

## Sección Internacional

**Prof. Antonio Lobo**

*En este número se presenta un nuevo trabajo del Prof. Frits Huyse, de la Free University de Amsterdam, Holanda. Se trata del Jefe del Servicio de Psiquiatría de Enlace en el mencionado hospital académico, pero también de quien ha sido auténtico alma e impulsor del European Consultation-Liaison Workgroup for General Hospital Psychiatry and Psychosomatics. (E.C.L.W.) El estudio del ECLW, fue pionero en Europa para descubrir el “estado de la cuestión” en psiquiatría de enlace, pero también para someter a verificación hipótesis empíricamente derivadas que proponían que el rendimiento en estas Unidades, estaría en función de su dotación y filosofía de principios.*

*Ese estudio fue fundamental, pero a continuación se organizaron otros Proyectos como el anterior, financiados por los programas investigadores en Biomedicina (BIOMED), para avanzar en los conocimientos en este campo. El trabajo que ahora presenta describe el estado de la investigación en el sistema COMPRI-INTERMED, un sistema de cribado original para detectar pacientes “complejos” en cuanto ingresan en un hospital general. Se trata también de un proyecto innovador, que si tiene éxito servirá para que enfermeras generales tomen una parte activa en este “screening” que, por lo que respecta a la psiquiatría de enlace, puede proporcionar una sistemática y temprana remisión de los pacientes más complicados, para una mejor organización de la asistencia psico-social hospitalaria. La primera validación del sistema en lengua española, que seguirá a ese artículo, supone el reconocimiento internacional del método, pero también la oportunidad de su utilización en nuestro medio.*

# Un nuevo “rol” para la Psiquiatría de Enlace: desde los Servicios ad-hoc a una asistencia integrada

F.J. Huyse M.D. Ph. D.<sup>1,2</sup>, P. de Jonge Ph.D.<sup>3</sup>, J.P.J. Slaets M.D. Ph. D.<sup>2</sup>, F. Stiefel M.D.<sup>4</sup>, W. Söllner M.D.<sup>5</sup>, C.H.M. Latour R.N. C.N.S.<sup>1</sup>

## Resumen

*El artículo hace referencia al método INTERMED, para clasificar integralmente los problemas de salud y las necesidades de cuidados médicos. Se describe el contexto en que nace el método; los indicadores para la asistencia multidisciplinar, el método COMPRI para un sencillo cribado de los pacientes “complejos”, y la valoración de los riesgos y necesidades globales de asistencia sanitaria por medio de la nueva entrevista INTERMED. Intenta ser un modelo para temprana detección de pacientes con riesgo de necesitar cuidados “complejos” y para facilitar la formulación de planes de tratamiento multidisciplinar.*

**Palabras clave:** Psiquiatría de enlace. “Gestión de casos”. Biopsicosocial. INTERMED. COMPRI.

## Summary

*The paper describes the INTERMED method, to classify integrated health risks and care needs and direct inter-disciplinary care. The context is described, as well as the indicators for multidisciplinary care, the assessment of integrated health risks and health needs, the COMPRI method for simple screening of “complex” patients, and the assessment of risks and global needs of care with the new interview, INTERMED. It intends to be a method for detecting patients at risk of developing complex care needs and formulating multi-disciplinary treatment plans.*

**Key words:** C-L psychiatry. Case management. Biopsychosocial. INTERMED. COMPRI.

<sup>1</sup>Department of Psychiatry, Vrije Universiteit medisch centrum, Amsterdam, The Netherlands.

<sup>2</sup>Department of Internal Medicine, Academisch Ziekenhuis Groningen, Groningen, The Netherlands.

<sup>3</sup>Department of Social Psychiatry, Rijks Universiteit Groningen, Groningen, The Netherlands.

<sup>4</sup>Division Autonome de Medicine Psicho-sociale, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, Lausanne, Switzerland.

