



**Beschrijving van de konsultatie-
zittingen in het konsultatie-
projekt Eindhoven**

november 1979

J. Bensing
R. Kluver
H. Schut
P. Verhaak

e.a.

	Voorwoord	
	Inleiding	1
I	<u>Het konsultatieprojekt Eindhoven: Historie en Vormgeving</u>	
	1. Inleiding	2
	2. Wat is konsultatie	2
	3. Historie	6
	4. Het verloop van het projekt	10
	5. Samenvatting	13
II	<u>De visie van de deelnemers op konsultatie</u>	
	1. Inleiding	15
	2. De huisartsen: motieven en doelen	15
	3. De konsultatiegevers: motieven en doelen	16
	4. Verwachtingen van de deelnemers n.a.v. het konsultatie- projekt - Eindhoven	18
III	<u>De konsultatiezittingen beschreven</u>	
	1. Inleiding	22
	2. Achtergrondgegevens	23
	3. De ingebrachte problematiek	25
	4. De vragen en adviezen	27
	5. Een illustratie	29
	6. Follow-up	32
	7. Samenvatting	33
IV	<u>De invloed der deelnemers</u>	
	1. Inleiding	35
	2. De deelname aan de konsultaties	35
	3. De relaties tussen de deelnemers	39
	4. De konsultatiedeelnemers en de aard van de problematiek	44
	5. Samenvatting	46
V	<u>De eindevaluatie</u>	
	1. Inleiding	48
	2. De artsen	48
	3. De konsultatiegevers (Psychiater, maatschappelijk werker, psycholoog 2, gezinstherapeut)	50
VI	<u>Slotbeschouwing</u>	53
	Literatuurlijst	57
	Bijlagen	

Inleiding

Dit rapport bevat een beschrijving van het konsultatiegebeuren in het kader van een evaluatie-onderzoek "Konsultatieprojekt Eindhoven". Het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft op 9 februari 1977 subsidie verleend aan de Philips Medische Dienst (P.M.D.) en de Rijkspsychiatrische Inrichting (R.P.I.) ten behoeve van een Konsultatieprojekt.

Medewerkers van de R.P.I. zouden konsultatie geven aan een aantal huisartsen van de P.M.D. Eén der elementen van het projekt dat in de subsidie-toekenning nadrukkelijk werd genoemd en door de deelnemende instellingen steeds werd benadrukt, betreft de wetenschappelijke evaluatie van het projekt.

De inhoud van het projekt sloot duidelijk aan bij de belangstelling en het werkterrein van het N.H.I. en zijn projektgroep "Psycho-sociale Hulpverlening in de Eerste-lijns Gezondheidszorg", zodat vrij snel overeenstemming werd bereikt dat het N.H.I., i.c. de onderzoekers van deze projektgroep, het evaluatie-onderzoek van dit projekt zouden gaan uitvoeren.

Dit rapport maakt deel uit van een serie van vijf, die alle een deel van het evaluatie-onderzoek betreffen.

Naast dit rapport zijn dat: Konsultatieprojekt Eindhoven: Waarnemen van psycho-sociale klachten, Voorschrijven, Verwijzen en Spreekkamergedrag. Daarnaast is een samenvattend rapport geschreven, waarin de hoofdlijnen uit de verschillende deel-onderzoeken, in hun onderlinge samenhang, worden beschreven: Konsultatie-projekt Eindhoven: Eindevaluatie. Voor de onderzoeksopzet en het theoretische kader, van waaruit het projekt werd geëvalueerd, verwijzen we naar: Konsultatieprojekt Eindhoven: Het onderzoeksvoorstel + bijlage.

Het onderhavige rapport beschrijft het konsultatiegebeuren. In hoofdstuk I wordt uitvoerig de totstandkoming van het projekt beschreven, en het uiteindelijke verloop van het projekt. Na deze beschrijving van de vorm van het projekt, wordt in hoofdstuk II ingegaan op de verwachtingen omtrent konsultatie, die de deelnemers er op na hielden. In hoofdstuk III wordt weergegeven wat voor problematiek er zoal ten konsultatie werd ingebracht, in welke mate eenieder deelnam aan de besprekingen, wat voor adviezen er werden gegeven, en wat hiervan het effect op de betreffende patienten was.

In hoofdstuk IV komen de kommunikatiepatronen tussen de konsultatievragers en -gevers aan de orde.

De twee laatste hoofdstukken zijn meer beschouwend van aard. Achtereenvolgens komt de laatste zitting, die geheel aan de evaluatie door de deelnemers werd besteed, aan bod en gaan we in het laatste hoofdstuk in wat algemenere termen in op hetgeen we van dit konsultatieprojekt hebben kunnen leren.

I HET KONSULTATIEPROJEKT EINDHOVEN: HISTORIE EN VORMGEVING.

1. Inleiding

In dit eerste hoofdstuk van de beschrijving van het Eindhovense konsultatieproject, staat ons ten doel om de lezer duidelijk te maken wat dit project inhield en hoe het tot stand gekomen is.

