

ESSAY

De psychiater als medisch specialist: de psychiatrie een zorg?

F.J. HUYSE, R.C. VAN DER MAST, A.D. BOENINK

SAMENVATTING In de afgelopen decennia is de medische identiteit van de psychiater afgekalfd. In het begin van de jaren tachtig leken de consultatieve psychiatrie en de specifieke ziekenhuispsychiatrische functie van de PAAZ (psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis) een mogelijkheid om dit verlies op een creatieve wijze te compenseren. De laatste tien jaar is door de vorming van multifunctionele eenheden (mfe) en door gebrek aan beleid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) deze ontwikkeling echter tenietgedaan. De gezondheidszorg wordt door vergrijzing en door aanwas van chronisch zieken geconfronteerd met een groeiend aanbod patiënten met gecombineerde psychiatrische en somatische problemen. Omdat de ontwikkeling van de psychiatrie als medisch specialisme echter tot staan is gebracht, wordt geen recht gedaan aan psychiaters werkzaam op dit grensgebied van psychiatrie en somatiek, en wordt de patiënt te kort gedaan. Een krachtige stimulering van de ziekenhuispsychiatrie (waaronder de consultatieve psychiatrie), van behandelprogramma's voor comorbide patiënten, en van de oprichting van psychiatrische-medische units dienen de hoogste prioriteit te krijgen om aansluiting te houden bij de overige medische specialismen. Een kansrijke mogelijkheid hiervoor wordt geboden door de huidige plannen om de specialistenopleidingen te laten beginnen met een gemeenschappelijk schakeljaar in het zesde jaar van de studie geneeskunde.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 12, 795-802]

TREFWOORDEN medische identiteit, psychiatrie, schakeljaar, specialistenopleiding

DE PSYCHIATRIE EN HAAR RELATIE MET DE GENEESKUNDE

In *A History of Psychiatry* maakt Edward Shorter (1997) duidelijk dat de positie van de psychiatrie ten opzichte van de andere medische specialismen in de loop der tijd nogal wisselend is geweest. Hij maakt aannemelijk dat het uitstoten van de 'gekken' en de daarmee samenhangende ontwikkeling van asylums, gescheiden van de ziekenhuizen voor lichamelijke zieken, heeft geleid tot een van de algemene gezondheidszorg (agz) afgescheiden ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Kendell (2001) – een

van de grondleggers van de psychiatrische epidemiologie – stelde onlangs dat het onderscheid tussen lichamelijke en geestelijke stoornissen te herleiden is tot het door Descartes geïntroduceerde dualisme. Dit dualisme strookt niet met de huidige wetenschappelijke inzichten en is patiëntonvriendelijk. De huidige preoccupatie van de psychiater met 'ernstige' psychische stoornissen heeft ertoe geleid dat bijvoorbeeld de somatoforme stoornissen een lage prioriteit hebben (Bass e.a. 2001). Doordat ten onrechte 'ernst van ziekte' gelijk wordt gesteld aan diagnose en niet aan zorgbehoefte en mate van invaliditeit, wordt de verdere ontwikkeling van psychiatri-

sche zorg voor deze patiëntengroep verwaarloosd. In dit artikel proberen de auteurs de vraag te beantwoorden die veel ziekenhuispsychiaters zich stellen: Waarom hebben wij als psychiaters de relatie met de agz zo uit het oog verloren, terwijl deze zo sterk samenhangt met onze medische identiteit?

Een psychiater is een medisch specialist. Medisch specialisten werken hoofdzakelijk in het algemene ziekenhuis. Psychiaters in Nederland daarentegen werken hoofdzakelijk in psychiatrische ziekenhuizen, in regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG) en in de vrije praktijk. Van de psychiaters werkt 5 tot 10% op psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ). Ongeveer 15% van de verwijzingen naar hun poliklinieken en klinieken komt van somatische specialisten uit het ziekenhuis (Jabaaij & Hutschemaekers 1998). Daarnaast werken deze psychiaters vaak voor een klein deel van hun werktijd als consulents in de agz, voornamelijk op de interne, neurologische en chirurgische afdelingen (consultatieve psychiatrie).

