontwerpen van deze app, lezen we in het persbericht. Kornsteins kant-en-klare quotes werden rechtstreeks overgenomen in de Nederlandse (en trouwens ook Amerikaanse) nieuwsberichten.

Op Dollars for Docs, een soort Wikileaks van medici, staat Kornstein openlijk op de loonlijst. Een indicatie: voor een 'professioneel advies' betaalde Pfizer haar een bedrag van \$14,144. Dat is slechts een van de betalingen die ze ontving. Kornstein is een van de topdokters aan wie Pfizer het meeste geld betaalt. [Klik hier, hier](#) en [hier](#) om Pfizers, Pristiqs en Kornstein-gerelateerde betalingen op Dollars for Docs, onderdeel van de Amerikaanse onderzoeksjournalistieke website ProPublica te bekijken.

In de richtlijnen voor gezondheidsprofessionals raadt de beroepsvereniging van psychiaters en psychologen 'promotional speaking' en 'consulting' af: bij de beroepsuitoefening zou het belang van patiënten boven financiële belangen moeten staan. ●

### De kleine lettertjes van Moodivator

*'De app is geen vervanging voor een arts' en 'wat Moodivator met de gegevens doet, is onduidelijk.'* Wat Moodivator met de gebruikersgegevens doet, staat in de algemene voorwaarden. Gebruikers gaan akkoord wanneer ze de app installeren. Wat ze invoeren, wordt opgeslagen in de 'cloud' en door de fabrikant gebruikt voor verdere marketing en ontwikkeling. Gebruikers wordt aangeraden om de app 'in nauw overleg' met zijn of haar behandelaars te gebruiken. Moodivator geeft medicatie-adviezen die de gebruiker aan zijn arts kan laten zien.

Pling.

[Reageer](#)

Ik haast me naar buiten. Bij iedere stap die ik zet voel ik opluchting. Steeds een stapje verder weg van de plek waar de fictie die ik mezelf altijd heb voorgehouden, meer en meer op een waar gebeurd verhaal begint te lijken. Die ene plek waar ik praat en waar herinneringen, draaglijk of onverdraaglijk, uit het grijze niet-voelen naar de oppervlakte komen. Thema's die ik voortdurend probeer te vermijden, symboliseren zich in dagdromen. De beelden, de tekeningen; soms voel ik me verraden door mijn eigen onderbewuste.

Symbooldrama. Ik had er nog nooit van gehoord. Sensitieve psychotherapeut met empathie. Ze bestaan echt. Moed en lef. Ik had het niet. Zij wel. Zij zag een gespannen moeder met een onverwerkte jeugd en durfde het aan om door te vragen en samen met mij op zoek te gaan naar een ingewikkelde geschiedenis. Ze was bereid om geraakt te worden door een dieper liggende pijn en op al die momenten waarop ik mijn eigen gevoel volkomen kwijt was, voelde zij voor mij door. Ze benoemde wat er in ons contact gebeurde en bracht mij weer veilig terug in het hier en nu. Zij daagde mij uit om schroom en schaamte te overwinnen en iedere keer opnieuw wist ze feilloos de kern uit mijn losse, verwarde woorden te halen. Woorden voor het onverwoordbare. Woorden die – uitgesproken of onuitgesproken – eindelijk een weg naar buiten vonden, vrij kwamen in beelden of oploste in tranen.

Ik ben op tijd op het schoolplein. Achterop mijn fiets ratelt mijn dochter enthousiast over vissen die kunnen vliegen, boterhammen met hagelslag en de tafel van zeven. Het kost me moeite haar tempo bij te houden en op het juiste moment te reageren. Thuisgekomen instaleren we ons op de bank voor de film die ik haar heb beloofd. Ze kiest Assepoester, voor de zoveelste keer, en alsof ze mijn hart kan lezen kruipt ze dicht tegen me aan. Zij is de enige die door al mijn verdedigingslijnies heen weet te breken. Ze kirt als een baby als kat Lucifer uit de bocht vliegt terwijl ie muis Pieter achtervolgt. Even zoekt ze mijn ogen. Mijn glimlach volstaat. Haar gezichtje ontspant en de rennende kat die de muis nu toch echt in het nauw lijkt te drijven, trekt haar aandacht weer bij mij weg. Ik doe mijn best om voor haar wakker te blijven, maar na een uurtje ben ik de enige die Assepoester met de prins ziet trouwen en is zij duimend tegen me aan in slaap gevallen.

