

De meerjarige poliklinische patiënt

door F. G. Zitman*

De poliklinische behandeling van psychiatrische patiënten strekt zich meermalen over jaren uit. Soms is dat de bedoeling. De patiënten krijgen dan b.v. een analytische, Rogeriaanse of groepstherapie; behandelingen, die – in de psychiatrische polikliniek van het Academisch Ziekenhuis te Groningen althans – buiten de eigenlijke polikliniekroutine om plaats vinden. Het is bekend, dat behandelingen welke binnen die routine plaats vinden, vaak veel korter duren. De Groen (5) vond, dat bij de helft van de patiënten in Groningen na vier gesprekken het contact alweer beëindigd was. Brown en Kosterlitz¹ (2) verkregen overeenkomstige resultaten. Er zijn echter ook patiënten, die jarenlang de polikliniek blijven bezoeken, terwijl dat niet van meet af aan de bedoeling was. Dat is verbazingwekkend als men bedenkt, dat hun behandeling vaak niet meer behelst dan gesprekken van een half uur eens per drie, vier weken met elke zes maanden weer een andere assistent. In de angelsaksische literatuur worden deze patiënten wel aangeduid als 'hospital birds'. Het is een naam waarin iets doorklinkt van de essentie van wat in de schaarse artikelen die aan deze groep patiënten gewijd zijn, wordt gesteld. Voor 'hospital birds' lijkt polikliniekbezoek niet zozeer een middel om beter te worden als wel een doel op zich. Men stelt dat het om eenzame, afhankelijke mensen gaat – er wordt vaak over oudere vrouwen gesproken – die zich aan de polikliniek vastklampen. Early en von Mering (3), die de statussen onderzochten van patiënten, die jarenlang, tot twintig jaar toe, de polikliniek bezochten, gaven hun artikel de veelzeggende titel: 'Growing old the out-patient way' mee.

Een aantal auteurs acht het kenmerkend, dat bij deze patiënten geen enkele therapie slaagt. Geen van de gebruikelijke poliklinische therapeutische mogelijkheden leidt tot verbetering van de patiënt en tenslotte laat de psychiater hem maar terugkomen voor steunende gesprekken en medicatie (4). Er bestaat irritatie over deze lastige patiënten en ondanks of misschien juist dankzij die irritatie gaat het contact op de oude voet verder (3). De meeste

* Arts-assistent, in opleiding tot psychiater aan de psychiatrische kliniek van het Academisch Ziekenhuis te Groningen. Hoofd psychiatrische kliniek: Prof. Dr. W. K. van Dijk.

auteurs (3, 6, 8) wijzen op de talrijke brieven over specialistische lichamelijke onderzoeken die de statussen vullen; waarin meestal de conclusie, dat er geen lichamelijke afwijkingen zijn gevonden. Er zijn enkele pogingen gedaan om eventuele kenmerken van 'hospital birds' bij vergelijking met nieuwe patiënten vast te stellen. Het best daarin geslaagd zijn Pilowsky en Stirland (7). Zij troffen onder patiënten, die minstens twee jaar bekend waren, significant meer vrouwen aan; vrouwen, die minder kinderen hadden en uit lagere sociale klassen kwamen dan de 'nieuwe' vrouwelijke patiënten. Ook werd bij hen vaker de diagnose angsthysterie, 'personality disorder' of hypochondrie gesteld en minder vaak reactieve depressie. Onder de mannen troffen zij dezelfde trends aan, maar de aantallen waren te klein om tot significantie te kunnen leiden.

Om eventuele karakteristieken van patiënten met langdurig polikliniekbezoek op het spoor te komen, hebben wij patiënten die langer dan één jaar de polikliniek bezochten ('meerjarige patiënten') vergeleken met patiënten, bij wie het contact met de polikliniek binnen één jaar was afgesloten. Er werd voornamelijk gebruik gemaakt van gegevens, die bij de intake bekend waren. Anders gezegd: het onderzoek richtte zich op de vraag of patiënten reeds bij de intake als potentiële 'hospital birds' zouden kunnen worden onderkend.

Opzet

Bij dit retrospectieve onderzoek is gebruik gemaakt van statussen, die zich in het archief bevinden van de psychiatrische polikliniek van het Academisch Ziekenhuis te Groningen. Meestal werken – naast de vaste staf – te eniger tijd zes assistenten, elk voor een half jaar, op deze polikliniek. In 1973 zagen deze assistenten 918 nieuwe patiënten en maakten ze 7074 vervolgafspraken van \pm 30 minuten.