Allereerst besteden we aandacht aan het begrip konsultatie (mental health consultation) in het algemeen. We gaan hierbij uit van de opvattingen van Caplan, en besteden achtereenvolgens aandacht aan definities, kenmerken en doelstellingen van konsultatie.

Vervolgens gaan we in op de historie van het project. Hierbij zullen we enige aandacht besteden aan die ontwikkeling in de gezondheidszorg, die maakte dat introductie van de konsultatiemethode in de eerste lijns gezondheidszorg zijn kansen kreeg; daarnaast geven we de gang van zaken rond de Philips Medische Dienst en de Rijks Psychiatrische Inrichting weer, welke tot gevolg had dat juist in deze lokatie zo'n project van de grond kwam.

In het laatste gedeelte van dit hoofdstuk geven we weer hoe het project verlopen is.

We onderscheiden hierin een proef periode en een experimentele periode. Aan het slot van dit hoofdstuk volgt dan een korte samenvatting.

2. Wat is konsultatie

Over de omschrijving van het begrip "konsultatie", de inhoud van deze activiteit en de doeleinden die men aldus hoopt te verwezenlijken is de laatste jaren steeds meer literatuur op de markt gekomen. Geïnspireerd door vooral Gerald Caplan houden velen in de gezondheidszorg zich bezig met "mental health consultation", waarbij de ideeën van de meester nu eens op de letter gevolgd worden en ons dan weer enigszins gemodificeerd worden voorgeschoteld.

Caplan heeft in zijn geschriften (o.a. 1970) "mental health consultation" beschreven als een interactieproces tussen twee professionele werkers: de konsultatiegever die een specialist is en de konsultatievrager die de hulp van eerstgenoemde inroept voor een aktueel werkprobleem, waaraan de konsultatievrager moeilijkheden ervaart en dat zijns inziens binnen de gespecialiseerde competentie van de ander valt.

In het Nederlandse taalgebied bestaat er geen echte equivalent voor "mental health consultation" en spreekt men gemeenlijk over konsultatie; een term die wij ook in het vervolg zullen gebruiken.

Wanneer we nu definities van andere auteurs leggen naast die van Caplan, valt het voornamelijk op dat er nauwelijks principiële afwijkende betekenissen aan konsultatie worden gehecht. Alleen Rhodes (1960) gaat uit van een wezenlijke andere konseptie. Hij vindt konsultatie een psychologische veranderingstechniek, die door middel van een interpersoonlijke kommunikatie wordt toegepast op een probleemsituatie. De konsultatiegever is hier dus een echte "change agent", die erop uit is menselijk gedrag te beïnvloeden.

Bij de overige geraadpleegde schrijvers vinden we over het algemeen als

nitities

eerste aanknopingspunt voor de omschrijving van konsultatie woorden terug, die net als bij Caplan duiden op een samenspraak. Afwijkingen van Caplan's definitie treffen we vooral aan op het gebied van de specificatie. Het lijkt erop alsof ieder een definitie gebruikt die enigszins is toegesneden op de eigen situatie. Zo spreken Bruyel en van Meurs (1968) van "een vorm van overleg tussen *een hulpverlener in de eerste lijn* (.....) en een deskundige op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (.....) die de kennis uit zijn vakgebied ten dienste van de konsultatievrager stelt", terwijl Gersons (1977) het heeft over "een methodische toepassing van kennis en vaardigheid op het gebied van de *preventieve psychiatrie* middels een interaktioneel proces (.....)". (eigen kursivering).

Van Ravenzwaaij (1972) geeft tenslotte weer een iets bredere omschrijving waarin hij probeert Caplan's definitie iets puntiger te maken, bijvoorbeeld door het opnemen van een term als "rolverhouding". Hij noemt konsultatie "een interaktioneel proces, waarbij er een tijdelijke expliciet gedefinieerde rolverhouding bestaat tussen twee beroepskrachten, die niet afkomstig zijn uit hetzelfde arbeidsterrein * en waarbij de een, de konsulent, door de ander, de konsultatievrager, deskundig en in staat geacht wordt hem te helpen bij het oplossen van een onopgelost werkprobleem, waarbij psychohygiënische aspecten in het geding zijn (.....)". Het belangrijkste nieuwe element in deze definitie is de tijdelijkheid van de konsultatierelatie, die Van Ravenzwaaij heeft ontleend aan Lippit (1959). De invoering van deze tijdsbegrenzing is wel belangrijk, aangezien de meningen nogal uiteenlopen voor wat betreft de vraag of een konsultatierelatie op een bepaald moment als overbodig zal worden ervaren en kan worden verbroken, omdat de doelstellingen bereikt zijn.

merken We kunnen aan het konsultatiegebeuren een aantal vaste en een aantal variabele kenmerken onderscheiden. Over de vaste kenmerken zijn de meeste auteurs het onderling wel eens. Het gaat hierbij om zaken als:

- de gelijkwaardigheid van de relatie: de konsultatiegever staat niet in een hiërarchische relatie tot maar stelt zich juist nevenschikkend op naast de konsultatievrager;
- de eigen verantwoordelijkheid van zowel de konsultatiegever als de konsultatievrager. De eerste is verantwoordelijk voor zijn inbreng en de manier waarop hij dat doet, de konsultatievrager is eveneens verantwoordelijk voor wat hij inbrengt én voor hetgeen hij met het besprokene in zijn praktijkuitvoering doet;
- het uitsluiten van persoonlijke problemen van de konsultatievrager.

