Ziekenhuispsychiatrie: naar een integratie van de consultatieve psychiatrie en de afdeling psychiatrie van het algemeen ziekenhuis

door F.J. Huyse, B. Verwey, W. Op den Velde en R.C. van der Mast

Samenvatting

In het Advies Psychiatrische Hulpverlening in het Algemeen Ziekenhuis van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid wordt aan de psychiatrie in het algemeen ziekenhuis een specifieke rol in de gezondheidszorg toebedeeld: de beoordeling van en eventueel de zorg voor psychiatrische en somatische comorbiditeit. Dit advies is mede het gevolg van de ontwikkeling van de consultatieve psychiatrie. In dit artikel wordt het advies krachtig gesteund en gepleit voor integratie van de consultatieve psychiatrie met de klinische en poliklinische functie van de afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis. De psychiatrische opleiding dient hierop in te spelen. De ontwikkeling van de ziekenhuispsychiatrie zal de afstemming tussen de algemene en geestelijke gezondheidszorg doen toenemen en daardoor de zorg voor patiënten met comorbiditeit doelmatiger en efficiënter maken.

Inleiding

Sinds de jaren zestig hebben de afdelingen psychiatrie in algemene ziekenhuizen in Nederland een belangrijke kwantitatieve en kwalitatieve plaats in de geestelijke gezondheidszorg verworven (Van Alphen 1982; Stegman en Hesta 1985; Op den Velde en Van Londen 1988). In de jaren tachtig werd dank zij het Nederlands Consortium voor Consultatieve/liaison Psychiatrie (NCCP) vorm gegeven aan de consultatieve psychiatrie die zich een duidelijke plaats in het algemeen ziekenhuis verwierf (Hengeveld, Huyse en Van der Mast 1989; Huyse en Hengeveld 1989; Nationale Raad voor de Volksgezondheid 1990[1]). Er is weinig aandacht besteed aan de noodzakelijke integratie van de consultatieve psychiatrie met de werkzaamheden op de afdelingen psychiatrie van algemene ziekenhuizen. De verschuivingen in de geestelijke gezondheidszorg, zoals de extramuralisatie, en het verplaatsen van de Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ) naar de bevolkingscentra, noodzaken psychiaters werkzaam in het algemeen ziekenhuis zich te bezinnen op hun specifieke deskundigheden en taken (NRV 1990).

Het ligt voor de hand dat zij zich meer zullen richten op patiëntenpopulaties van de afdelingen en poliklinieken van algemene ziekenhuizen. Hierdoor zou er een effectiever behandelcircuit voor patiënten met gecombineerde psychiatrische en somatische klachten/ziekten, die een omvangrijk en kostbaar probleem in de gezondheidszorg vormen, kunnen ontstaan (Lipowsky 1967; Mayou en Hawton 1986; Rooijmans 1983a). Rechtstreekse consulten en consultatie in de eerste lijn, naast second opinions in geval van meer complexe gecombineerde stoornissen ten behoeve van RIAGG's en somatische specialisten en het overnemen van behandelingen van somatisch zieke, gedragsgestoorde patiënten uit APZ'en op de beddenafdeling, zouden hiervan een vanzelfsprekend onderdeel kunnen vormen.

Door de aandacht meer te concentreren op patiënten met gecombineerde somatische en psychische pathologie zou de ziekenhuispsychiatrie haar identiteit kunnen versterken.

Vanuit het hierboven geschetste perspectief zullen in dit artikel de toekomstige ontwikkelingen in de consultatieve psychiatrie en de ontwikkelingen op de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen besproken worden.

De ontwikkeling van de consultatieve psychiatrie

In 1990 is het 'Advies Psychiatrische Hulpverlening in het Algemeen Ziekenhuis' van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid verschenen (NRV 1990; Schene 1990). In het rapport worden de tot dan toe ontbrekende richtlijnen voor de consultatieve psychiatrie beschreven, te weten de randvoorwaarden voor het ontwikkelen van een psychiatrische consultatieve dienst (PCD), en een rekenmodel voor de personeelsformatie. Daarnaast wordt de richting voor toekomstige ontwikkelingen aangegeven, zoals een uitbreiding van consultatieve activiteiten op de somatische poliklinieken, de verdere ontwikkeling van activiteiten van consultatief psychiatrisch verpleegkundigen op somatische afdelingen, en activiteiten ten dienste van de eerstelijns gezondheidszorg.