<sup>5</sup>Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin. Klinikum Nürnberg Nord, Nürnberg, Deutschland.

**Correspondencia:** Dr. D. Antonio Lobo  
Hospital Clínico Universitario Lozano Bleza  
Avda. San Juan Bosco, 15  
50009 Zaragoza

## INTRODUCCIÓN

La investigación sugiere que un número considerable de pacientes ingresados en el hospital general sufre comorbilidad psiquiátrica (1). Esta relación entre enfermedad somática y psiquiátrica se observa más frecuentemente en pacientes de edad avanzada, lo cual refleja una fragilidad en pacientes con una vulnerabilidad bio-psico-social que excede la causa por la cual ingresan. Muchos de estos pacientes frágiles con alta complejidad bio-psico-social son enviados por médicos especialistas a los Servicios de Psiquiatría de Enlace, así como aquellos pacientes cuyo tratamiento somático se ve entorpecido por su funcionamiento psicológico, poca adherencia al tratamiento y/o abuso de sustancias, o como pacientes con quejas físicas sin causa aparente (2, 3). A estos pacientes se les considera “complejos” según la descripción de la solicitud a la Academia de Medicina Psicosomática americana para la sub-especialidad de Psiquiatría de Enlace (4). Así pues, los pacientes atendidos por los Servicios de Psiquiatría de Enlace son muy diferentes a los atendidos en psiquiatría en general, ya que el objetivo de la primera está más centrado en la interacción entre las distintas vulnerabilidades, y consecuentemente entre los distintos proveedores y recursos de salud. Los Servicios de Psiquiatría de Enlace tienen una función restringida en estos pacientes, ya que son reactivos y a menudo se hacen cargo de problemas predecibles desarrollados durante los ingresos en los hospitales generales. El objetivo de estos Servicios no es preventivo. No ofrecen programas de detección con indicadores para la identificación, evaluación y tratamiento de dichos pacientes complejos.

En los últimos años, el “manejo de casos” (“case management”) se ha presentado como un avance contra la fragmentación de la atención médica, que se ha producido como consecuencia de la súper especialización dentro de la medicina (5-7). El “manejo de casos”, desarrollado originalmente en psiquiatría, ha sido utilizado cada vez con más frecuencia en pacientes con enfermedades somáticas. Sus componentes principales son una evaluación de los cuidados necesitados, el desarrollo de planes de tratamientos integrales, mejorar el acceso a la atención psico-social y

registrar la calidad de los servicios de salud recibidos(8). Ha demostrado ser efectivo en reducir los costes de salud y en mejorar los resultados médicos y la calidad de vida en varias poblaciones específicas (9-11).

En psiquiatría de enlace, muchas de las intervenciones pueden ser consideradas como intervenciones “de manejo de casos”, dependiendo de la organización del servicio, en las cuales una enfermera de psiquiatría –supervisada por un psiquiatra– dirige la atención interdisciplinar en el hospital. Hay, sin embargo, dos obstáculos que disminuyen la eficacia del “manejo de casos” en los hospitales. Primero, la observación mencionada anteriormente de que sólo una minoría de pacientes son remitidos a estos Servicios, un proceso que depende del médico especialista como filtro subjetivo de referencia (12). Segundo, la falta de instrumentos para detectar a los pacientes en el ingreso, así como de instrumentos que guíen a los clínicos a iniciar cuidados interdisciplinares. Estos obstáculos han propiciado una iniciativa europea basada en el desarrollo de un detector de pacientes con riesgo de necesitar cuidados complejos durante su ingreso (COMPRI) (13-15) y un instrumento para clasificar integralmente los problemas de salud y las necesidades de cuidados, así como cuidados interdisciplinares directos, INTERMED (16-19). Para ambos instrumentos, el objetivo en sí no era el detectar y tratar a pacientes con comorbilidad psiquiátrica, sino documentar cómo la interrelación entre las necesidades bio-psico-sociales y la complejidad del caso pueden llegar a complicar la asistencia sanitaria.