Ik staar naar de aftiteling van de film. Lettertjes die zo klein zijn dat ik ze niet kan lezen, draaien in rap tempo voorbij. Net als de lege woorden in mijn hoofd, die zich maar niet in mijn geheugen willen vastmaken. De komende dagen zal ik weer verder verpoppen, zullen de beelden uit mijn dagdroom waarde en betekenis krijgen, mijn gevoel teruggeven en herinneringen tastbaar en daarmee verteerbaar maken.

[Reageer](#)

## Oude kranten. Een geruchtmakend proces over een transgender-operatie uit 1969 van onze redactie

*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? Met het artikel over genderproblematiek elders in dit magazine in het achterhoofd, zochten we naar een startpunt en stuitten op een bijzondere rechtszaak in 1969.*

Op 29 september 1969 worden de Brusselse artsen Slosse en Fardeau vrijgesproken van de beschuldiging “slagen en verwondingen te hebben toegebracht die de dood van een patiënt tot gevolg” hadden. Hun patiënt, Jean-Marie, was tien dagen na een operatie overleden aan een longembolie. Hadden ze een fout gemaakt bij de operatie? Nee, zeker niet en dat was ook niet het verwijt. Het verwijt was dat zij een 22-jarige jongeman operatief een vrouwelijk uiterlijk hadden gegeven.

Het was een indertijd bekende hoogleraar psychiatrie die de felste aanklacht formuleerde: “Er is geen psychiater geraadpleegd in een zaak die tot de psychiatrie behoorde. Indien Jean-Marie al behandeld had móeten worden, dan stond er maar één weg open: die van de psychiatrie.” Om en passant de artsen ervan te beschuldigen dat het hen alleen om het geld te doen was geweest.

De beschuldigde artsen waren niet zómaar tot hun besluit gekomen. Jean-Marie had borsten, was zijn geboortedorp ontvlucht vanwege de pesterijen en werkte onder de naam ‘Peggy’ in een Antwerpse bar. “Niet voldoen aan zijn verlangen de operatie uit te voeren, had hem vrijwel zeker de dood door zelfmoord ingejaagd”, verweerde één van de artsen zich, die de psychiater verweet “geschriften van geleerden over de hele wereld over transseksualiteit te ontzeggen en alleen te geloven in zijn eigen theorieën.”

Dat laatste gaat over een psychiater halverwege de vorige eeuw. Het zou zomaar waar kunnen zijn.

De twee artsen (oorspronkelijk drie, de derde betrokken arts, een uroloog, overleed op de vijfde zittingsdag) werden uiteindelijk vrijgesproken. Grotendeels dankzij een Amerikaanse getuige-deskundige, die aannemelijk maakte dat Jean-Marie wel degelijk transseksueel was, en niet ‘alleen maar’ homoseksueel. “Een transseksueel is een man, die in het diepst van zijn gedachten een vrouw is, al van zijn tweede jaar af.” Over Jean-Marie: “Als jongetje speelt hij met poppen, laat hij zijn haar groeien en gaat hij niet in op de aansporingen van zijn vader om honkbal te spelen. Geen psychotherapie kan de vrouwelijke geest aanpassen bij een mannelijk lichaam. Het enige dat men kan doen is het lichaam aanpassen aan de geest.”

Zelf had deze dr. Hastings al vierentwintig mannen vrouw laten worden, tijdens de rechtszaak bekende dr. Fardeau al in 1958 een dergelijke operatie te hebben uitgevoerd. Evenals dr. Hastings, met succes. Hastings voegt er nog een dubieus stukje geschiedschrijving aan toe: “Marcus Antonius (1-ste eeuw B.C. red.) beloofde al de helft van zijn Romeinse rijk aan de arts die hem tot vrouw kon maken.”