Er werden twee groepen patiënten (dossiers) samengesteld:

Groep I, de meerjarige patiënten en groep II, patiënten met wie binnen het jaar het contact al weer beëindigd was. We zullen beide apart bespreken.

Groep I: De 'meerjarige patiënten', d.w.z. de patiënten die langer dan één jaar de polikliniek bezochten. Van de patiënten die in de loop van de maand januari 1973 de polikliniek voor de tweede of volgende maal bezochten werd nagegaan welke aan dit criterium voldeden, d.w.z., welke reeds vóór januari 1972 een eerste bezoek aan de polikliniek hadden afgelegd. Dit bleek bij 106 van de 412 patiënten het geval te zijn (26%; zie tabel 1). Ze namen 23% van de halfuurafspraken voor hun rekening.

Uit deze groep van 106 werd aselekt een steekproef van 50 patiënten getrokken. Van zes patiënten bleken de statussen onvindbaar, zodat groep I tenslotte 44 patiënten omvatte. Tabel 2 geeft een overzicht van de behandelingsduur van deze 44 patiënten.

Groep II: De patiënten met wie binnen één jaar het contact alweer beëindigd was. Daartoe werd uitgegaan van de patiënten, die in

De meerjarige poliklinische patiënt

Tabel 1:

Het totale aantal patiënten en hun bezoeken in de maand januari 1973 en het aandeel van de meerjarige patiënten daarin

	patiënten	bezoeken
totaal	412	600
meerjarig	106 (26%)	136 (23%)

Tabel 2:

De behandelingsduur bij groep I

groep I	n = 44	
12—24 maanden	23	(52) ²
25—36 maanden	11	(25)
meer dan 36 maanden	10	(23)
	44	(100)

januari 1972 voor het eerst de polikliniek bezochten. Van hen werd nagegaan met wie in januari 1973 het contact alweer was afgesloten. Van de 82 nieuwe patiënten in januari 1972 bleek dat bij 73 (89%) het geval. Tabel 3 geeft een overzicht van de behandelingsduur van deze 73 patiënten, die tesamen groep II vormen.

Tabel 3:

De behandelingsduur bij groep II

groep II	n = 73	
0— 4 maanden	62	(85)
5— 8 maanden	9	(12)
9—12 maanden	2	(3)
	73	(100)

T.a.v. het vaststellen van de behandelingsduur nog het volgende: Wanneer de behandeling langer dan een jaar onderbroken bleek te zijn, dan werd er van uitgegaan, dat die behandeling pas na dat jaar begonnen was. Bij patiënten die een analytische, Rogeriaanse of groepstherapie kregen, werd de routine polikliniekbehandeling als beëindigd beschouwd, tenzij bleek dat deze naast de therapiën werd voortgezet.

Van alle patiënten werden de volgende gegevens genoteerd:

1 *De leeftijd* (op dag van intake) – Elke patiënt is ingedeeld in één van de volgende klassen: t/m 20 jaar; 21 t/m 30 jaar; 31 t/m 40 jaar; 41 t/m 50 jaar; 51 t/m 60 jaar vanaf 61 jaar. De aantallen per groep per klasse zijn uiteindelijk ter vergelijking gebruikt.

2 *Het geslacht*.

3 *De burgerlijke staat* (op dag van intake) – De patiënten werden in één van de volgende drie klassen ondergebracht: gehuwd; ongetrouwd; gescheiden of weduwe/weduwnaar.

4 *De opleiding* – Hierbij werden de patiënten in één van de volgende drie klassen ingedeeld: alléén lagere school; lagere school en opleidingen variërend van beroepsopleidingen tot v.w.o. (in tabel 7 is dit samengevat als voortgezet onderwijs); de patiënten die ook universitair onderwijs gevolgd hebben.

5 *De sociale laag* – Met behulp van van Tulder's 'Codelijst voor beroepen naar sociale lagen op grond van beroepsprestige' (9) zijn de patiënten aan de hand van hun beroepen, resp. bij vrouwen en jeugdigen het beroep van hun echtgenoot/vader, ingedeeld in één van de zes door van Tulder aangegeven sociale lagen. Om een indruk te krijgen welk beroep met de sociale laag correspondeert verwijs ik naar tabel 8.