De erkenning van de consultatieve psychiatrie is vooral aan de activiteiten van het NCCP te danken. Het NCCP heeft een belangrijke rol gespeeld in het versterken van de onderlinge contacten tussen consultatieve psychiaters, waardoor er ook regionale groepen ontstonden waar regelmatig patiënten, literatuur en beleid worden besproken. Het NCCP heeft inmiddels 71 leden, waaronder vertegenwoordigers van alle 8 academische ziekenhuizen, naast 38 algemene ziekenhuizen, en 2 categoriale ziekenhuizen (september 1991). Bij de leden van het NCCP is er voor de psychiatrische opleiding een toenemend aantal stagemogelijkheden beschikbaar.

De organisatie van consultatieve psychiaters was in de meeste Euro-

pese landen gebrekkig (Mayou e.a. 1991). Daarom werd in 1987 de European Consultation Liaison Workgroup for General Hospital Psychiatry and Psychosomatics (ECLW) opgericht (Huyse en de leden van de ECLW 1991; Mayou e.a. 1991). Deze werkgroep voert op dit moment een project uit dat gefinancierd wordt door de Europese Gemeenschap.[2] Het gaat om een inventariserende descriptieve studie waarbij consultactiviteiten gedocumenteerd worden (Huyse e.a. 1992; Rijssenbeek e.a. 1992).

Op grond van bovenstaande kan men zeggen dat de consultatieve psychiatrie zich gestaag ontwikkelt. De stabiliteit van deze ontwikkeling is echter mede afhankelijk van de verdere inbedding in de gezondheidszorg en dus van de afstemming op de andere activiteiten van de afdelingen psychiatrie van de algemene ziekenhuizen.

Van PAAZ naar ziekenhuispsychiatrie

Hoewel er soms sprake is van een specialisatie, waarbij één psychiater de primaire verantwoordelijkheid voor de consulten heeft, worden de consulten meestal in de marge van de klinische en poliklinische werkzaamheden op de eigen afdeling verricht (tussen 17 en 19 uur). De psychiaters in algemene ziekenhuizen met eigen beddenafdelingen hebben in het verleden hun oog vooral gericht op de ontwikkeling van hun afdeling in het veld der geestelijke gezondheidszorg: de competitie met de APZ'en en RIAGG's (Op den Velde 1981; Stegman en Hesta 1985).

De belangrijkste argumenten ten gunste van de ontwikkeling van afdelingen psychiatrie in algemene ziekenhuizen waren dat ze minder stigmatiserend zijn dan een APZ, efficiënter werken en een hogere turnover bereiken. Bovendien is er een directer persoonlijker aanbod van hulpverlening voor de eerste lijn en meer continuïteit van zorg (Van Alphen 1982; Op den Velde en Van Londen 1988). APZ'en hebben zich de bovenstaande kritiek aangetrokken en zijn door drastische reorganisaties dichter bij de maatschappij komen te staan. RIAGG's zijn na aanvankelijke startproblemen en de nodige kritiek efficiënter gaan werken. Daarmee zijn de argumenten van stigmatisatie en inefficiëntie gedeeltelijk vervallen.