Nog even voor het tijdsbeeld. De journalist schrijft: “Als anachronisme in de rechtszaal, die een voorportaal lijkt van een gevangenis, een Philips bandrecorder, voorzien van acht microfoons, geschakeld via een mengpaneel op de tafel van de President. Het is de eerste keer dat de rechtbank in Brussel zo’n modern apparaat toelaat. De uitgewerkte banden zullen na het proces ongetwijfeld hét leerboek opleveren van operaties op mannen die een vrouw willen worden.” ●

Bronnen:

*Het Vrije Volk: 22, 24 en 30 mei 1969;*

*De Telegraaf: 22 en 23 mei 1969;*

*Limburgs Dagblad: 18 juni 1969; 29 september 1969*

*Algemeen Handelsblad: 29 september 1969*

[Reageer](#)

# ‘Waar we naar toe moeten, is zuinige en zinnige zorg.’ Maar niet heus.

Remke van Staveren, psychiater, initiatiefneemster van [HART voor de GGZ](#)

[Reageer](#)



‘Nederland verandert, de zorg verandert mee.’ Nou, dat hebben we geweten! En of de zorg veranderd is! Maar hoewel we de gevolgen van dit zorgstelsel nu ook echt voelen, werd het huidige beleid al lang geleden ingezet. ‘We moeten verstandig omgaan met de centen’ riep minister Borst-Eilers in de jaren negentig al toen ze geconfronteerd werd met almaar [stijgende zorgkosten](#).

Lees je even mee? ‘Waar we naar toe moeten, is zuinige en zinnige zorg. (...) Artsen moeten nu zelf orde op zaken stellen. Als zij dat niet doen, dan gaan anderen - de politiek of de verzekeraars - dat wel doen. Dat wil zeggen: in de spreekkamers meekijken over de schouder van de arts.’ Een visionair stuk.

Zeg eens eerlijk, zou jij je kinderen zuinig en zinnig willen opvoeden? Kies jij – als je al een keus hebt – een zuinige en zinnige huisarts? Vertrouw jij je dementerende opa toe aan een zuinig en zinnig verpleeghuis? Nee, natuurlijk. Iedereen voelt wel dat hier iets wringt. Zorg – goede zorg! – kan niet alleen maar zuinig en zinnig zijn. Als dat zo is ontbreekt er iets essentieels. Zorg is eerst en vooral zorgzaam.

Zorgzaamheid is het hart van de zorg. Verreweg de meeste zorgverleners kiezen voor het vak omdat ze compassie voelen voor het lijden van de medemens en daar verantwoordelijkheid voor willen nemen. We willen de handen uit de mouwen steken.

En daarin worden we nu juist gefrustreerd. Ik werk in een FACT team en was laatst met een van onze verpleegkundigen op huisbezoek. We troffen onze patiënte, een alleenstaande oudere dame, ontredderd aan. Na een tijdje vertelde ze ons beschaamd dat ze die nacht in haar bed had geplast. Wat doe je dan? De mouwen opstropen! We hebben haar lakens afgehaald, de matrassen verwisseld, haar bed weer opgemaakt. Bedden verschonen staat niet in onze functiebeschrijving. Bedden verschonen kunnen we niet van de DBC afschrijven. Maar het is wél goede zorg!

## Goede zorg stoelt op drie stevige poten: zuinig, zinnig én zorgzaam.

Verstandig omgaan met de centen? Ja, natuurlijk moeten we dat! Doelmatig werken? Graag. Maar vergeet vooral niet dat ‘niet alles van waarde meetbaar is, en niet alles wat meetbaar is van waarde is’ (een prachtige uitspraak van Albert Einstein). We kunnen niet alles meten, of, iets eigentijds: we kunnen niet alles afvinken. Dat moeten we ook helemaal niet willen. Goede zorg levert naast geld en gezondheid, ook zaken op als geluk, zingeving, geborgenheid, verbondenheid, voldoening in ons werk.

Maar hoe moet dat dan? Hoe bieden we in deze tijd goede zorg? Het antwoord – en dit klinkt misschien een beetje flauw – het antwoord op die vraag bepaalt ieder voor zich. Het maakt nogal verschil of je als lid van de Raad van Bestuur bij de zorgverzekeraar aan tafel zit, of je achter de receptie zit en de mensen mag ontvangen, of dat je als klinisch psycholoog binnen een multidisciplinair team werkt. Maar we kunnen allemaal, binnen onze mogelijkheden en op onze eigen m2, bijdragen aan de kwaliteit van zorg.

Hoe? Gebruik de kracht van je fantasie, stel je voor dat jij dat bent, daar in de wachtkamer. Verplaats je in het patiënten perspectief en behandel de ander zoals je zelf behandeld wilt worden. Even geen fantasie? Vraag het je cliënt, je patiënt, zijn familie, de ervaringsdeskundige. Zij weten heus wel wat goede zorg is (en nee, die dure zorgconsultant weet dat niet).