De stimulans voor een meer systematische en academische ontwikkeling van de consultatieve psychiatrie ontstond in de Verenigde Staten. Hier kwamen de belangrijkste empirische gegevens voor de onderbouwing ervan vandaan. Het bleek dat psychiatrische stoornissen vaker voorkomen bij patiënten met somatische aandoeningen (comorbiditeit) dan in de algemene bevolking, namelijk bij 25 tot 30% van hen (Rooijmans 1983; Mayou & Hawton 1986; Huyse e.a. 1997). Deze patiënten blijken slechter te functioneren en leggen een groter beslag op de agz dan somatisch zieke patiënten zonder psychiatrische stoornis, wat resulteert in een langere opname-duur, meer doktersbezoek en spoedeisend hulpbezoek, en frequente heropnames (Saravay & Lavin 1994; Saravay e.a. 1996; Fink 1990). Ook werd uit diverse onderzoeken duidelijk dat een gerichte gecombineerde behandeling het psychische lijden, en in geriatrie populaties de extra kosten, kan verminderen (Strain e.a. 1994; Gill &

Hatcher 1999; Slaets e.a. 1997). De Amerikaanse overheid stimuleerde de ontwikkeling van de consultatieve psychiatrie ook voor psychiatrisch onderwijs over comorbide patiënten aan aanstaande artsen, wat goed aansloot bij hun toekomstige praktijk (Eaton e.a. 1977). Dit leidde tot onderzoek naar de effectiviteit van verschillende onderwijsmodellen (Strain e.a. 1986), een ontwikkeling die later deels teniet werd gedaan door de regering onder Reagan.

DE CONSULTATIEVE PSYCHIATRIE EN DE LIAISONPSYCHIATRIE IN NEDERLAND

De ontwikkeling van de consultatieve psychiatrie in Nederland leidde in de jaren tachtig tot de introductie van de stage consultatieve psychiatrie in de opleiding psychiatrie. In de meeste academische ziekenhuizen ontstonden psychiatrische consultatieve diensten. Het was een tijd dat de consultatieve psychiatrie een onderdeel vormde van de 'bloeiende psychiatrie' (Van Praag 1983). In het begin van de jaren negentig was Nederland in Europa op het gebied van de consultatieve psychiatrie zelfs een koploper en werden er twee door de Europese Unie gefinancierde 'health service studies' gecoördineerd (Huyse e.a. 1996; Huyse 1997). Eén onderzoek bracht de consultatieve praktijk in beeld om zo inzicht te krijgen in de wijze waarop consultatieve diensten georganiseerd waren en welke patiënten er door de verschillende diensten werden gezien – dit ten behoeve van richtlijnontwikkeling voor nieuwe diensten (Huyse e.a. 2000a; Huyse e.a. 2000b; Verwey e.a. 1997). Het andere onderzoek had tot doel de liaisonpsychiatrie een empirische basis te geven (Huyse 1997).

COMORBIDE STOORNISSEN

Op het gebied van comorbide stoornissen zijn de laatste jaren nieuwe inzichten verworven die belangrijke implicaties hebben voor de klinische praktijk, zoals voor de behandeling van depressie bij somatisch zieke patiënten. Frasure-

Smith e.a. (1993) rapporteerden oversterfte bij patiënten die een myocard-infarct hadden doorgemaakt en leden aan een depressieve stoornis; dit verband is inmiddels ook in Nederland gevonden bij ouderen in de algemene bevolking (Penninx e.a. 2001). Dergelijke epidemiologische bevindingen hebben geleid tot nieuwe pathofysiologische vraagstellingen (Wulsin 1999) en momenteel wordt onderzocht of behandeling van depressie bij patiënten die een myocard-infarct hebben doorgemaakt, leidt tot afname van cardiale oversterfte (Van den Brink e.a. 2002).