## INDICADORES PARA LA ASISTENCIA MULTIDISCIPLINAR

Los indicadores para pacientes complejos, que debido a su pluripatología necesitan de cuidados integrales, deberían ser eficientes. Deberían –en comparación con la investigación psiquiátrica epidemiológica– hacer una preselección de los enfermos con más probabilidad de ser complejos. Estos indicadores son arbitrarios, ya que la complejidad es un concepto dimensional. Sugerimos que los pacientes que tienen una enfermedad crónica acompañada de múltiples tratamientos, y que a su vez está relacionada con

una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos, deberían ser sometidos a una evaluación global. De hecho, estos pacientes tienen enfermedades y tratamientos tan complejos, que son de por sí un indicador para una evaluación global de riesgos de salud y necesidades relacionadas. Sobre todo si estas enfermedades crónicas requieren un grado alto de cumplimiento, tales como: VIH, diálisis y trasplantes. Otros indicadores en poblaciones con enfermedades menos complejas podrían ser el uso de los servicios de salud, ya que a un uso excesivo se le asocia comorbilidad psiquiátrica en enfermos médico-quirúrgicos, así como el no cumplimiento con el tratamiento médico. El COMPRI se desarrolló como indicador para detectar el riesgo del uso excesivo de recursos sanitarios en pacientes ingresados en Medicina Interna.

### COMPRI

Los servicios de salud tienen interés en identificar a pacientes que van a consumir una cantidad desproporcionada de recursos. Entre las características más frecuentemente destacadas de esta población están los enfermos crónicos (20), aque-

llos con comorbilidad psiquiátrica (21-24) y los ancianos (25, 26). El COMPRI ha sido creado como un instrumento de fácil uso, con el fin de predecir en el ingreso la complejidad de los cuidados que se van a necesitar y el tiempo de estancia en el hospital. Hemos creado un modelo para evaluar la complejidad de los cuidados (13) con la ayuda de 10 indicadores de complejidad valorados al finalizar el ingreso, basados en datos tanto objetivos como subjetivos, como por ejemplo: duración de la hospitalización y valoraciones al alta de médicos y enfermeras. A continuación, identificamos 13 factores de riesgo –valorados cuando el enfermo ingresa– asociados con un aumento de recursos sanitarios necesarios durante la hospitalización (14). Estos factores incluyen valoraciones de los médicos y enfermeras, datos del ingreso e información recogida en la entrevista con el paciente. La puntuación del COMPRI se calcula sumando toda las respuestas positivas de los ítems individuales. Las opiniones de médicos y enfermeras se valoran con dos puntos si la respuesta es positiva (15). La puntuación de riesgo oscila entre 0 y 19 puntos (Figura 1).

El COMPRI ha sido utilizado en pacientes ingresados en Medicina Interna: una puntuación

<b>Opiniones del médico</b>		
1. ¿Espera que este paciente tenga un ingreso hospitalario de dos semanas o más?	Sí	No
2. ¿Cree que la coordinación de los cuidados durante su estancia serán complejos?	Sí	No
3. ¿Cree que la salud mental de este paciente se verá alterada durante su ingreso?	Sí	No
4. ¿Se sabe si el paciente tiene algún proceso maligno activo?	Sí	No
<b>Opiniones de la enfermera</b>		
5. ¿Espera que este paciente tenga un ingreso hospitalario de dos semanas o más?	Sí	No
6. ¿Cree que la coordinación de los cuidados durante su estancia serán complejos?	Sí	No
7. ¿Cree que este paciente se verá limitado en sus actividades diarias cuando se le de el alta?	Sí	No
<b>Preguntas adicionales:</b>		
8. ¿Tuvo el paciente una percepción negativa de su salud durante la última semana?	No	Si
9. ¿Tuvo el paciente problemas para caminar durante los últimos tres meses?	No	Si
10. ¿Tuvo el paciente más de seis consultas médicas durante los últimos tres meses?	No	Si
11. ¿Tomaba el paciente más de tres medicamentos antes de ser ingresado?	No	Si
12. ¿Se trata de un ingreso no programado?	No	Si
13. ¿Está jubilado el paciente?	No	Si