De nood is hoog. Een paar weken terug publiceerde ik op de site van de VvAA een blog getiteld: [‘De GGZ is op sterven na dood’](#). De blog werd binnen vier dagen 25000 keer gelezen, meer dan 5000 gedeeld op Facebook en meer dan 1000 op LinkedIn. Mijn mailbox stroomde vol schrijvende verhalen en hartenkreten van cliënten, familieleden en medewerkers.

Dus. Blijven we ons positioneren als slachtoffer van het systeem? Blijven we reactief afwachten? Tegen beter weten in hopen dat een ander het oplost? Of kiezen we ervoor om proactief de controle over ons eigen werk op onze eigen m2 weer terug te krijgen? Gewoon, doen. ●





## Beterweters, van lastige naar optimale interacties in de (g)gz

Fredrike Bannink en René de Haan

Beterweters, een prima titel voor een complex probleem. Want wat doe je als hulpverlener met cliënten die het beter weten, cliënten die veeleisend zijn, cliënten die ja zeggen maar nee doen?

Bannink en de Haan komen in dit boek met een heldere visie: de als moeilijk betitelde cliënt heeft het recht op een behandelaar die zijn eigen handelen kritisch beschouwd. In de inleiding zeggen de schrijvers dan ook: "We hebben dit boek geschreven omdat we van mening zijn dat het ons als behandelaars niet zou misstaan om, vaker dan nu het geval is, bij stagnatie of mislukking van een behandeling de hand in eigen boezem te steken- zoals dat zo mooi heet. Onthoud dat als je naar iemand wijst, er altijd drie vingers naar jezelf terugwijzen."

In een aantal hoofdstukken benaderen de schrijvers het probleem van de lastige cliënt vanuit verschillende invalshoeken, die van de cliënt en die van de hulpverlener. Er worden regelmatig concrete en specifieke situaties geschetst. Het boek wordt in elk hoofdstuk gelardeerd met meerdere korte situatieschetsen die een illustratie vormen bij het onderwerp. Daarnaast worden in kleine kaders ook ter zake doende oefeningen omschreven, die je als behandelaar verder kunnen helpen. Het begrip patienttevredenheid wordt uitgediept en tot slot wordt aangegeven wat er in de opleiding voor hulpverleners kan verbeteren in het licht van de beschreven visie.

In de eerste hoofdstukken wordt het begrip Beterweter omschreven in al zijn nuances en er volgt ook een opsomming van lastige interacties. Beterweters zijn in de visie van Bannink en de Haan "...mensen die menen het beter te weten en/of het ook gewoon echt beter weten." Zie hier de essentie van dit boek in een korte zin want de schrijvers gaan er vooral van uit dat je de cliënt serieus dient te nemen en dat de cliënt de deskundige is wat het zijn eigen problematiek betreft. Daarnaast ligt volgens Bannink en de Haan de focus in de hulpverlening te veel en te vaak op het uitspitten van de diagnose en te weinig op het perspectief: wat zijn de persoonlijke kwaliteiten van de cliënt, wat werkt voor deze cliënt, kan de cliënt zelf zijn positieve ervaringen benoemen. Hoe mobiliseer je als hulpverlener de sterke kanten van de cliënt en hoe help je deze ze ook daadwerkelijk in te zetten om te komen tot een oplossing van het probleem.

Bannink en de Haan beschrijven hun visie op het hulpverleningsproces helder en concreet en ze citeren daarbij volop uit relevant onderzoek. Met enige regelmaat verwijzen ze daarbij ook terug naar eerder eigen werk. Het geeft het boek naar mijn idee enigszins het karakter van een opsomming van ander onderzoek als illustratie van de eigen visie die wellicht meer had kunnen worden uitgediept. Nu stuit de lezer in het betoog regelmatig op deuren die wagenwijd openstaan. Een zinsnede als "Behandelaars dienen zich

[Reageer](#)

Maandelijks bespreekt GGZTotaal een recent uitgegeven boek, dat betrekking heeft op de GGZ. Onderstaande recensie is van Johan Atsma, docent/coach MBO verpleegkunde.