De dringende vraag is dan ook of de *afdelingen psychiatrie van algemene ziekenhuizen* kunnen voldoen aan de in het NRV-advies beschreven *functies*. Deze zijn:

a. De aanwezigheid van het specialisme psychiatrie is noodzakelijk voor de *hulpverlening op andere ziekenhuisafdelingen*. Het biedt mogelijkheden voor *integrale patiëntenzorg*. Ook kan (eerste) hulp geboden worden aan patiënten met een *combinatie van ernstige lichamelijke en psychiatrische pathologie*.
b. Een voorziening voor onderzoek en behandeling van psychiatri-

sche patiënten, gesitueerd in een algemeen ziekenhuis, dient schakel te zijn van het stelsel van voorzieningen dat we aanduiden als '*de regionale ggz*'.

c. Binnen die ggz speelt de voorziening een door haar sterke en zwakke kanten *gemarkeerde rol*, die bestaat uit *medisch specialistische diagnostiek met een breed spectrum*, eerste hulp c.q. acute klinische psychiatrie, kortdurende intensieve (klinische) behandeling, waarbij bij voorbeeld de omgeving van de patiënt betrokken kan worden, en

d. Om een dergelijke voorziening goed te kunnen laten functioneren is het noodzakelijk dat intensief wordt *samengewerkt met de andere voorzieningen voor ggz* in de regio en dat afspraken worden gemaakt over indicatiegebieden en contra-indicaties en over plaatsing en overplaatsing (verwijsbeleid binnen de regio).

Volgens het Advies van de NRV zou de *beddenafdeling* zich op de volgende *doelgroepen* dienen te richten:

'Binnen het regionale verwijsproces zouden ten aanzien van de verwijzingen naar de PAAZ, als psychiatrische voorziening met klinische faciliteiten in een algemeen zorgkader, de volgende zaken kunnen worden overwogen:

a. de acute klinische psychiatrie,

b. de hulpverlening aan patiënten die *na een poging tot zelfdoding op de eerste hulp/intensive care afdeling van het ziekenhuis* terecht zijn gekomen (het gaat dan om het te zijner tijd overnemen van deze patiënten),

c. de hulpverlening aan mensen met *de combinatie van ernstige somatische en psychiatrische pathologie*,

d. de kortdurende, dus intensieve – vooral ook psychotherapeutische – klinisch-psychiatrische behandeling, als een tijdelijke onderbreking van een overigens ambulant-psychiatrisch behandelproces. Intact laten of zelfs versterken van de 'lopende' sociale verbanden staat voorop.

e. Het ten behoeve van voortgezette psychiatrische behandeling *overnemen van patiënten van de 'somatische' afdelingen* van het ziekenhuis'.

Het is duidelijk dat het Advies kiest voor een differentiatie in de hulpverlening en voor een complementaire strategie in de taakverdeling tussen de ziekenhuispsychiatrie, het APZ en de RIAGG, wat ook past in het functiegerichte denken (NRV 1989a, 1989b; Stoelinga en Van Lieshout 1991). Na jaren van succesvolle competitie met andere GGZ-instellingen wordt de ziekenhuispsychiatrie mede in verband met de unieke lokalisatie op het grensgebied van de somatiek en de geestelijke gezondheidszorg een specifieke unieke taak voorgelegd. Door het ontbreken van een directe toegang tot de somatische specialismen is het evident dat APZ'en en RIAGG's minder goed in staat zullen zijn de

patiëntengroep met somatische en psychiatrische comorbiditeit te behandelen. Deze groep bestaat uit patiënten met organische psychosyndromen of met verdenking op organiciteit, en om patiënten die een somatische ziekte hebben samen met een psychische of psychiatrische stoornis. Bij deze laatste groep kunnen de stoornissen min of meer onafhankelijk van elkaar bestaan doch het kan ook om psychische reacties op een ziekte of om non-compliance bij een behandeling gaan. Dan is er nog de groep patiënten die .meestal aangeduid worden als de 'somatiseerders', waarbij een complexe interactie tussen somatische, en psychische en sociale factoren – inclusief die van het gezondheidszorgsysteem – een rol speelt in de etiologie en bij het in stand houden van de lichamelijke klachten. Ten slotte zijn er patiënten bij wie ten gevolge van psychiatrische en gedragsstoornissen somatische complicaties ontstaan die behandeling in een algemeen ziekenhuis behoeven, zoals de suïcidepogers, patiënten die automutileren, of patiënten met eetstoornissen, verslavingsproblematiek of een nagebootste stoornis.