Ook is gebleken dat de effectiviteit van de behandeling van chronische somatische ziekten als kanker, reuma, terminaal nierlijden en cardiale aandoeningen negatief wordt beïnvloed door *non-compliance* met de somatische behandeling als patiënten aan een onbehandelde depressie lijden (DiMatteo e.a. 2000). Deze bevinding is des te belangwekkender, omdat antidepressiva bij patiënten met zowel een depressie als een somatische ziekte effectief blijken te zijn (Gill & Hatcher 1999).

Behalve de acute psychiatrische dienstverlening – het ‘brandjes blussen’ – die de consultatieve psychiatrie kenmerkt, bestaat er een meer systematische vorm van samenwerking met de agz die zich specifiek richt op patiënten met comorbiditeit, de *liaisonpsychiatrie* (Strain 2002; Huyse e.a. 2002). Het doel van de *liaisonpsychiatrie* is om door een vast en regelmatig contact met de afdelingsstaf – meestal in de vorm van een papieren visite – kwetsbare patiënten te identificeren en de medische staf te leren met veel voorkomende psychiatrische problemen en stoornissen om te gaan. Een belangrijk methodologisch probleem om de effectiviteit van de *liaisonpsychiatrie* te onderzoeken, is de subjectieve indicatiestelling voor verwijzing. Inmiddels zijn empirisch getoetste methoden voor het detecteren en analyseren van kwetsbare complexe patiënten uitgewerkt. Deze zijn nodig voor het opzetten van onderzoek naar de effectiviteit van integrale behandelprogramma's. Begrippen als ‘complexiteit van zorg’, ‘zorg risico’ en ‘zorgbehoefte’ zijn

geoperationaliseerd en meetbaar gemaakt (De Jonge e.a. 2001; Huyse e.a. 1999; Huyse, De Jonge e.a. 2001; Huyse, Lyons e.a. 2001; Stiefel e.a. 1999). Hierdoor kunnen al bij opname patiënten gedetecteerd worden met complexe problemen, een verhoogd zorg risico en verhoogde zorgbehoeften, en kan een gerichte multidisciplinaire behandeling worden voorgesteld.

DE VISIE VAN DE OVERHEID OP HET GRENSVLAK VAN GGZ EN AGZ

Waar de ziekenhuispsychiatrie de relatie met de agz systematisch heeft proberen te ontwikkelen, is de overige ggz een heel andere richting ingegaan. De ontmanteling van het ‘medische’ van de psychiatrie werd ingezet in de periode van deïstitutionalisering, in de jaren zestig, toen het daarmee samenhangende streven naar kleinschaligheid niet meer in overeenstemming viel te brengen met het handhaven van goede medische voorzieningen. In dezelfde periode kwam het tot een scheiding van de psychiatrische en de neurologische opleidingen, die na enige tijd leidde tot het beëindigen van de gecombineerde opleiding tot zenuwarts. De psychotherapie kreeg een prominente rol in de psychiatrische opleiding en de somatiek verdween meer naar de achtergrond. Met de introductie van het multidisciplinaire RIAGG werd het medische model bijna geheel verlaten.

Hoewel de Inspectie voor de Gezondheidszorg aanvankelijk de ontwikkeling van PAAZ'en stimuleerde, heeft het door de overheid ingezette beleid, gericht op de ontwikkeling van multifunctionele eenheden (mfe) dit geleidelijk tenietgedaan (Nationale Raad voor de Volksgezondheid & College voor ziekenhuisvoorzieningen 1991; Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur 1993). De Sectie Ziekenhuis en Consultatieve Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) had een belangrijk aandeel in het advies van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) (Smit & Commissie ziekenhuispsy-

chiatrie 1995). Hier werd gepleit voor het stimuleren van de specifieke functies van de ziekenhuispsychiatrie (Kathol e.a. 1992; Kathol 1994; Huyse e.a. 1993; Honig e.a. 2000) en de systematische introductie van de consultatief-psychiatrische verpleegkundige, maar met dit advies werd weinig gedaan. Inmiddels zijn ettelijke PAAZ'en in het krachtenspel van de ontwikkeling van mfe's gesneuveld en zijn hun psychiaters uit de algemene ziekenhuizen verdwenen. Doordat de overheid zich terugtrekt en directies van algemene psychiatrische ziekenhuizen niet op een coherente wijze over deze problematiek worden aangesproken, staat deze laag op de agenda. De strijd rondom de opname van patiënten met psychiatrische en somatische comorbiditeit maakt dit probleem echter dagelijks voelbaar (Van Waarde & Van der Mast 2000).