6 *De diagnoses* – Ook hier zoals bij de intake vermeld. Een onafhankelijke beoordelaar³ heeft elk van de diagnoses, uiteraard zonder te weten bij welke patiënt (en groep) ze behoorden, in een van de volgende zeven categorieën ingedeeld: *a* psychosen; *b* niet-psychotische organische beelden; *c* neurotische en psychopatische stoornissen; *d* neuro- en psychosomatische stoornissen (hierbij waren de lichamelijke klachten het 'presenting symptom'); *e* reactieve toornissen (geen aanwijzingen, dat er premorbide ook stoornissen bestonden); *f* zwakbegaafdheid en debiliteit; *g* geen, gezond, onduidelijk. Elke patiënt werd bij één der zeven categorieën ingedeeld. Deze indeling in categorieën en de verdeling van de patiënten over die categorieën zijn uiteraard in belangrijke mate arbitrair, zodat aan de uitkomsten van dit deel van het onderzoek maar een beperkte betekenis mag worden toegekend.

7 *De therapie* – Het ging hierbij om de in de intakebrief voorgestelde therapie. Wat er feitelijk therapeutisch is gebeurd, is niet nagegaan. Wij hebben onderscheid gemaakt tussen de volgende mogelijkheden: *a* medicamenteus; *b* gesprekken (individueel, à trois, steunend, inzichtgevend); *c* groepstherapie; *d* gedragstherapie; *e* overige poliklinische (bewegingstherapie; maatschappelijk werk); *f* opname kliniek; *g* verwijzing naar andere hulpverlenende instanties (andere klinieken Academisch Ziekenhuis, CBA, SPD etc.); *h* geen (d.w.z. het onderzoek is nog onvoldoende afgerond om een therapie te kunnen voorstellen of patiënt en/of arts vinden revisie overbodig). Elke combinatie van *a* t/m *g* was in principe mogelijk; alleen *h* sloot de andere mogelijkheden uiteraard uit.

8 *De frequentie* – Voor elke patiënt werd het aantal bezoeken (*b*) en het aantal maanden (*m*), dat de behandeling duurde geregistreerd. Het quotiënt *f* van beide getallen is gebruikt als maat voor de frequentie ($f = b/m$). Zo betekent $f = 1/2$, dat de patiënt gemiddeld eens per twee maanden de polikliniek bezoekt. Wanneer bleek dat de patiënt in de onderzocht tijdsspanne enige tijd opgenomen was geweest, dan werd de tijd van zijn/haar kliniekverblijf (als deze minimaal 3 en maximaal 12 maanden bedroeg) afgetrokken van het totaal, voordat de *f* werd berekend. Op grond van ervaringen met het polikliniekwerk veronderstelden wij, dat de frequenties om de één zouden schommelen. Wij hebben in ver-

De meerjarige poliklinische patiënt

band daarmee de frequenties in drie klassen verdeeld:

$a \quad f \leq 3/4$; $b \quad 3/4 < f < 5/4$ en $c \quad f \geq 5/4$.

9 De *beginfrequentie* – Voor de bepaling hiervan werd dezelfde procedure gebruikt als bij 8, maar nu alleen voor de eerste vier maanden⁴ of, als de behandeling al binnen vier maanden werd afgesloten, voor het aantal maanden, dat de behandeling duurde. Voor patiënten, die vier maanden of korter de polikliniek bezochten, vallen frequentie en beginfrequentie dus samen.

Ook hier veronderstellen wij, dat de frequenties om de één zouden schommelen en deelden wij ze in drie klassen in:

$a \quad f \leq 3/4$; $b \quad 3/4 < f < 5/4$ en $c \quad f \geq 5/4$.

Wij hebben ons tot het verzamelen van deze gegevens beperkt.

Resultaten

1 De leeftijdsverdeling (tabel 4).

Tabel 4:

De leeftijdsverdeling

	groep I		groep II	
t/m 20 jaar	3	(7)	13	(18)
21—30 jaar	12	(27)	28	(38)
31—40 jaar	14	(32)	12	(16)
41—50 jaar	11	(25)	12	(16)
51—60 jaar	2	(5)	4	(6)
vanaf 61 jaar	2	(5)	4	(6)
	44	(101)	73	(100)

Zoals uit tabel 4 valt af te leiden bevat groep I 15 patiënten in de leeftijdsklassen onder 31 jaar en 29 ouder dan 30 jaar. Voor groep II zijn die getallen respectievelijk 41 en 32. Dit verschil in verdeling onder en boven de 31 jaar bleek significant ($\chi^2 = 4,5$, $df = 1$, $p < 0,05$, tweezijdig getoetst).

