

Postscripta

Patiënten met langdurige psychiatrische stoornissen bij een RIAGG

Aangezien wij zelf werken met *klinische* chronische patiënten, lezen we met meer dan gewone belangstelling in dit tijdschrift het artikel 'Patiënten met langdurige psychiatrische stoornissen bij een RIAGG', waarin de auteurs een interessant verslag van hun *ambulante* chronische-patiëntenpopulatie geven. Ons commentaar op het artikel geven we in zes punten weer:

I. De auteurs onderscheiden enkele DSM-III-R-categorieën, maar vermelden geen onderzoeksresultaten per categorie. Dit maakt het voor een lezer moeilijk om zich een beeld te vormen van de populatie. Hoe vaak werd bijvoorbeeld van de mogelijkheid om 'afhankelijkheid van alcohol, cannabis/hasj en heroïne/cocaïne' aan te geven gebruikgemaakt?

II. De indeling in grote categorieën kon niet voorkomen dat 'bij 1/4 van de groep' sprake is 'van een combinatie van stoornissen op As I, waarbij de combinatie van een psychotische stoornis en een stemmingsstoornis de meest voorkomende is'. Waarom wordt deze combinatie van ziektes niet, conform de DSM-III-R, schizoaffectieve stoornis genoemd?

III. In de dagelijkse praktijk worden we nogal eens geconfronteerd met behandelproblemen bij mensen die lijden aan een combinatie van schizofrenie en een persoonlijkheidsstoornis. Op basis van zorgvuldige (hetero)anamnese en diagnostiek is deze 'dubbele diagnose' meestal wel te stellen. Bij ons bestaat de indruk dat hiervan met name sprake is bij 'zorgwekkende zorgmijders' of anderszins 'therapieresistente' patiënten.

Groot was dan ook onze verbazing, toen we in het artikel de volgende zinsnede aantroffen: 'Sommige hulpverleners waren niet op de hoogte van het feit dat er, volgens de DSM-III-R-criteria, naast een schizofrene stoornis op As I geen persoonlijkheidsstoornis op As II benoemd mag worden ...'. Dit zou betekenen dat een grote groep moeilijk behandelbare patiënten niet volgens DSM-criteria geassocieerd zou kunnen worden. Het gaat in tegen het fundamentele criterium van

de meerassigheid van de DSM-systematiek, terwijl dit nu juist de winst is ten opzichte van vroegere diagnostiek, waarbij belangrijke diagnostische categorieën niet werden onderscheiden. We vinden in de DSM-III-R geen evidentie voor genoemde uitspraak. Premorbide persoonlijkheidspathologie kan wel degelijk aanwezig zijn (p. 191). Geadviseerd wordt: 'In such cases, since it can have prognostic significance, the Personality Disorder should be noted on Axis II, followed by "(Premorbid)"'.

Bij de paranoïde, schizoïde, schizotypische en antisociale persoonlijkheidsstoornissen wordt als exclusiecriteria genoemd 'Occurrence not exclusively during the course of Schizophrenia ...' (DSM-III-R: 339, 340, 342, 346). Dit criterium benadrukt nog eens de noodzaak van een goede (hetero)anamnese, waarmee kan worden nagegaan of de persoonlijkheidskenmerken aanwezig zijn in de premorbide periode.

IV. Zoals de auteurs zelf deels impliciet deels expliciet aangeven, hangt de betrouwbaarheid van de diagnostiek erg nauw samen met de deskundigheid van de diagnostici. Over dit in GGZ-land, maar zeker ook in RIAGG-land netelige probleem fietsen de auteurs nogal gemakkelijk heen. 'Alle hulpverleners van de teams Sociale Psychiatrie en Ouderen ...' werd gevraagd naar diagnostische gegevens. Is iedereen tegenwoordig even deskundig in psychiatrische diagnostiek bij de RIAGG Amsterdam Zuid/Nieuw-West? Het zou ons hooglijk verbazen. Bovendien: het is bij een diagnose niet alleen van belang *wie* de diagnose stelt, maar ook *wanneer* de diagnose is gesteld. Immers, het ziektebeloop kan de diagnosticus ertoe bewegen de diagnose en in een aantal gevallen eveneens de behandeling te herzien. Een goed voorbeeld is de schizofreniforme stoornis, een diagnose die vooral bij de RIAGG-populatie gesteld zal worden binnen de groep van patiënten met een eerste psychose. Bij meer dan de helft van deze groep moet de diagnose na enige tijd worden veranderd in schizofrenie, schizoaffectieve stoornis, of een stemmingsstoornis met psychotische symptomen (Kaplan en Sadock 1995: 1027). Met andere woorden: het (kalender)-jaar waarin de diagnose wordt gesteld, evenals de ziekteduur ten tijde van de diagnostiek zijn relevante gegevens die ontbreken.