DE VISIE VAN DE BEROEPSVERENIGING: ROL VAN DE PSYCHIATER

De 'Profielchets Psychiater' (Taakgroep Profielchets Psychiater 1994) bewaakt de medische identiteit van de psychiater door te stellen dat de methode die de psychiatrie gebruikt, berust op het medische model, in de psychiatrie principieel als een bio-psycho-sociaal model geïnterpreteerd. Hoewel het medische model en daarmee de medische identiteit door de NVVP wordt benadrukt, ging alle aandacht de laatste jaren uit naar het behoud van de psychotherapie-registratie (Gans 2000), ook al zou de psychiater in zijn rol van *playing captain* in de ggz zijn medisch specialistische rol in de ggz kunnen bewaken (Rinne-Alberts 2000). In de meeste academische ziekenhuizen kalfden de zorgvuldig opgebouwde consultatief-psychiatrische diensten af tot gemarginaliseerde functies, waardoor het aantal stageplaatsen is teruggelopen. Daarom heeft een aantal verontruste psychiaters in een brief het bestuur van de NVVP van deze negatieve ontwikkeling van de ziekenhuispsychiatrie op de hoogte gesteld (brief is op te vragen bij de eerste auteur). Men realiseert zich onvoldoende dat veel patiën-

ten die een gerichte psychiatrische behandeling nodig hebben, niet in de ggz behandeld kunnen worden (Smith 1998; Bass e.a. 2001). Ook denken men te licht over het ontbreken van systematisch contact met andere medisch specialisten, zoals geriater, neurologen en internisten, tijdens vele psychiatrische opleidingen, wat overigens een basisvoorwaarde is voor iedere specialistenopleiding (Centraal College Medische Specialismen 2000). Een groeiend isolement van de psychiater als medisch specialist dreigt te ontstaan. Het is de vraag of de Medische Specialisten Registratie Commissie (MSRC), die belast is met de bewaking van de kwaliteit van de medisch specialistische opleidingen, zich wel realiseert hoezeer de psychiatrie van de rest van de medische specialismen is afgedreven, hoe het aan medische voorzieningen in de ggz ontbreekt en welke winst er ook voor andere medische specialismen te behalen zou zijn wanneer het specialisme psychiatrie constructievere contacten met de agz zou hebben.

NEDERLANDSE PSYCHIATRIE: NORM OF UITZONDERING?

In de Verenigde Staten volgt 10% van de artsen die in opleiding zijn tot psychiater, tevens een opleiding in de inwendige geneeskunde, de neurologie, de kindergeneeskunde of de 'huisartsgeneeskunde' (*family practice*). Deze gecombineerde opleidingen zijn het resultaat van afspraken tussen de betrokken wetenschappelijke verenigingen (Yates 1999). Een dergelijke gecombineerde opleiding versterkt de medische identiteit van de psychiater. Daarnaast is er in de VS een vergevorderd streven naar een subspecialisatie-status voor de consultatieve psychiatrie. Mede beargumenteerd op basis van de omvang van onderzoek en literatuur (ongeveer 20.000 artikelen), het lijden, de kosten en de effectiviteit van behandelen, is een voorstel gedaan tot erkenning van het psychiatrische subspecialisme *Psychiatry of the Medically Ill* (Academy of Psychosomatic Medicine, APM 2001). Het ligt in de lijn der ver-

wachting dat deze erkenning voorjaar 2003 verkregen zal worden (persoonlijke mededeling voorzitter commissie subspecialisatie van de APM Kostas Lyketsos, april en november 2002).