2 Het geslacht (tabel 5)

Tabel 5:

Het geslacht

	groep I		groep II	
mannen	18	(41)	46	(63)
vrouwen	26	(59)	27	(37)
	44	(100)	73	(100)

Het bleek dat in groep I significant meer vrouwen zitten dan in groep II. ($\chi^2 = 4,6$, $df = 1$, $p < 0,05$ tweezijdig getoetst).

3 De burgerlijke staat

Tabel 6:

De burgerlijke staat

	groep I		groep II	
gehuwd	31	(71)	43	(59)
ongehuwd	9	(21)	27	(37)
gescheiden/wed.	4	(9)	3	(4)
	44	(101)	73	(100)

De gevonden waarden bleken niet significant van elkaar te verschillen.

4 De opleiding (tabel 7)

Tabel 7:

De opleiding

	groep I		groep II	
			40	(55)
alleen lagere school	27	(61)		
voortgezet onderwijs	15	(34)	28	(38)
universitair onderwijs	2	(5)	5	(7)
	44	(100)	73	(100)

De verdeling over de drie klassen was voor beide groepen vrijwel gelijk.

5 De sociale laag (tabel 8)

Tabel 8:

De sociale laag⁵

	groep I		groep II	
<i>Laag 1:</i> hoofdzakelijk vrije en academische beroepen, directeur grote onderneming, leraren MO, hoge ambtenaren.	1	(2)	1	(1)
<i>Laag 2:</i> hoofdzakelijk hoge employees, directeuren kleine ondernemingen, hoofd-ambtenaren, grote landbouwers en tuinbouwers, middelbare technici.	2	(5)	5	(7)
<i>Laag 3:</i> hoofdzakelijk grote tot middelgrote oude en nieuwe middenstand, ambtenaren in middenpositie, middelgrote landbouwers en tuinbouwers, middelbare technici.	5	(11)	8	(11)
<i>Laag 4:</i> hoofdzakelijk kleine oude en nieuwe middenstand, geschoolde arbeiders, kleine landbouwers en tuinders, kantoorbedienden, lage employees, lage ambtenaren.	14	(32)	18	(25)
<i>Laag 5:</i> hoofdzakelijk geoefende arbeiders, lage ambtenaren.	15	(34)	32	(44)
<i>Laag 6:</i> hoofdzakelijk ongeefende arbeiders.	7	(16)	9	(12)
	44	(100)	73	(100)

De meerjarige poliklinische patiënt

Er werden geen significante verschillen tussen beide groepen gevonden.

6 De diagnoses (tabel 9)

Tabel 9:

De diagnoses

	groep I		groep II	
a psychosen	6	(14)	5	(7)
b organische beelden	3	(7)	3	(4)
c neurotische/psychopatische stoornissen	20	(45)	31	(43)
d neuro-, psychosomatische stoornissen	5	(11)	14	(19)
e recreatieve stoornissen	2	(5)	4	(6)
f zwakbegaafdheid, debiliteit	3	(7)	8	(11)
g geen, gezond, onduidelijk	5	(11)	8	(11)
	44	(100)	73	(101)

Deze (grove) indeling van de diagnoses leverde geen significante verschillen tussen beide groepen op.

7 De therapie (tabel 10)

Tabel 10:

De therapie

	groep I		groep II	
a medicamenteus	27	(61)	34	(47)
b gesprekken	21	(48)	28	(38)
c groepstherapie	1	(2)	7	(10)
d gedragstherapie	0	(0)	0	(0)
e overige door polikliniek	1	(2)	9	(12)
f opname kliniek	6	(14)	2	(3)
g verwijzing naar ander	4	(9)	7	(10)
h geen	5	(11)	18	(25)
	65	(147)	105	(145)

Ook hier geen significante verschillen tussen beide groepen. Bij het verwerken van de gegevens viel op, dat een combinatie van gesprekken en medicamenten zowel bij groep I als bij groep II de voorkeur geniet. De som der voorgeschreven therapieën is groter dan het aantal patiënten en de som der percentages groter dan 100, omdat één patiënt meerdere vormen van therapie kan hebben gehad.