**Figura 1**  
El COMPRI

alta estaba relacionada con un ingreso largo y también con la necesidad de mayores recursos sanitarios, computados por el número de análisis, medicamentos, consultas de especialistas, y cuidados de enfermería.

Consecuentemente, el COMPRI puede ser utilizado como una herramienta para detectar a pacientes complejos en el ingreso, para los cuales se debería hacer un análisis más elaborado de los cuidados necesarios y los posibles riesgos a la hora de planificar el tratamiento. Actualmente, en Holanda, se ha creado un indicador parecido para medir el riesgo de fragilidad en ancianos, es el "Indicador Groningen de Fragilidad".

### VALORACIÓN DE LOS RIESGOS Y NECESIDADES GLOBALES DE ASISTENCIA SANITARIA

#### INTERMED

El INTERMED se basa en el modelo bio-psico-

social introducido por Engel (28), y está compuesto por una matriz que describe las características biológicas, psicológicas y sociales del paciente, así como su relación con el personal sanitario, en un contexto temporal: historia, estado actual y pronóstico. Las características del paciente son valoradas (0-1-2-3) de acuerdo con un manual con puntos clínicos de anclaje basados en información procedente de los datos médicos y de enfermería, y los que se obtienen con una entrevista estructurada al paciente de unos 15-20 minutos de duración (figura 2).

Se puede observar un ejemplo de la puntuación de la primera variable, cronicidad, en la Figura 3.

Las puntuaciones de las variables individuales se suman, obteniéndose una puntuación total con un rango potencial de 0 a 60. En estudios previos conseguimos una fiabilidad alta intergrupos (16, 29), una alta correlación con indicadores para predecir la complejidad del caso en

	Historia	Estado actual	Pronóstico
Biológico	-Cronicidad -Incertidumbre diagnóstica	-Severidad de la enfermedad -Incertidumbre diagnóstica	-Complicaciones y riesgo de muerte
Psicológico	-Capacidades de afrontamiento deterioradas -Disfunción psiquiátrica pre-mórbida	-Resistencias al tratamiento -Severidad de los síntomas psiquiátricos	-Riesgo de enfermedad mental
Social	-Limitación en la integración social -Disfunción social	-Ausencia de domicilio estable -Red social limitada	-Vulnerabilidad social
Atención Sanitaria	-Intensidad del tratamiento anterior -Experiencia con el tratamiento anterior	-Complejidad de la organización -Adecuación	-Cuidados sanitarios

Copyright Huyse Lyons Stiefel Slaets de Jonge 1997

**Figura 2**  
INTERMED

Área/Historia biológica: Cronicidad

- 0 Persona sin enfermedad física previa que ha tenido un periodo de más de 3 meses de enfermedad física
- 1 Persona que tuvo enfermedad o accidente previo que ha tenido un periodo de más de 3 meses de enfermedad física o más de un periodo, o un episodio que ha resultado en incapacidad permanente
- 2 Persona con enfermedad crónica
- 3 Persona con dos o más enfermedades crónicas