Voor de behandeling van deze in het NRV-rapport genoemde patiëntengroepen zijn naast consultatieve dus ook poliklinische en specifieke klinische faciliteiten nodig. In Nederland heeft een aantal afdelingen psychiatrie zich gespecialiseerd in de behandeling van gecombineerde somatische en psychische stoornissen en/of problemen (Koerselman 1981). Dit betreft onder andere de behandeling van geriatrische patiënten, van patiënten met somatoforme stoornissen (Moene 1991), anorexia nervosa en meer complexe psychische en somatische interacties. Sommige PAAZ'en hebben meer specifieke faciliteiten voor somatisch zieke patiënten, of benutten de mogelijkheden van het algemeen ziekenhuis voor het verrichten van somatisch risicodragende behandelingen, zoals elektroconvulsietherapie (Verwey 1991).

Op sommige poliklinieken werd naast de ontwikkeling van diagnostische faciliteiten voor de hierboven genoemde groep ervaring opgedaan met het ontwikkelen van gerichte behandelfaciliteiten voor specifieke patiëntengroepen. Soms leidde dit tot casemanagement, bij voorbeeld bij problemen in de organisatie van de zorg bij somatische comorbiditeit of somatisatie. Bij meer specifieke aandoeningen bij voorbeeld bij pijnpatiënten werden gerichte gedrags- en cognitief therapeutische behandelprogramma's ontwikkeld. Dergelijke programma's kunnen ook worden gebruikt als vorm van voorlichting en voorbereiding bij een somatische ziekte, bij voorbeeld bij borstamputatie en aids. Het gaat vaak om therapieën die worden uitgeoefend door psychologen (Kaptein 1986; McKegney en Schwartz 1986).

In de buitenlandse literatuur worden gespecialiseerde *psychiatrische beddenafdelingen* in algemene ziekenhuizen beschreven, die aansluiten bij het door de NRV vastgestelde profiel. Ten eerste is er het primair *medisch georiënteerde model* van de 'Psych-Med Units' in de Verenigde Staten. Daarnaast zijn er de psychosomatische afdelingen in Duitsland,

die uitgaan van een *psychotherapeutisch model* voor somatiserende patiënten. De essentie van de Psych-Med Units is het bieden van een medium of high care milieu voor patiënten met een ernstige somatische ziekte en ernstige gedragsstoornissen, waarin op methodische wijze aandacht wordt besteed aan de somatische én psychiatrische aspecten. Fogel en Stoudemire (1986) en Kathol c.a. (1989) beschrijven de noodzakelijke bouwkundige en medische voorzieningen, naast de kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling van de staf.

Het Duitse model van het Psychosomatische Unit biedt specifieke faciliteiten voor somatiseerders en voor de automutilerende patiënten. Deze afdelingen zijn voortgekomen uit de samenwerking tussen afdelingen voor inwendige geneeskunde en psychotherapeutische consulenten en door het beleid van de Duitse overheid sinds het begin van de jaren zeventig systematisch gestimuleerd (Von Rad 1987; Becker en Senf 1988; Herzog 1991; Herzog en Scheidt 1991). Von Rad (1987) geeft een overzicht van de organisatie van een dergelijke afdeling. Op de *afdeling voor psychotherapie* worden patiënten behandeld met karakterstoornissen waarbij functionele klachten bestaan, doch die vaak wel enig inzicht hebben in de noodzaak van een psychotherapeutische benadering. De opnameduur is ongeveer twee maanden. De therapie is primair een analytische groepstherapie, daarnaast is er creatieve en bewegingstherapie. Geleidelijk aan worden ook andere – niet analytische – therapeutische modaliteiten toegepast (Herzog en Scheidt 1991). Daarnaast is er de *somatopsychische afdeling* waar patiënten met primair somatische symptomatologie worden opgenomen. Het betreft patiënten bij wie de klachten ernstiger zouden zijn dan men op grond van de somatische gegevens zou mogen verwachten, zoals bij ziekten als diabetes mellitus, anorexia nervosa, colitis ulcerosa, morbus Crohn en astma. De behandeling geschiedt vaak door een internist met een primair psychodynamische psychotherapieopleiding. Er heerst een psychotherapeutisch afdelingsmilieu met onder andere een patiënt-stafbespreking. Veertig procent van de patiënten komt van eerstelijns verwijzingen, de rest komt van de eigen polikliniek of uit de consultatief psychiatrische dienst.