In Engeland zijn landelijk door de beroepsverenigingen van psychiaters, internisten en chirurgen richtlijnen uitgegeven voor de 'Psychological care for the medically ill', die ertoe geleid hebben dat de district health authorities (regionale 'zorgkantoren') meer plaatsen voor consultatieve psychiaters hebben gecreëerd (Royal College 1995). In de Duitssprekende landen bestaat er al lang een krachtig grensgebied, in de vorm van de psychosomatiek, die deels door psychiaters wordt vormgegeven (Huyse e.a. 2002). In Finland is in de jaren tachtig door de overheid een beleid ingezet om in alle ziekenhuizen psychiatrische units te ontwikkelen waarvan de afstemming met de agz een essentieel element vormt (Mayou e.a. 1991). Hetzelfde geldt voor het meer recente door de Italiaanse overheid ingezette beleid (Huyse e.a. 2002). Het toonaangevende *New Oxford Textbook of Psychiatry* ten slotte opent het speciële deel met een hoofdstuk over 'Psychiatry in Medicine' (Gelder e.a. 2000).

In Nederland zou men de medische identiteit van de psychiater kunnen versterken door psychogeriatric en consultatieve psychiatrie in de basisopleiding op te nemen.

CONCLUDERENDE OVERWEGINGEN

Een NVVP die zich er niet van bewust lijkt te zijn hoe mager de medische basis, de core-identiteit, van de psychiatrie is, of dit wijt aan gebrek aan beleid van de overheid of desinteresse van de agz, zal gepasseerd worden door geriateren, psychologen, neurowetenschappers en huisartsen. Het is echter te hopen dat de NVVP en de MSRC zich nog tijdig realiseren in welke onwenselijke omstandigheden de medische specialistische opleiding psychiatrie verkeert.

De huidige organisatie van zorg (de ggz) is in historisch perspectief een momentopname en hopelijk geen voortdurende realiteit. De strakke

scheiding tussen de agz en ggz verstoort de kans op optimale zorg voor veel patiënten met comorbiditeit. De inhoud van de psychiatrische opleiding wordt gekleurd door de huidige structuur van psychiatrische zorgverlening en houdt geen rekening met nieuwe inzichten in psychiatrische epidemiologie en behandelmethoden. Vergrijzing en daarmee samenhangende chroniciteit zullen comorbiditeit verder doen toenemen. Gebrekkige medische faciliteiten en kennis in de ggz zullen ertoe leiden dat steeds meer barrières voor patiënten met comorbide somatische stoornissen worden opgeworpen. Met het continueren van een dergelijk beleid zal de psychiatrie zich toenemend van de geneeskunde vervreemden en als medisch specialisme ter discussie komen te staan.

Een systematische ontwikkeling van de consultatieve psychiatrie, van psychiatrische medische units (pmu) en van geïntegreerde zorg voor complexe comorbide patiënten kan een belangrijke bijdrage leveren aan het versterken van de medische identiteit van de psychiater, al tijdens de opleiding psychiatrie. De pmu's kunnen daarnaast ook een belangrijke functie hebben bij de opleiding van internisten, neurologen en verpleegkundigen, en bij de ontwikkeling van integrale multidisciplinaire zorg in de ambulante setting (Anfinson e.a. 1999; Kathol 1999). De medische identiteit van de psychiater zou een belangrijk aandachtspunt van de NVVP moeten zijn. Het Consilium Psychiatricum zou hieraan, als opleidingsorgaan van de NVVP, bij de ontwikkeling van nieuwe opleidingseisen prioriteit moeten schenken. De huidige ideeën van het ministerie van VWS over een medisch opleidingscontinuüm, onder meer door invoering van een gemeenschappelijk 'schakeljaar' in het zesde jaar van de studie geneeskunde als voorbereiding op de medische specialisaties, bieden eveneens een goede gelegenheid voor aansluiting bij de andere medische specialismen (zie www.knmg.nl). Ten slotte, het lijkt er op dat de hier geformuleerde bezorgdheid een 'Zorg van velen' behoort te zijn (Commissie van Londen 2002).