**Figura 3**

Ejemplo del sistema de puntuación del INTERMED

varias poblaciones de pacientes somáticos (30-35), y determinamos un punto de corte de 20/21 como criterio para necesitar intervención (35). Es importante resaltar que el INTERMED no es un instrumento psiquiátrico para valorar exclusivamente la necesidad de tratamiento psiquiátrico; el INTERMED también valora la necesidad de intervención psicológica, social y geriátrica, además de los cuidados estándar. Esto también se refleja en el resultado del análisis factorial confirmativo. En tales análisis, los primeros hallazgos estadísticos exploratorios son asignados a un modelo clínico comprensivo. Este análisis se ha realizado en una base de datos con 1.100 casos de distintas poblaciones de pacientes ingresados y ambulatorios, de Holanda y Suiza (36). Esto dio como resultado un modelo estadísticamente satisfactorio con seis factores, los cuales están relacionados principalmente con la complejidad del paciente y con los servicios recibidos. Son los siguientes: a. cronicidad, b. dependencia física, c. vulnerabilidad psicológica, d. disfunción social, e. complejidad diagnóstica, y f. cumplimiento terapéutico. Recientemente, la atención se ha centrado en evaluar la efectividad del método COMPRI-INTERMED en la práctica clínica, comparándolo con los cuidados habituales (35, 37). En una planta de Medicina Interna se observó un punto de corte óptimo de 6 y superior en el COMPRI, y 21 y superior en el INTERMED en un estudio de intervención, donde el objetivo principal era la reducción de la estancia y el objetivo secundario, la mejora en la calidad de vida. En un diseño de “antes y después” (“pre-post design”) –ya que la aleatorización no fue posible debido al número limitado de plantas disponibles para el estudio– encontramos una mejora en la puntuación de la escala de salud mental

SF-36 en la totalidad de la población ( $p < 0.03$ ) y una reducción de entre 16 a 11,5 días en pacientes de 65 años y mayores ( $p < 0.05$ ). Actualmente, se está llevando a cabo un estudio clínico aleatorizado para prevenir el reingreso en Medicina Interna y una RCT para mejorar el cumplimiento del régimen diabético. Estudios para predecir la falta de cumplimiento en pacientes VIH y pacientes transplantados, están siendo elaborados. Estos estudios son un primer paso para los estudios de intervención, en aquellos pacientes que corren el riesgo de incumplimiento.

## DISCUSIÓN

La Psiquiatría de Enlace ha sufrido una falta de reconocimiento, a pesar de una alta prevalencia de comorbilidad psiquiátrica en los hospitales generales. Su modelo principal, hasta este momento, ha sido la “atención reactiva a urgencias”, que ha sido el modelo de Inter.-consulta. En Europa, el modelo “de enlace” es prácticamente inexistente, a excepción de los servicios de Psicosomática en los países de habla germánica (2). El centrarnos exclusivamente en los aspectos psiquiátricos involucrados en el tratamiento del paciente, no realza la integración de la psiquiatría en el campo médico, y tampoco contribuye a un tratamiento efectivo en el hospital general. La detección de pacientes con riesgo de llegar a necesitar cuidados complejos, y la formulación de planes de tratamiento multidisciplinarios, nos permitirá cubrir mejor las necesidades, así como integrar la psiquiatría, la geriatría, la psicología y el trabajo social en la medicina somática. Es un modelo de este tipo el que ha sido presentado. Es preciso implementar los cambios en el modelo actual de la organización de la asistencia sanitaria.