dus te kunnen verplaatsen in hun patiënten en wat voor hen belangrijk is." lijkt me thuis te horen in een beginnersboek en zo vind ik wel vaker informatie die me wel aanspreekt maar waarvan ik ook denk dat als je dat aan hulpverleners in de dagelijkse praktijk moet uitleggen dan mag het hoofdstuk opleiding wel wat worden uitgebreid. Zo ook zijn de oefeningen die door

het boek heen worden geadviseerd lang niet altijd oefening doch tip en vaak ook weinig creatief noch verrassend. Het hoofdstuk 'Veelgestelde vragen' daarentegen vind ik een vondst. Rondom een aantal knelpunten die je als behandelaar kunt tegenkomen wordt een repertoire aan concrete vragen gekoppeld die je in ieder geval aan het denken zetten en die wel zeer goed bruikbaar zijn in de praktijk van alledag.

Eindconclusie: een praktisch en concreet boek met een interessante visie die met verve wordt uitgedragen maar die ook wat blijft hangen op beginnersniveau in de concrete uitwerking ervan.

**Fredrike Bannink en René de Haan**  
**Beterweters, van lastige naar optimale interacties in de (g)gz**  
**Uitgeverij Boom**  
**223 pagina's; prijs: 22,95 euro**  
**ISBN: 978 90 8953 919 9**

# Over kunst, opleidingen en verkiezingen

## GGZTotaal in de komende maanden

### In december: kunst en psychiatrie

Er zijn kunstenaars die psychiatrische klachten hebben, er zijn mensen met psychiatrische klachten die zich ontwikkelen tot kunstenaar. Zit daar een verband? Is het toeval?

Om die vragen te beantwoorden reisde GGZTotaal af naar het Gentse museum Dr. Guislan, waar het museum voor de psychiatrie aldaar een indrukwekkende kunstverzameling met zogenoemde Outsider Art heeft opgebouwd. We reden vervolgens door naar het Zwitserse Lausanne, waar het Musee de L'Art Brut zelfs volledig voor deze kunst is opgericht. En we interviewden de directeur van het Dolhuys, Hans Looijen, naar aanleiding van de tentoonstelling van Outsider Art in de Amsterdamse Hermitage. Verder komen twee Nederlandse kunstenaars met een psychiatrische achtergrond aan het woord.

### In februari: beroepen en opleidingen

Welke beroepen zijn er allemaal in de GGZ, en welke opleiding moet je daarvoor hebben? In ons februari-magazine gaan we er uitgebreid op in. We laten zo veel mogelijk disciplines aan het woord, vragen hen wat ze zoal doen op een dag en we hopen dat ook de diverse opleidingen zich niet onbetuigd laten.

Dit magazine wordt een must-have voor iedereen die van plan is in de GGZ te gaan werken, een opleiding

te gaan volgen voor een beroep in de GGZ, of zich afvraagt of er op zijn/haar afdeling nog expertise mist.

Wil je vertellen over je beroep in een telefonisch interview of eigenhandig geschreven stuk? Laat dat dan weten aan [info@ggztotaal.nl](mailto:info@ggztotaal.nl). Wij nemen dan zo snel mogelijk contact met je op. Vertel er in een paar woorden bij wat je doet, zodat wij kunnen beoordelen of het voor het magazine interessant is.

Opleidingen die zichzelf door middel van een advertorial onder de aandacht willen brengen, kunnen via hetzelfde mailadres contact opnemen.

### In maart: de verkiezingen

Bij wijze van uitzondering zal ons magazine van maart niet op de tweede maandag van de maand verschijnen, maar op de eerste maandag. 15 maart vinden namelijk de Tweede Kamerverkiezingen plaats en we willen de lezers graag ruim op tijd informeren over standpunten van de verschillende partijen.

Die standpunten zijn te vinden in de GGZTotaal van 6 maart. Voor zover het de GGZ betreft, uiteraard.

Politici die daar iets over kwijt willen: laat het weten op [info@GGZTotaal.nl](mailto:info@GGZTotaal.nl)

De lezers van dit magazine kunnen de komende maanden veel moois en interessants verwachten. Tot aan de zomer zullen we namelijk een drietal themamagazines uitbrengen: in december over de relatie tussen (beeldende) kunst en psychiatrie, in februari zullen we ons storten op alle beroepen in de GGZ en de bijbehorende opleidingen. In het magazine van maart zullen we ruim aandacht besteden aan de politiek, want de verkiezingen staan dan voor de deur.

[Reageer](#)

# GGZtotaal