V. De auteurs komen niet toe aan het combineren van de diagnostische gegevens en de behandelgegevens. Dat is jammer, want zo dreigen relevante inzichten verborgen te blijven. Op grond van de door de auteurs verstrekte gegevens komen wij tot het volgende overzicht:

<i>As I diagnostiek</i>		<i>Behandeling</i>
Psychotisch	64 %	60% antipsychotica (AP)
Stemming	38%	17% antidepressiva (AD)
Angst	1,3%	32% benzodiazepinen (B)
Geen As I-diagnose	2,5%	17% geen psychofarmaca

Drie zaken zijn opvallend aan het overzicht.

1. Er is duidelijk sprake van een per diagnostische categorie sterk variërende correspondentie tussen de percentages diagnostiek en behandeling: die van de psychose komen vrij aardig overeen (64%-60%). Bij de stemmingsstoornissen lijkt, op grond van de cijfers, sprake te zijn van *onder*behandeling, bij angststoornissen juist van *over*behandeling. Ten slotte: de groep patiënten die geen As I-diagnose heeft, is verrassend veel kleiner dan de groep patiënten die geen psychofarmaca krijgt. De vraag van *onder*behandeling dringt zich opnieuw op.
2. Patiënten met een bipolaire stoornis (BPS) ontbreken geheel en al. Dit valt te concluderen uit het gegeven dat stemmingsstabiliserende middelen (lithium, carbamazepine, valproïnezuur) niet worden voorgeschreven. Aangezien wij ervan uitgaan dat ook in de RIAGG Amsterdam Zuid/Nieuw-West mensen rondlopen met een BPS (de BPS I en II komen bij respectievelijk ongeveer 0,8% en 0,5% van de volwassen populatie voor; Hartong 1996, in Nolen e.a.: 14), behoeft het ontbreken van deze patiënten in het patiëntenbestand enige uitleg. Een mogelijkheid is dat de patiënten met een BPS die bij de RIAGG in zorg komen, tevens lijden aan de V-code: V15.81 (niet meewerken aan de behandeling). Echter:
 - a. Deze diagnose/code wordt in de argumentatie niet gebruikt.
 - b. Als gevolg van non-compliance van patiënten met een BPS zou het aantal patiënten dat met AP wordt behandeld, *hoger* moeten zijn dan op grond van de diagnose psychotische stoornis alleen mag worden verwacht. Dit blijkt niet het geval te zijn: het percentage patiënten dat met AP wordt behandeld, is een fractie *lager* dan het percentage patiënten met een psychotische stoornis (60% tegen 64%).
3. De diagnose 'non-compliance' komt in het artikel niet voor. In de kliniek worden we dagelijks hiermee geconfronteerd. We kunnen ons dan ook moeilijk voorstellen dat het ontbreken van het begrip recht doet aan de ambulante praktijk.

VI. De betrouwbaarheid van de diagnostische gegevens hangt niet alleen af van het tijdstip waarop de diagnose werd gesteld of van de deskundigheid van de diagnosticus, maar eveneens van de geïnvesteerde tijd en deskundigheid om een diagnose te stellen c.q. uit te sluiten. Zolang de middelen en de gebruikte meetinstrumenten niet nader zijn aangegeven, suggereren cijfers een exactheid die niet kan worden gestafd. We geven een voorbeeld uit het artikel over de ambulante praktijk dat in de klinische praktijk eveneens van groot belang is: 'zwakbegaafdheid c.q.(?) zwakzinnigheid komt weinig voor in de populatie (5%)'. Wat de status van dit percentage is, wordt ons door het ontbreken van meetgegevens niet duidelijk. In onze afdeling voor langdurige zorg zijn we begonnen met een gerichte screening op intellectuele en cognitieve handicaps. Tot nu toe werden 32 patiënten getest. De testresultaten¹ zijn dat eenderde op zwakbegaafd en eenderde op licht

zwakzinnig niveau presteert, in totaal dus 67%. Aanknopingspunten voor een vergelijking van beide percentages ontbreken in het artikel, hoewel het verschil tot interessante hypothesen zou kunnen leiden.