LITERATUUR

- Academy of Psychosomatic Medicine (APM). (2001). *Proposal for Recognition of 'Psychiatry in the Medically Ill' as a psychiatric subspecialty*. Chicago: The Academy of Psychosomatic Medicine and the Association for Medicine and Psychiatry.
- Anfinson, Th., McKay, S., & Engel, S. (1999). Interdisciplinary team roles in a combined medical and psychiatric treatment program. *Primary Psychiatry*, 6, 80-85.
- Bass, C., Peveler, R., & House, A. (2001). Somatoform disorders: severe psychiatric illnesses neglected by psychiatrists. *British Journal of Psychiatry*, 179, 11-14.
- Brink, R.H.S. van den, van Melle, J.P., Honig, A., e.a. (2002). Treatment of depression after myocardial infarction and the effects on cardiac prognosis and quality of life: rationale and outline of the Myocardial Infarction and Depression-Intervention Trial (MIND-IT). *American heart journal*, 144, 219-225.
- Centraal College Medische Specialismen (2000). Besluit CCMS no. 7-2000. *Opleidingsreizen Psychiatrie*. Utrecht: Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- Commissie van Londen. (2002). *Zorg van velen. Eindrapport Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., & Croghan, T.W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of Internal Medicine*, 160, 2101-2107.
- Eaton, J.S., Jr., Goldberg, R., Rosinski, E., e.a. (1977). The educational challenge of consultation-liaison psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 134(Suppl.), 20-23.
- Fink, P. (1990). Mental illness and admission to general hospitals: a register investigation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 458-462.
- Frasure-Smith, N., Lesperance, F., & Talajic, M. (1993). Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *Journal of the American Medical Association*, 270, 1819-1825.
- Gans, E. (2000). De invloed van de psychotherapie op de psychiatrieopleiding. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 265-269.
- Gelder, M.G., Lopez-Ibor, J.J., & Andreasen, N.C. (Red.). (2000). *New Oxford Textbook of Psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Gill, D., & Hatcher, S. (1999). A systematic review of the treatment of depression with antidepressant drugs in patients who also have a physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 131-143.
- Honig, A., van Velden, C.H., Brummen, R.J.M., e.a. (2000). Multidisciplinair verpleegd; MedPsych unit voor patiënten met complexe problemen. *Medisch Contact*, 55, 1749-1752.
- Huise, F.J. (1997). From consultation to complexity of care prediction and health service needs assessment. *Journal of Psychosomatic Research*, 43, 233-240.
- Huise, F.J., Herzog, Th., Lobo, A., e.a. (1997). Detection and treatment of mental disorders in general health care. *European Psychiatry*, 12(Suppl. 2), 70s-78s.
- Huise, F.J., Herzog, T., Lobo, A., e.a. (2000a). European Consultation-Liaison Psychiatric Services: the ECLW Collaborative Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 360-366.
- Huise, F.J., Herzog, T., Lobo, A., e.a. (2000b). European consultation-liaison services and their user populations: the European Consultation-Liaison Workgroup Collaborative Study. *Psychosomatics*, 41, 330-338.
- Huise, F.J., Herzog, T., Lobo, A., e.a. (2001). Consultation-Liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *General Hospital Psychiatry*, 23, 124-132.
- Huise, F.J., Herzog, T., Malt, U.F., e.a. (1996). The European Consultation-Liaison Workgroup (ECLW) Collaborative Study. I. General Outline. *General Hospital Psychiatry*, 18, 44-55.
- Huise, F.J., Herzog, Th., & Malt, U.F. (2002). International Perspectives on Consultation Liaison Psychiatry. In M.G. Wise & J.R. Rundell (Red.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry: Psychiatry in the Medically Ill* (pp. 203-233). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Huise, F.J., de Jonge, P., Slaets, J.P.J., e.a. (2001). COMPRI--an instrument to detect patients with complex care needs: results from a European study. *Psychosomatics*, 42, 222-228.
- Huise, F.J., Lyons, J.S., Stiefel, F.C., e.a. (1999). 'INTERMED': a method to assess health service needs. I. Development and reliability. *General Hospital Psychiatry*, 21, 39-48.
- Huise, F.J., Lyons, J.S., Stiefel, F.C., e.a. (2001). Operationalizing the biopsychosocial model: the INTERMED. *Psychosomatics*, 42, 5-13.
- Huise, F.J., Verwey, B., Op den Velde, W., e.a. (1993). Ziekenhuispsychiatrie: Naar een Integratie van Afdelingen Psychiatrie en Consultatieve Psychiatrie? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 35, 132-142.
- Jabaaij, L., & Hutschemaekers, G. (1998). *Vraag en aanbod in de PAAZ. Een praktijkstudie vanuit het perspectief van patiënten en behandelars op de psychiatische afdeling van algemene ziekenhuizen*. Utrecht: Trimbo-instituut.