8 De frequenties (tabel 11)

Qua bezoekfrequentie bleken de volgende significante verschillen te bestaan: In groep I zaten significant meer patiënten, voor wie de bezoekfrequentie kleiner of gelijk was dan/aan 3/4 ($p <$

Tabel 11:
De frequenties

	groep I		groep II	
$f \leq 3/4$	24	(55)	4	(6)
$3/4 < f < 5/4$	16	(36)	36	(49)
$f \geq 5/4$	4	(9)	33	(45)
	44	(100)	73	(100)

0,001, binomiale toetsing, tweezijdig). Ook zaten in groep I significant minder patiënten, voor wie de bezoekfrequentie groter of gelijk was dan/aan $5/4$ ($p < 0,002$, binomiale toetsing, tweezijdig). Samenvattend kan men stellen, dat de meerjarige patiënten de polikliniek minder frequent bezochten dan de kort behandelde.

Ook gingen wij na, hoeveel patiënten de polikliniek gemiddeld meer dan twee maal per maand bezochten. In groep I was dat bij geen enkele patiënt het geval, bij groep II bij elf patiënten. Dit bevestigde onze veronderstelling, dat de frequentie veelal om de één per maand zou schommelen.

9 De beginfrequentie (tabel 12)

Tabel 12:
De beginfrequentie

	groep I		groep II	
$f \leq 3/4$	7	(16)	2	(3)
$3/4 < f < 5/4$	26	(59)	37	(51)
$f \geq 5/4$	11	(25)	34	(47)
	44	(100)	73	(101)

Ook hier werden verschillen gevonden, die het niveau van significantie bereikten: In groep I zaten significant meer patiënten, bij wie in de eerste vier maanden de bezoekfrequentie kleiner of gelijk was dan/aan $3/4$ ($p < 0,007$, binomiaal, tweezijdig). Ook was in groep I het percentage patiënten met een bezoekfrequentie groter of gelijk dan/aan $5/4$ bijna de helft van dat bij groep II. Dit verschil was echter niet significant ($p < 0,16$, binomiaal, tweezijdig). Toch kan samenvattend gesteld worden, dat meerjarige patiënten ook in de eerste vier maanden al minder frequent 'gezien' worden. Ook t.a.v. de beginfrequentie gingen wij na hoe groot de aantallen patiënten waren, die gemiddeld twee maal per maand de polikliniek bezochten. In groep I was dat bij vijf patiënten het geval, bij groep II bij elf (dezelfde als die, welke onder 8 genoemd werden). Hier werd eveneens de veronderstelling bevestigd, dat de frequenties in de eerste vier maanden om de één per maand zouden schommelen.

Slotbeschouwing

Puntsgewijs samengevat zien de resultaten er als volgt uit:

1 In januari 1973 was 26% van de patiënten, die de polikliniek bezochten meerjarig. Ze eisten 23% van de tijd voor zich op. Bij buitenlands onderzoek werd gevonden, dat patiënten, die meer dan vijftien maal de polikliniek bezochten, 22% van de patiëntenpopulatie uitmaakten (4). Ondanks de grote 'afval' in het eerste jaar (89% van de nieuwe patiënten in januari 1972) hebben de meerjarige patiënten dus een relatief groot aandeel in de wekelijkse stroom bezoekers.

2 Onder de meerjarige patiënten kwamen significant meer vrouwen en meer mensen boven de 20 jaar voor dan bij de kortblijvende.

3 Er werden geen significante verschillen gevonden t.a.v. de sociale status (burgelijke staat, opleiding, sociale laag). Ook de hier gehanteerde indeling in diagnoses en voorgestelde therapieën bracht geen verschillen aan het licht.

4 De meerjarige patiënten bezochten (van meet af aan al) de polikliniek minder frequent.

T.a.v. de keuze van de beide groepen kan men methodologische bezwaren aanvoeren. Het was beter geweest groep II niet uit patiënten, die zich in januari 1972 aanmeldde, samen te stellen, maar uit kortblijvende patiënten van 1971 en daarvoor, d.w.z. uit dezelfde 'jaargang' als groep I. I.v.m. de mogelijkheden, die wij hadden echter was de gekozen samenstelling van beide groepen belangrijk minder tijdrovend. Wij achten, mede gezien het oriënterend karakter van het onderzoek, deze onzuiverheid in de opzet toelaatbaar.