Wat vooral van belang is voor de Nederlandse situatie is de aandacht die Von Rad (1987) besteedt aan de noodzaak tot integratie van een dergelijke unit in de rest van de gezondheidszorgvoorzieningen. Zo dient er een juiste afstemming te zijn op bestaande geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen, die een goede verwijzing mogelijk maken. Daarnaast moet de 24-uurs somatische zorg gegarandeerd zijn. Ten slotte zal er een juiste balans tussen en de integratie van somatische en psychotherapeutische zorg door de afdelingsmedewerkers gevonden moeten worden. Deze randvoorwaarden hebben als doel langduriger ambulante geïntegreerde therapie of begeleiding mogelijk te maken.

Het is duidelijk dat het Duitse klinische model goed aansluit op de

poliklinische behandelfaciliteiten voor 'somatiseerders'. Er is langzamerhand ook enige ervaring opgedaan met poliklinische consultatieve diensten in deze patiëntengroep. In de Verenigde Staten toetste Smith (1986) de effectiviteit van een casemanagement-model voor patiënten met een somatisatiestoornis. Katon (1991, 1992) onderzocht de effectiviteit van vaste consulten bij gespannen patiënten in de 'primary care practice' (eerstelijns gezondheidszorg) met hoge medische consumptie. In Engeland werd door psychiaters onderzoek gedaan naar de effectiviteit van psychiatrische behandelingen voor diverse lichamelijke klachten. Veel van dit onderzoek staat samengevat in het boek 'Somatization: Physical symptoms and Psychological Illness' van Bass (1990). Tevens werden consultatieve modellen voor de samenwerking met huisartsen ontwikkeld en geëvalueerd (Creed en Marks 1989; Strathdee 1987).

Er mag geconcludeerd worden dat er zowel in Nederland als in het buitenland ervaring is opgedaan met het methodisch integreren van somatische problematiek in psychiatrische beddenafdelingen van algemene ziekenhuizen en op de poliklinieken. De vraag is nu hoe de hierboven beschreven ontwikkelingen systematisch in de klinische praktijk kunnen worden ingebouwd.

Consequenties voor de toekomst

Naast het ontwikkelen van een specifieke functie speelt de afstemming op andere gezondheidszorgvoorzieningen een centrale rol (Von Rad 1987). In dit artikel is de nadruk gelegd op een integratie van consultatieve psychiatrie met andere functies van de afdeling psychiatrie van een algemeen ziekenhuis en het afstemmen op de psychosociale hulpverleners in het algemeen ziekenhuis. Deze unieke positie op het grensgebied van twee gezondheidszorgsystemen dient door de afdelingen psychiatrie uitgebuit te worden ten behoeve van de ontwikkeling van zorg voor díe patiënten, welke zorg op dit moment in het huidige dualistische gezondheidszorgsysteem onvoldoende aan bod komt.

Gezien de problemen met de hier beschreven patiëntengroep in de eerste lijn en de algemene gezondheidszorg is het vanzelfsprekend dat de ziekenhuispsychiatrie hiervoor faciliteiten biedt. In feite betekent dit dat de ingeslagen richting wordt voortgezet. Andere activiteiten dienen echter nog ontwikkeld te worden. Consulten in de huisartsen- en poliklinische somatisch specialistische praktijk zouden kunnen leiden tot modellen voor een systematische screening en een protocollaire aanpak voor patiënten met een gecombineerde psychiatrische en somatische morbiditeit (Buis 1990; Strathdee 1987; Creed en Marks 1989; Meeuwessen e.a. 1991).