- Jonge, P. de, Huyse, F.J., Slaets, J.P., e.a. (2001). Care complexity in the general hospital: results from a European study. *Psychosomatics*, 42, 204-212.
- Kathol, R.G. (1994). Medical psychiatry units: the wave of the future. *General Hospital Psychiatry*, 16, 1-3.
- Kathol, R.G. (1999). Integrating psychiatric treatment into outpatient primary/specialty care: clinical models and economic feasibility. *Primary Psychiatry*, 6, 86-90.
- Kathol, R.G., Harsch, H.H., Hall, R.C., e.a. (1992). Categorization of types of medical/psychiatry units based on level of acuity. *Psychosomatics*, 33, 376-386.
- Kendell, R.E. (2001). The distinction between mental and physical illness. *British Journal of Psychiatry*, 178, 490-493.
- Mayou, R., & Hawton, K. (1986). Psychiatric disorder in the general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 149, 172-190.
- Mayou, R., & Huyse, F.J. (1991). Consultation-liaison psychiatry in western Europe. The European Consultation-Liaison Workgroup. *General Hospital Psychiatry*, 13, 188-208.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. (1993). *Onder Anderen. Geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief*. Den Haag: Sdu Uitgeverij.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid & College voor ziekenhuisvoorzieningen. (1991). *Rapport multifunctionele eenheden 1984-1990*. Den Haag: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- Penninx, B.W., Beekman, A.T., Honig, A., e.a. (2001). Depression and cardiac mortality: results from a community-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, 58, 221-227.
- Praag, H.M. van. (1983). Een bloeiende psychiatrie die niet meer in gevaar is. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 25, 5-10.
- Rinne-Alberts, M.A.W. (2000). Beleidspsychiatrie of de opleiding tot playing captain. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 283-287.
- Rooijmans, H.G.M. (1983). De verwevenheid van somatische en psychische ziekten. II Psychiatrische stoornissen bij lichamelijke zieke patiënten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 127, 2327-2331.
- Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists (1995). *The psychological care of medical patients: Recognition and need of service provision*. London: Royal College of psychiatrists.
- Saravay, S.M., & Lavin, M. (1994). Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital. A critical review of outcome studies. *Psychosomatics*, 3, 233-252.
- Saravay, S.M., Pollack, S., Steinberg, M.D., e.a. (1996). Four-year follow-up of the influence of psychological comorbidity on medical rehospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 153, 397-403.
- Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry*. New York: John Wiley & Sons.
- Slaets, J.P.J., Kauffmann, R.H., Duivenvoorden, H.J., e.a. (1997). A randomized trial of geriatric liaison intervention in elderly medical inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 59, 585-591.
- Smit, H., & Commissie ziekenhuispsychiatrie. (1995). *Ziekenhuispsychiatrie over de grenzen heen: advies aan de minister van VWS inzake de ontwikkeling van de ziekenhuispsychiatrie mede in relatie tot de vorming van multifunctionele eenheden (MFE) in de geestelijke gezondheidszorg*. Rijswijk: Ministerie vws.
- Smith, G.C. (1998). From consultation-liaison psychiatry to psychosocial advocacy: maintaining psychiatry's scope. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 753-761.
- Stiefel, F.C., de Jonge, P., Huyse, F.J., e.a. (1999). 'INTERMED': a method to assess health service needs. II. Results on its validity and clinical use. *General Hospital Psychiatry*, 21, 49-56.
- Strain, J.J. (2002). Liaison psychiatry. In M.G. Wise & J.R. Rundell (Red.), *The American Psychiatric Publishing Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry: Psychiatry in the Medically Ill* (pp. 33-48). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Strain, J.J., Lyons, J.S., & Fulop, G. (1994). APM Task Force on Psychological Interventions in the General Hospital Setting. A review of Cost-Offset Studies. *Psychosomatics*, 35, 253-262.
- Strain, J.J., Pincus, H.A., Gise, L.H., e.a. (1986). The role of psychiatry in the training of primary care physicians. *General Hospital Psychiatry*, 8, 372-385.
- Taakgroep Profielschets Psychiater (1994). *Profielchets psychiater (intern rapport)*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Verwey, B., Koopmans, G.T., Opmeer, B.C., e.a. (1997). Richtlijnen en naleving daarvan bij de psychiatrische opvang van suïcidepogers in algemene ziekenhuizen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 1338-1342.
- Waarde, J.A. van, & van der Mast, R.C. (2000). Delirium? Opname in het algemeen ziekenhuis, niet in het psychiatrische. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 144, 913-915.
- Wulsin, L.R., Vaillant, G.E., & Wells, V.E. (1999). A systematic review of the mortality of depression. *Psychosomatic Medicine*, 61, 6-17.
- Yates, W.R. (1999). An update on combined residency training programs in psychiatry. *Medical Psychiatry*, 2, 11-14.