Genoemde punten doen afbreuk aan de onderzoeksresultaten, omdat ze saillante aspecten van de diagnostiek en behandeling ten behoeve van een ambulante chronische populatie betreffen.

Noot

1. Meetinstrumenten: WAIS, ADS-6. Bij in totaal 19 patiënten was er sprake van cognitieve stoornissen en/of intellectuele achteruitgang, bij 13 van hen deterioratie op beide terreinen.

Literatuur

American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington DC.

Kaplan, H.I., en B.J. Sadock (1995), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI. Baltimore.

Nolen, W.A., E.G.Th.M. Hartong en E.A.M. Knoppert-van der Klein (1996), *Behandlungsstrategieën bij de manisch-depressieve stoornis*. Houten/Diegem.

Theunissen, J.R., en E.M.I.E. Raven (1997), Patiënten met langdurige psychiatrische stoornissen bij een RIAGG. Patiënten, patiëntkenmerken, de ontvangen zorg en het gewenste aanbod. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 5, 400-408.

R.H. de Vries en D. Cohen, psychiaters
Werkzaam bij het Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam,
p/a Woongemeenschap Surinameplein, Surinameplein 35,
1058 GM Amsterdam

Antwoord aan De Vries en Cohen

Hierbij willen wij de collega's De Vries en Cohen danken voor het gedetailleerde commentaar dat zij hebben geleverd op ons onderzoek naar omvang en kenmerken van de groep chronisch psychiatrische patiënten in behandeling bij een RIAGG (*Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 5, 400-408).

Eerst een algemene opmerking. Ook wij zijn de mening toegedaan dat er veel te verbeteren valt aan diagnostisch onderzoek binnen veel GGz-instellingen, zeker bij patiënten met langdurige psychiatrische stoornissen. Maar al te vaak wordt bij die patiënten een diagnose gesteld op basis van gebrekkige of verouderde informatie. Het gegeven dat veel diagnoses bij deze patiënten met enige waarschijnlijkheid niet erg betrouwbaar zijn, doet ons inziens echter niets af aan de bruikbaarheid en betrouwbaarheid van de in het onderzoek gehanteerde selectiemethode voor chroniciteit. Deze onderzoeksmethode (waarbij gebruikgemaakt is van de zogenaamde Schreurs-criteria voor chroniciteit;

Schreurs 1990) is een screeningsmethode, bedoeld om vast te stellen of er bij de patiënt al dan niet sprake is van een 'case' (Casey 1990). De methode is niet ontwikkeld voor diagnostische doeleinden maar voor onderzoeksdoeleinden. Met behulp van de criteria kan de chronische populatie worden afgebakend van andere patiëntenpopulaties. Zoals uit ons onderzoek blijkt, is bij deze wijze van 'case-finding' het aantal vals-positieven gering. Als de groep met behulp van deze methode is onderscheiden van andere patiëntenpopulaties, kan vervolgens worden nagegaan hoe de groep kan worden beschreven in termen van ziektebeeld, sociodemografische kenmerken en behandelkenmerken. We gaan verder puntsgewijs in op het commentaar.

Punt I. In het uitgebreide onderzoeksverslag kan men terugvinden bij hoeveel patiënten er sprake was van afhankelijkheid van alcohol (nl. 5%), cannabis/hasj (3%) en heroïne/cocaïne (1%).