Het is vanzelfsprekend dat in de psychiatrische opleiding meer aandacht aan deze aspecten dient te worden besteed. Het hiaat, dat in de psychiatrische opleiding is ontstaan door het afschaffen van de ver-

plichte somatische/neurologische stage, wordt door gericht onderwijs en onder andere consultatief psychiatrische stages ondervangen. De psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen met consultatieve diensten, bedden- en poliklinische faciliteiten zoals boven beschreven zal door deze specifieke inbreng geleidelijk aan een vast onderdeel van de basistraining in de psychiatrische opleiding kunnen vormen of als een plaats voor een verplichte stage functioneren. De verbinding van afdelingen met de A-opleidingen kan tevens leiden tot een nauwere samenwerking op het gebied van nascholing en research. Momenteel zijn de Consultatief Psychiatrische Diensten van de Academische Ziekenhuizen ook actief betrokken bij het studentenonderwijs, waardoor net opgeleide artsen op de hoogte zijn van de mogelijkheden tot samenwerking met (consultatieve) psychiaters.

Naast de vaardigheden in het omgaan met gedragsstoornissen op de somatische afdelingen kunnen consultatief psychiatrisch verpleegkundigen meer specifieke faciliteiten bieden voor de opvang van suïcidepogers (Catalan e.a. 1980a en b), en alcohol counselling en verwijzing (Chick e.a. 1985).

De integratie van de consultatieve en de bedden/poliklinische werkzaamheden van psychiaters werkzaam in het algemeen ziekenhuis is essentieel in de ontwikkeling van een 'bloeiende ziekenhuispsychiatrie'. Als die stap genomen wordt, is het tijd om termen als liaison, psychosomatiek en PAAZ definitief naar het geschiedenisboek te verwijzen.

Noten

1. Het advies is telefonisch te bestellen bij de afdeling externe betrekkingen van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid onder publikatienummer 4142-110. Telefoon: 079-710300.

2. The Effectiveness of Mental Health Service Delivery in the General Hospital; deze studie wordt gefinancierd in het kader van het 4th Medical and Health Research Program van de Europese Gemeenschap (Concerted Action – Health Service Research).

Literatuur

Alphen, P.J.M. van (1982), *Functies en functioneren van een PAAZ*. Proefschrift, Nijmegen.

Bass, Chr. (1990), *Somatization: Physical Symptoms and Psychological Illness*. Blackwell, Oxford.

Becker, H., en W. Senf (1988), *Praxis der stationären Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart.

Buis, W.M.N.J. (1990), *Psychiatrisch Diagnostiek en Advies ten dienste van de Huisarts*. Academisch proefschrift, Uitgeverij Thesis, Amsterdam.

Catalan, J., J. Hewett, C. Kennard en J.McPherson (1980a), The role of the nurse in the management of deliberate self-poisoning in the general hospital. *Interna-*

tional Journal of Nursing Studies 17, 275-282.

Catalan, J., P. Marsack, K. Hawton, D. Whitwell, J. Fagg en J.H.J. Bancroft (1980b), Comparison of doctors and nurses in the assessment of deliberate self-poisoning patients. *Psychological Medicine 10*, 483-491.

Chick, J., G. Lloyd en E. Crombie (1985), Counselling problem drinkers on medical wards: a controlled study. *British Medical Journal 290*, 965-967.

Creed, F., en B. Marks (1989), Liaison psychiatry in general practice: a comparison of the liaison-attachment scheme and shifted outpatient clinic models. *Journal of the Royal College for General Practitioners 39*, 514-517.

Fogel, B.S., en A. Stoudemire (1986), Organization and development of combined medical-psychiatric units: Part 2. *Psychosomatics 27*, 417-418.

Hengeveld, M.W., F.J. Huyse en R.C. van der Mast (1989), Consultatieve Psychiatrie in Nederland: de stand van zaken. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 1*, 31-47.