ria. Primero hacen falta equipos multidisciplinarios. Algunos de los Servicios de Psiquiatría de Enlace cuentan con esta organización, así como con personal de enfermería de enlace, y podrían ayudar al personal médico a implementar estos tipos de métodos de detección y así extender esta clase de Servicios (38). Los conocimientos de una enfermera de psiquiatría de enlace, junto con un psiquiatra, deberían ser transmitidos a equipos que tratan pacientes con cierta complejidad. Además, este tipo de asistencia debería ser proporcionada cuando esté indicada durante períodos largos, tales como en consultas ambulatorias, y de modo similar a los modelos de “manejo de casos” en pacientes esquizofrénicos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Silverstone PH.:** Prevalence of psychiatric disorders in medical patients. *J Nerv Ment Dis* 1996; 184: 43-51.
2. **Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, de Jonge P, et al.:** Consultation-liaison psychiatric service delivery: results from a European study. *General Hospital Psychiatry* 2001; 23(3): 124-132.
3. **Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, et al.:** European Consultation-Liaison Services and their User Populations: The European Consultation-Liaison Workgroup Collaborative Study. *Psychosomatics* 2000; 41(4): 330-338.
4. **Academy of Psychosomatic Medicine (APM):** Proposal for Recognition of “Psychiatry in the Medically Ill” as a psychiatric subspecialty. The Academy of Psychosomatic Medicine and the Association for Medicine and Psychiatry 2001.
5. **Gibbs B, Lonowski L, Meyer PJ, Newlin PJ.:** The Role of the Clinical Nurse Specialist and the Nurse Manager in Case Management. *JONA*, 1995; Vol. 25(5): 28-34.
6. **Schillinger D, Bibbins-Domingo K, Vranizan K, Bacchetti P, Luce JM, Bindman AB.:** Effects of Primary Care Co-ordination on Public Hospital Patients. *Journal General Internal Medicine*, 2000; Vol. 15: 329-336.
7. **Belcher JV, Alexy B.:** High-Resource Hospital Users in an Integrated Delivery system. *JONA*, 1999; vol. 29 (10).
8. **Holloway F, Oliver N, Collins E, Carson J.:** Case management: a critical review of the outcome literature. *European Psychiatry*, 1995; Vol. 10: 113-128.
9. **Curley C, McEachern JE, Speroff T.:** A Firm Trial of Interdisciplinary Rounds on the Inpatient Medical Wards; An Intervention Designed Using Continuous Quality Improvement. *Medical Care*, 1998; Vol. 36(8): AS4-AS12.
10. **Aubert RE, Herman WH, Waters J, et al.:** Nurse Case Management to improve Glycemic Control in Diabetic Patients in a health Maintenance Organization. *Ann Intern Med* 1998; 129: 605-612.
11. **Stewart S, Marley JE, Horowitz JD.:** Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmission's and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. *The Lancet*, 1999; Vol. 354 (25), 1077-1083.
12. **Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Lyons JS, Slaets JPJ, Fink F, Stiefel F.:** en de Jonge P. Detection and treatment of mental disorders in general health care. *European Psychiatry* 1997; 12: 70-78.
13. **de Jonge P, Huyse FJ, Slaets JPJ, et al.:** Care complexity in the general hospital: Results from a European study. *Psychosomatics* 2001; 42(3):204-212.
14. **de Jonge P, Huyse FJ, Herzog T et al.:** Risk factors for complex care needs in general medical inpatients: Results from a European study. *Psychosomatics* 2001; 42(3): 213-221.
15. **Huyse FJ, de Jonge P, Slaets JPJ et al.:** COMPRI - an instrument to detect patients with complex care needs: results from a European study. *Psychosomatics* 2001; 42(3): 222-228.
16. **Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JPJ, Lobo A, Guex P, de Jonge P.:** Intermed: A Method To Assess Health Service Needs: I. Development And First Results On Its Reliability. *General Hospital Psychiatry* 1999; 21: 39-48.
17. **Stiefel FC, de Jonge P, Huyse FJ, Guex P, Slaets JPJ, Lyons JS, Vannotti M, Spagnoli J.:** Intermed: A Method To Assess Health Service Needs: II. Results on its Validity and Clinical Use. *General Hospital Psychiatry* 1999; 21: 49-56.
18. **Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel FC, Slaets JPJ, de Jonge P, Latour C.:** Operationalizing the Biopsychosocial Model. *The INTERMED*. Editorial. *Psychosomatics*, 2001; 42-1:5-13.
19. **de Jonge P, Huyse FJ, Stiefel FC, Slaets JPJ and Gans ROB.:** INTERMED-a clinical instrument for biopsychosocial assessment. *Psychosomatics* 2001; 42(2): 106-109.
20. **Wells KB, Golding JM, Burman MA.:** Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 976-981.
21. **Katon WJ, VonKorff M, Lin E, et al.:** High uti-