Punt II en punt IV. Wat betreft de zorgvuldigheid van de diagnostiek bij de RIAGG en de in ons onderzoek gebruikte grotere diagnosecategorieën: inderdaad zijn niet alle hulpverleners even deskundig in psychiatrische diagnostiek. Dat is ook niet nodig. Bij de behandeling van chronische patiënten is altijd een teampsihiater betrokken, en de betreffende patiënten zijn over het algemeen lang bij de RIAGG bekend. Indien er bij het onderhavige onderzoek vragen ontstonden over de diagnostiek bij specifieke patiënten, konden die worden besproken met de psychiater/onderzoeker. Om desondanks geen grotere betrouwbaarheid te suggereren dan kan worden waargemaakt, is bij de beschrijving van de groep in diagnostische termen ervoor gekozen om geen gebruik te maken van specifieke diagnoses (zoals bijvoorbeeld schizofrenie van het paranoïde type, een bipolaire stoornis type II, diagnoses die wel worden gesteld bij de afzonderlijke patiënten), maar om een indeling te maken in de grote categorieën van psychiatrische ziektebeelden zoals beschreven in de DSM-III-R, namelijk: psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, angststoornissen enzovoort. Omdat deze onderverdeling in grotere diagnostische categorieën is gebruikt, komt bijvoorbeeld de specifieke diagnose schizoaffectieve stoornis in het onderzoeksverslag niet voor; patiënten met deze diagnose vielen in het onderzoek onder de categorie patiënten met psychotische stoornissen. Bovendien, in tegenstelling tot wat beide auteurs beweren, leidt binnen de DSM-III-R niet elke combinatie van een psychotische stoornis en stemmingsstoornis op As I tot een schizoaffectieve stoornis.

Punt III. Wat betreft het naast elkaar voorkomen van een persoonlijkheidsstoornis op As II en een psychotische stoornis op As I: onze ervaring is dat in de praktijk vaak moeilijk kan worden onderscheiden of bepaald gedrag samenhangt met de schizofrenie dan wel wordt veroorzaakt door een premorbide persoonlijkheidsstoornis. Een zorgvuldige heteroanamnese is vaak moeilijk omdat schizofrenie meestal jong begint en het lastig blijft retrospectief te bepalen of het destijds ging om

prodromale verschijnselen of verschijnselen horende bij de persoonlijkheid van de patiënt. Omdat vele hulpverleners, niet alleen in RIAGG-land maar ook in de kliniek, niet op de hoogte lijken te zijn van het gegeven dat de dubbele diagnose volgens de DSM alleen mag worden gesteld wanneer er duidelijk sprake is van een premorbide persoonlijkheidsstoornis (wij vinden ook na opname in de kliniek met enige regelmaat een DSM-diagnose van schizofrenie op As I met op As II één of meer persoonlijkheidsstoornissen, zonder het toevoegsel premorbide), leek het ons niet zorgvuldig deze gegevens in het onderzoek te betrekken. Het is geen uitzondering dat deze patiënten in langdurige ambulante begeleiding en goed ingesteld op medicatie geen kenmerken vertonen van een persoonlijkheidsstoornis. Veronderstelde 'trait' blijft achteraf dan toch 'state' te zijn geweest.

Punt V.1. Gezien de aard van het onderzoek voert het te ver om behandelgegevens, zoals de aard en soort van de therapie, waaronder het voorschrijven van bepaalde medicatie, te koppelen aan de globale diagnostische overzichten, zoals de auteurs suggereren. Het trekken van conclusies over mogelijke onder- en overbehandeling aan de hand van de in ons onderzoek gevonden resultaten, zoals de auteurs doen onder punt V.1, is voorbarig en vereist een ander type onderzoek.

Punt V.2. Wat betreft het ontbreken van patiënten met de diagnose bipolaire stoornis: patiënten met deze aandoening vielen in het onderzoek onder de categorie stemmingsstoornissen. Ter geruststelling van collega's De Vries en Cohen: $\pm 10\%$ van de groep chronisch psychiatrische patiënten gebruikte stemmingsstabiliserende medicatie zoals li-thium of tegretol, weliswaar niet genoemd in het artikel maar wel terug te vinden in het uitgebreide onderzoeksverslag. Overigens kan worden aangenomen dat in de ambulante praktijk een deel van de patiënten met een bipolaire stoornis niet voldoet aan de gestelde criteria voor chroniciteit.