Herzog, Th. (1991), The psychosomatic in-patient unit in West-Germany. *British Journal for Psychotherapy*. Accepted for publication 1992.

Herzog, Th., en C. Scheidt (1991), Consultation/liaison psychiatry and psychosomatics in Germany: separate or united? *Nordic Journal of Psychiatry 5*, 423-431.

Huyse, F.J., en M.W. Hengeveld (1989), The Development of C-L Psychiatry in the Netherlands: Its social psychiatric heritage. *General Hospital Psychiatry 11*, 9-15.

Huyse, F.J., en leden van de ECLW (1991), Consultation-Liaison Psychiatry: Does it help to get organized? *General Hospital Psychiatry 13*, 183-187.

Huyse, F.J., J. van Laarhoven, W. Op den Velde, J. Pronk, J.N. Schoenmacker, H. Snoey, B. Verwey, J. van Zaane, A.P.M.M. Rijssenbeek en de leden van de European Consultation/Liaison Workgroup for General Hospital Psychiatry and Psychosomatics (ECLW) (1992), Consultatieve psychiatrie in Nederland: eerste resultaten van een multi-centered internationale studie. *Tijdschrift voor Psychiatrie 34*, 216.

Kaptein, A.A., H.M. van der Ploeg, B. Garssen, P.J.G. Schreurs en R. Beunderman (1986), *Behavioral Medicine: Psychologische behandeling van lichamelijke aandoeningen*. Samsom Stafleu, Alphen aan den Rijn.

Kathol, R.G., S. Krummel en A. Shakespeare (1989), Psychiatry and Internal Medicine Resident Education in an Acute Care Medical-Psychiatry Unit. *General Hospital Psychiatry 11*, 23-30.

Katon, W., en M. Sullivan (1990), Depression and Chronic Medical Illness. *Journal Clinical Psychiatry 51*, 6 (suppl.).

Katon, W., M. von Korff, E. Lin, P. Lipscomb, J. Russo, E. Wagner en E. Polk (1990b), Distressed High Utilizers of Medical Care, DSM-III-R Diagnoses and Treatment Needs. *General Hospital Psychiatry 12*, 355-362.

Katon, W., M. von Korff, E. Lin, T. Bush, J. Russo, P. Lipscomb en E. Wagner (1992), A Randomized Trial of Psychiatric Consultation with Distressed High Utilizers. *General Hospital Psychiatry 14*, 2, 86-99.

Koerselman, G.F. (1981), Psychiatrie in een algemeen ziekenhuis. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 125*, 1481-1484.

Lipowski, Z.J. (1967), Review of consultation psychiatry and psychosomatic medicine I and II. *Psychosomatic Medicine 29*, 153-171.

Mayou, R., en K. Hawton (1986), Psychiatric Disorder in the General Hospital. *British Journal of Psychiatry 149*, 172-190.