Bijna één op elke vier polikliniekbezoekers is meerjarig. Het gaat dus om een grote groep patiënten, die een belasting voor de polikliniek betekenen. Is een dergelijke groep patiënten een overmatig gegeven bij het polikliniekwerk, of is het mogelijk deze groep kleiner te maken? Zoals uit de literatuur blijkt (4,8), is men er in een aantal gevallen toe overgegaan patiënten, die langdurig de polikliniek bezoeken, in speciale gespreksgroepen bijeen te brengen, evt. begeleid door maatschappelijk werkers of psychiatrisch geschoolde verpleegkundigen en niet door artsen. De chronisch geworden patiënten werden dan buiten de polikliniekstroom omgeleid.

Dit onderzoek had de bedoeling de herkenbaarheid van de potentieel meerjarige patiënt bij intake na te gaan. Er is geen welomschreven diagnostisch profiel van de meerjarige patiënt naar voren gekomen, waaraan zij/hij gemakkelijk te herkennen zou zijn. Het meest interessant zijn wellicht nog de bevindingen rond de bezoekfrequentie. Deze ligt voor de meerjarige patiënt van meet af aan lager dan voor de 'kort behandelde' patiënt. Hoewel dit ook op andere wijzen geïnterpreteerd kan worden, menen wij hierin een spoor te herkennen, wat in de richting van de 'hospital bird' leidt: de patiënt, voor wie polikliniekbezoek geen middel,

maar doel blijkt te zijn; die tot erge van de arts resistent blijkt tegen elke vorm van therapie. Over een patiënte, die vijftien jaar de polikliniek bezocht, werd in de eerste brief geschreven: 'Verzandende karakterneurose; stelt polibezoeken erg op prijs, hoewel ze de adviezen gebruikt om tegen haar broer te ageren'.

Dit onderzoek laat verstrekkende conclusies uiteraard niet toe. Wel kan men stellen, dat vroegtijdig herkennen van dergelijke interactie-patronen polikliniekbehandelingen, die nu langdurig zijn, wellicht een ander beloop zou kunnen geven. Het lijkt de moeite waard het onderzoek voort te zetten.

Noten

¹ Men spreekt in het betrokken artikel over 'psychotherapy'. De behandeling waar het om gaat echter, stemt overeen met wat hier als polikliniekroutine aangeduid wordt.

² Bij deze en de volgende tabellen staat tussen haakjes het corresponderende percentage vermeld. Dit is afgerond, zodat de som een aantal malen 101 is.

³ Dr. H. G. M. Rooymans was zo vriendelijk deze taak op zich te nemen.

⁴ De eerste vier maanden beschouwen wij hier dus als de beginperiode van de behandeling. Het is een willekeurig, maar o.i. niet onredelijk gekozen tijdsbestek.

⁵ De omschrijving van de sociale lagen is overgenomen uit 'De beroepsmobiliteit in Nederland van 1919 tot 1954' van J. J. M. van Tulder (9).

Literatuur

- 1 Beenen, F. *'Hoe langer hoe gekker? Voorspellen en begrijpen van de opnameduur van psychiatrische patiënten*, Academie Service, Vinkeveen, 1974. (diss. R. U. Groningen).
- 2 Brown, J. S. en N. Kosterlitz. Selection and treatment of psychiatric outpatients. *Arch. Gen. Psychiat.* II, 425-438, 1964.
- 3 Early, L. W. en O. von Mering. Growing old the outpatient way, *Amer. J. Psychiat.* 125, 963-967, (1969)
- 4 Gillis, L. en S. Egert. *The psychiatric outpatient*. Faber and Faber, London, 1973.
- 5 Groen, C. de. *Selectie en behandeling van patiënten op een psychiatrische polikliniek*. Doctoraalscriptie. Groningen.
- 6 Heasman, G. D. The patient, the doctor and the hospital. *Lancet*, 2, 59-62, (1962).
- 7 Pilowsky, I. en J. D. Stirland. A study of longterm patients attending a general hospital department. *Brit. J. Psychiat.* 112, 833-838, (1966).
- 8 Straker, M., Davanloo, H. and A. F. Moll. The chronic psychiatric outpatient in a general hospital setting. *Canad. Psych. Assoc. J.* II, 401-409, (1966)
- 9 Tulder, J. J. M. van. *De beroepsmobiliteit in Nederland van 1919 tot 1954*, Stenfert-Kroese, Leiden, 1962.