Punt V.3. Betreffende de opmerking van de auteurs over het ontbreken van de diagnose 'non-compliance' in de ambulante praktijk: in de DSM-III-R staat vermeld dat de diagnose V15.81: 'Noncompliance with Medical Treatment' alleen mag worden gebruikt indien de non-compliance *niet* het gevolg is van een geestelijke stoornis zoals bijvoorbeeld schizofrenie (DSM-III-R: 361). Het verbaast ons dan ook dat men hiermee in een kliniek, waar het toch voor een groot deel zal gaan om patiënten met een schizofrene stoornis, dagelijks wordt geconfronteerd. Tevens kan worden opgemerkt dat de door ons onderzochte groep bestaat uit ambulante patiënten die minimaal twee jaar in behandeling zijn. Het is waarschijnlijk dat de groep patiënten die niet wil meewerken aan de behandeling, in een eerder stadium van hulpverlening is afgefallen. Het betreft immers patiënten die in ruime mate vrij zijn de behandeling te staken als zij dat besluiten.

Ten slotte punt VI betreffende het in geringe mate voorkomen van de diagnosecategorieën zwakbegaafdheid en/of zwakzinnigheid in de

ambulante praktijk. Het is inderdaad zo dat de 551 cliënten in ons onderzoek niet zijn onderzocht op cognitieve stoornissen met behulp van genormeerde intelligentietests. Onze gegevens zijn gebaseerd op diagnostische gegevens die hulpverleners vermeldden. De collega's De Vries en Cohen noemen hun testresultaten bij een chronische klinische populatie: eenderde van de groep presteert op zwakbegaafd en eenderde op licht zwakzinnig niveau. Voor ons is het onduidelijk of de door hen gevonden intellectuele en cognitieve stoornissen kunnen worden teruggevoerd op zwakbegaafdheid of zwakzinnigheid (die volgens de DSM-III-R al voor het achttiende levensjaar begonnen moet zijn), of dat de aangetroffen cognitieve en intellectuele functiestoornissen een gevolg zijn van de psychiatrische aandoening dan wel eventuele bijwerkingen van psychofarmaca betreffen. Als men intelligentietests wil gebruiken, is het aan te bevelen een voor deze specifieke patiëntengroep genormeerde toets te gebruiken.

De in het artikel beschreven onderzoeksresultaten, waarbij de groep langdurig zorgafhankelijke cliënten is afgebakend en beschreven met behulp van harde criteria, mogen ons inziens niet worden vergeleken met de door de auteurs gepresenteerde bevindingen onder een klinische chronische populatie. Wij hebben de groep chronici afgebakend binnen het gehele RIAGG-cliëntenbestand en vervolgens deze groep beschreven op een aantal kenmerken; de auteurs onderzoeken en beschrijven patiënten die verblijven in een psychiatrische woongemeenschap voor chronische patiënten met behulp van andere meetinstrumenten, een andere onderzoeksmethode, terwijl het waarschijnlijk ook een andere patiëntenpopulatie betreft. Onze resultaten kunnen wel worden vergeleken met de resultaten van andere epidemiologisch georiënteerde onderzoeken naar omvang en aard van de groep chronisch psychiatrische patiënten zoals die in het artikel staan vermeld, omdat in die onderzoeken gebruik is gemaakt van dezelfde criteria voor chroniciteit en een identieke onderzoeksmethode.

We hopen hiermee antwoord te hebben gegeven op de door de auteurs gemaakte opmerkingen en zijn altijd bereid om, ook buiten dit tijdschrift om, met beide auteurs van gedachten te wisselen,

Literatuur

- American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition Revised*. Washington DC.
- Casey, P. (1990), *Screening and detection of psychiatric illness*. In: D.F. Peck en C.M. Shapiro (red.), *Measuring human problems: a practical guide*. John Wiley & Sons, Chicago, New York, Brisbane, Toronto, Singapore.
- Schreurs, M. (1990), *Over chronische psychiatrie in Midden-Twente. Een epidemiologisch onderzoek in Midden-Twente naar het functioneren en de zorgbehoefte van mensen met chronisch psychiatrische problematiek*. Projectgroep Multifunctionele Eenheid, Hengelo.