- lizers of medical care, DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *Gen Hosp Psychiatry* 1990; 12: 355-362.
22. **Saravay SM, Lavin M.:** Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital. *Psychosomatics* 1994; 35: 233-252.
  23. **Mayou R, Hawton KE.:** Psychiatric disorder in the general hospital. *Br J Psychiatry* 1986; 149: 172-190.
  24. **Fink P.:** Mental illness and admission to general hospitals: a register investigation. *Acta Psychiatrica Scand* 1990; 82: 458-462.
  25. **Fillit H, Howe JL, Fulop G, et al.:** Studies of hospital stays in the frail elderly and their relation to the intensity of social work intervention. *Social Work in Health Care* 1992; 18: 1-22.
  26. **Winograd CH, Gerety MG, Chung M, et al.:** Screening for frailty: criteria and predictors of outcome. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 778-784.
  27. **Steverink N, Slaets JPJ, Schuurmans H, van Lis M. Measuring frailty.:** Developing and testing the GFI (Groningen Frailty Indicator). *The Gerontologist* 41; SI: 236, 2001.
  28. **Engel GL.:** The need for a new medical model: a challenge to biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-136.
  29. **De Jonge P, Latour C, Huyse FJ.:** Inter-rater reliability of the INTERMED in a heterogeneous somatic population. *J Psychosom Res.* 52(1): 25-27, 2002.
  30. **Stiefel FC, de Jonge P, Huyse FJ, Guex P, Slaets JPJ, Lyons JS.:** Intermed: an integrated assessment and classification system for case complexity: Results of patients in different phases of disability due to low back pain. *Spine* 1999; 24(4): 378-385.
  31. **Koch N, Stiefel FC, de Jonge P, et al.:** Identification of complex patients with rheumatoid arthritis and increased health care utilization. *Arthritis Care and Research* 2001; 45 (3): 216-221.
  32. **de Jonge P, Huyse FJ, Ruinemans GMF et al.:** The timing of psychiatric consultation: The impact of social vulnerability and level of psychiatric dysfunction. *Psychosomatics* 2000; 41(6): 505-511.
  33. **Fischer CJ, Stiefel FC, de Jonge P.:** Case complexity and clinical outcome in Diabetes Mellitus: A prospective study using the INTERMED. *Diabetes and Metabolism* 2000; 26(4): 295-302.
  34. **DiGangi-Herms AMR, Pinggera GM, de Jonge P, Söllner W.:** Assessing health care needs and clinical outcome through case-complexity in urology: a study with the INTERMED. *Psychosomatics*. Accepted for publication 2002.
  35. **De Jonge P, Bauer I, Huyse FJ, Latour CHM.:** Medical inpatients at risk of extended hospital stay and poor discharge health status: detection with COMPRI and INTERMED. *Psychosomatic Medicine*, accepted for publication 2002.
  36. **Huyse FJ, de Jonge P, Stiefel FC, Slaets JPJ, Söllner W.:** The INTERMED: Its factor structure. Abstract poster Annual meeting Academy for Psychosomatic Medicine Tucson 2002, *Psychosomatics* 2003.
  37. **De Jonge P, Huyse FJ, Latour CHM.:** Implementing Psychiatric Interventions on a General Medical Ward: Effects on Patients' Quality of Life and Length of Hospital Stay. Under review.
  38. **Huyse FJ, Herzog T, Lobo A, Malt UF, Opmeer BC, Stein B, Creed F, Crespo MD, Gardoso G, Guimaraes-Lopes R, Mayou R, Moffaert van M, Rigatelli M, Sakkas P, Tienari P.:** European Consultation-Liaison Psychiatric Services: the ECLW Collaborative Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000; 101: 360-366.