Mayou, R., F.J. Huyse en de ECLW (1991), Consultation-Liaison Psychiatry in

Western Europe. *General Hospital Psychiatry 13*, 188-208.
McKegney, F.P., en C.E. Schwartz (1986), Behavioral Medicine: Treatment and Organizational Issues. *General Hospital Psychiatry 8*, 330-339.
Meeuwessen, L., F.J. Huyse, F. Meiland en J.M. Bensink (1990), Integrale behandeling en samenwerking bij somatisatie, in: Th. Dukkers van Emden, M. Fleuren en D. Wijkel, *Vijf jaar Zorgvernieuwing door Samenwerking*. VU Uitgeverij Amsterdam.
Moene, F.C. (1991), Strategieën en knelpunten bij de behandeling van de conversie. *Tijdschrift voor Psychiatrie 33*, 208.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1989a), *Adviesfuncties van de GGZ*. NRV, Zoetermeer.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1989b), *Adviesfuncties van de GGZ*, deel 2: de organisatie. NRV, Zoetermeer.
Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1990), *Advies Psychiatrische Hulpverlening in het Algemeen Ziekenhuis*. Publikatie 3/90, 4142-110.
Rooijmans, H.G.M. (1983a), De verwevenheid van somatische en psychische ziekten. II. Psychiatrische stoornissen bij lichamelijk zieke patiënten. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 127*, 2327-2331.
Rijssenbeek, A.P.M.M., F.J. Huyse, U.F. Malt, Th. Herzog en de leden van de European Consultation/Liaison Workgroup for General Hospital Psychiatry and Psychosomatics (ECLW) (1992), Een multi-centered internationale studie: organisatie, data-management en kwaliteitscontrole voor relatief lage kosten. *Tijdschrift voor Psychiatrie 34*, 216-217.
Schene, A.H. (1990), Het 'Advies Psychiatrische Hulpverlening in het Algemeen Ziekenhuis', van de Nationale Raad voor Volksgezondheid. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 134*, 1246-1247.
Smith, G.R., R.A. Monson en D.C. Ray (1986), Psychiatric consultation in somatisation disorder: A randomized controlled study. *New England Journal of Medicine 314*, 1407-1413.
Stegman, L., en H. Hesta (1985), Zijn de PAAZ'en te effectief om zich te handhaven? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 40*, 387-401.
Stoelinga, B., en P.A.H. van Lieshout (1991), Functies en programma's in de GGZ: een perspectief. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 9*, 907-923.
Strain, J.J., J.S. Hammer, C. Lewin, R. Mayou, F.J. Huyse, J.S. Lyons en M. Easton (1990), The Evolution of a Literature Search Schema for Consultation/Liaison Psychiatry: The Data Base and Its Computerization. *General Hospital Psychiatry 12* (suppl.).
Strain, J.J., J.S. Hammer, C. Lewin, R. Mayou, F.J. Huyse, J.S. Lyons, G.C. Smith en M. Easton (1991), The Evolution of a Literature Search Schema for Consultation/Liaison Psychiatry: The Data Base and Its Computerization. *General Hospital Psychiatry 13* (suppl.).
Strathdee, G. (1987), Primary Care-Psychiatry interaction: A British perspective. *General Hospital Psychiatry 9*, 102-110.
Stoudemire, A., en B.S. Fogel (1986), Organization and development of combined medical-psychiatric units: Part I. *Psychosomatics 27*, 341-345.
Velde, W. Op den (1981), De PAAZ in de maalstroom van het overheidsbeleid. *Tijdschrift voor Psychiatrie 23*, 411-414.
Velde, W. Op den, en L. van Londen (1988), De PAAZ en de continuïteit van zorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 43*, 992-994.
Verwey, B. (1991), Elektroconvulsietherapie in een perifeer ziekenhuis. *Nederlands*

Tijdschrift Geneeskunde 37, 1694-1697.
Von Rad, M., en A. Sellschopp (1987), The Integrated Psychosomatic Inpatient unit: A New Approach to Hospital Medical Care, *Psychotherapy and Psychosomatics 48*, 101-109.

Summary: General Hospital Psychiatry: an argument for a further integration of Consultation-Liaison psychiatric services and general hospital psychiatric wards

Recently a government advising committee endowed general hospital psychiatry a specific function. In addition to the general psychiatric care provided, specific models for the assessment and treatment of patients with psychiatric and physical co-morbidity should be developed. The authors stress the opportunities offered, and underscore the need to integrate the consultation services and make them an organic part of the whole general hospital psychiatric department. These departments should develop facilities for the treatment of patients with physical symptoms (somatizers) or co-morbidity. This aspect should be integrated in the training of psychiatrists. The proposed development of general hospital psychiatry will facilitate the mutal adjustment of general and mental health care resulting in a more appropriate and efficient care for patients with combined physical and mental morbidity.

De auteurs (allen psychiater) zijn respectievelijk verbonden aan het Academisch Ziekenhuis van de VU (Amsterdam), het Rijnstate Ziekenhuis (Arnhem), het St. Lucas Ziekenhuis (Amsterdam) en het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt (Rotterdam).