E.M.I.E. Raven, psychiater

Reactie op Poolen en Roos: De REHAB: een maat van psychiatrische invaliditeit

Met genoegen lezen wij (*Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 8, 679-681) dat Poolen en Roos een nagenoeg identieke factorstructuur vinden bij hun steekproef, die kleiner is en slechts klinisch psychiatrisch patiënten omvat. Slechts twee items vallen in een andere factor. Dit zijn de items 'aansporing tot activiteit' en 'geldbeheer'. 'Aansporing' is ook in de oorspronkelijke studie een item met een lading van .62 op de factor 'zelfverzorging' en een lading van .53 op de factor 'sociale activiteit'. Het item 'geldbeheer' is in onze studie het item met de geringste lading (.55) op de factor 'zelfverzorging'. De conclusie dat de items niet zonder meer bij een factor kunnen worden ingedeeld, is daarmee nog niet juist. De kritiek kan ook omgedraaid worden. De studie van Poolen en Roos betreffende 315 klinische patiënten vindt nagenoeg dezelfde resultaten als de oorspronkelijke studie (1415 patiënten in klinische en ambulante settings). De geringe verschillen zijn mogelijk terug te voeren op de beperkte selectie en de geringe omvang van de steekproef van Poolen en Roos.

Poolen en Roos vinden dat er significante verschillen in REHAB-scores zijn tussen beschut wonen, ondersteunende klinische zorg en intensieve klinische zorg. Dit ondersteunt de claim dat de REHAB kan discrimineren tussen de mate van invaliditeit in de verschillende zorgvormen. Dat er een grote overlap is in geleverde zorg tussen instellingen en afdelingen is een gegeven dat ook door andere onderzoekers gevonden is. Op pagina 666 van het artikel (*TvP*, 39, 8, 660-669) wordt hiervan een opsomming gegeven. In beschut wonen zijn altijd wel een paar zeer geïnvalideerde patiënten die om redenen van historie en sympathie niet overgeplaatst worden. Andersom zijn er op intensieve-zorgafdelingen altijd wel een aantal patiënten die weinig hulp nodig hebben. De conclusie van Poolen en Roos dat aan de REHAB niet gezien kan worden welke zorg geboden wordt, laat staan welke zorg nodig is, is ons inziens onjuist. De REHAB toont de mate van invaliditeit en geeft een indicatie voor de hoeveelheid benodigde zorg. In de psychiatrische praktijk van alledag blijkt echter steeds weer dat er grote overlap tussen afdelingen is. Dit komt omdat plaatsingen in psychiatrisch ziekenhuizen veelal op opportunistische gronden totstandkomen, zoals bijvoorbeeld een leeg bed dat snel gevuld dient te worden. Of een ziekenhuis is relatief klein van omvang, waardoor er weinig gedifferentieerd kan worden in het zorgaanbod.

De kritiek op de behandelmodulen-zorgtypes als uitgangspunt voor normen ontgaat ons. De zorgtypes in de behandelmodulen van 1984

zijn ontworpen om een berekening te maken van een personeelsformatie in psychiatrisch ziekenhuizen. De dimensie 'Bescherming en Toezicht' is hierin zeer bepalend. Bescherming en toezicht is echter noodzakelijk bij suïcidale en ernstig psychotische patiënten. Het criterium is gevaar. De REHAB meet de mate waarin de patiënt als gevolg van zijn psychiatrische stoornis geïnvaleerd is geraakt. Het criterium is hier onvermogen tot alledaagse handelingen. Een lage correlatie met 'bescherming en begeleiding', 'dagaanbod' en 'verzorging bij lichamelijke handicaps en invaliditeit' ligt dus voor de hand.

De laatste paragraaf is wel erg cryptisch gesteld. Wij begrijpen niet goed wat bedoeld wordt met de resultante van beperking en de zorgbehoefte. Als de auteurs hiermee psychische invaliditeit bedoelen, dan zijn wij het met hen eens. De REHAB is ons inziens juist uitermate geschikt om invaliditeit te meten en op grond daarvan zorg toe te wijzen. De auteurs vinden de REHAB wel een goed instrument om de effecten van zorgtoewijzing te evalueren. Dat kan nog wel eens tegenvallen. Uit een niet gepubliceerde studie bleek dat de REHAB-score over een periode van twee jaar erg stabiel is. De REHAB meet eerder een trait (dus invaliditeit) dan een state (momentaan toestandbeeld), al is er een kleine groep patiënten die sterk schommelende REHAB-scores heeft tussen episodes van separeerverpleging en episodes in remissie. Resteert dat de studie van Poolen en Roos natuurlijk door ons genoemd had moeten worden in het overzicht.

M. van der Gaag
J.-P. Wilken