F.J. HUYSE/R.C. VAN DER MAST/A.D. BOENINK

AUTEURS

F.J. HUYSE, psychiater, is universitair hoofddocent, werkzaam bij de afdeling Psychiatrie van het VU medisch centrum en afdeling Interne geneeskunde in het Academisch Ziekenhuis Groningen.

Mevrouw R.C. VAN DER MAST, psychiater, is academisch hoofdspecialist op de afdeling psychiatrie van het Leids Universitair Medisch Centrum.

Mevrouw A.D. BOENINK, psychiater, is academisch specia-

list op de afdeling psychiatrie van het VUmc.

Correspondentieadres: dr. F.J. Huyse, VU medisch centrum, Psychiatrische Consultatieve Dienst, De Boelelaan 1117, 1007 MB Amsterdam.

E-mail: fj.huyse@vumc.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-5-2002.

SUMMARY

The psychiatrist as medical specialist: does psychiatry care? – F.J. Huyse, R.C. van der Mast, A.D. Boenink –

In the Netherlands, in the last decennia the medical identity of the psychiatrist has been caving in. In the beginning of the eighties, consultation-liaison psychiatry and specific functions for patients with a combination of psychiatric and physical disease (co-morbidity) in general hospital psychiatric units seemed an opportunity to counteract this phenomenon. The last ten years, the government policy to integrate the field of mental health by introducing the multifunctional units resulted in a forced movement of the psychiatric units out of the general hospital. A development, which has been insufficient counteracted by a strategy of the Dutch Psychiatric Association (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie). The increase of chronic illness and of elderly results in an increase of co-morbidity. As the further development of psychiatry as a medical specialty stopped, psychiatrists working on the interface feel impeded and patients are wronged. A top priority for psychiatry should be a powerful stimulus of the field of general hospital psychiatry (including consultation-liaison psychiatry), treatment programs for co-morbid patients and psych-med units to maintain a link with the other medical specialties. The currently discussed combined year of training as a start for all medical specialists trainings might offer an additional opportunity in this respect.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002)12, 795-802]

KEYWORDS medical identity, psychiatry, residency, specialisation