Onder de variabele kenmerken van konsultatie rekenen wij onder meer de inhoud van het besprokene en de wijze waarop de deelnemers in het konsultatiegebeuren participeren.

Om met dit laatste te beginnen: we kunnen in eerste instantie een onderscheid maken tussen individuele en groepsmethoden en aldus 4 qua samenstelling verschillende soorten konsultatie benoemen:

1. de individuele konsultatie: één konsultatiegever en één konsultatievrager;

* In een latere publikatie (van Ravenzwaaij, 1974) is deze eis vervallen.

2. groepskonsultatie: één konsultatiegever en meerdere konsultatievragers van één (bijvoorbeeld bij de Wit, 1976) of meer (bijvoorbeeld bij Gersons, 1977) disciplines;
3. teamkonsultatie I: één konsultatievrager en een team van konsultatiegevers. Deze werkwijze zou volgens Bruyel en van Meurs (1974) alleen gevolgd moeten worden indien er zeer gegronde redenen voor bestaan. Het Nederlands Instituut voor Kinderstudie (NIK) heeft namelijk bij wijze van experiment konsultatieposten ingevoerd in Zoetermeer en Wassenaar, waarbij naar voren kwam dat aan deze vorm van teamkonsultatie vrij veel - en niet alleen economische - bezwaren verbonden waren;
4. teamkonsultatie II: meerdere konsultatievragers (al dan niet van verschillende disciplines) en meerdere konsultatiegevers met verschillende deskundigheden. /

Na deze blik op de mogelijke partners in de konsultatierelatie, zullen we onze aandacht richten op een aantal naar inhoud getypeerde konsultatievormen. Caplan (1970) onderscheidt vier typen, afhankelijk van de vraag of men zich richt op een gevalsprobleem of een organisatieprobleem en afhankelijk van de vraag of de konsultatiegever een deskundigheidsoordeel inbrengt dan wel probeert verbetering te bewerkstelligen in "the problem solving capacity of the consultee", opdat deze vervolgens zelf en op hun eigen manier een oplossing uitwerken.

De vier gesuggereerde konsultatie-types zijn dan:

Client Centered Case Consultation: de konsultatiegever is er vooral op gericht het probleem van de cliënt van de konsultatievrager te analyseren en eventueel suggesties te doen hoe verder het best gehandeld kan worden. Persoonlijk onderzoek van de cliënt door de konsultatiegever is hier zeker niet uitgesloten.

Consultee Centered Case Consultation: de konsultatiegever is er vooral op gericht te begrijpen wat er met de konsultatievrager gaande is op het niveau van zijn professioneel functioneren, waardoor deze laatste niet in staat is dit geval tot een oplossing te brengen.

Program - Centered Administrative Consultation: deze vorm van konsultatie komt nagenoeg overeen met het eerste type met dien verstande, dat het hier niet gaat om de problemen van een patiënt maar om die van een organisatie.

In de Consultee - Centered Administrative Consultation zien we tenslotte het evenbeeld van het tweede type op het gebied van het functioneren van de konsultatievrager in zijn organisatie.

Zoals ook Caplan al heeft gezegd en Bruyel/van Meurs (1974) sterk benadrukken is een konsultatierelatie naar haar inhoud nooit puur volgens één van deze vier categorieën te typeren. Meestal heeft men echter wél te maken met een mengvorm waarin één bepaalde benadering overheerst. Zo zien we dat bij de konsultatie-ervaring van het NIK vooral sprake was van de types die zich op de konsultatievrager richten (met vloeiende overgangen tussen gevals- en beleidskonsultatie) terwijl zowel van Ravenzwaaij (1972) als Gersons (1977) een centrale plaats hebben toebedacht aan de op de konsultatievrager gerichte gevalsbespreking.

Gezien deze ervaringen (aksent vooral op het zich richten naar het functioneren van de konsultatievrager en dan meestal met betrekking tot cliënten in tegenstelling tot organisatie- beleidsproblemen) richten ook wij ons in het vervolg hoofdzakelijk op dit type konsultatie. Nu we de konsultatiemethodiek qua definitie en inhoud beter hebben leren kennen en

daarbinnen ook enige aksenten hebben aangebracht, wordt het tijd om te bezien welke doelstellingen men met behulp van die aanpak hoopt te bereiken.

Laten we allereerst de door Caplan (1970) nagestreefde doelstellingen van zijn vier konsultatietyologieën de revue passeren. Per type beschrijft deze steeds een primair doel en een sekundair doel of een neveneffekt, waar men op hoopt.

In de op het funktioneren van de dienstverlenende organisatie gerichte bespreking is het primaire doel van de konsultatiegever het ontwikkelen van een aktieplan. De konsultatiegever hoopt daarbij dat de konsultatievragers iets zullen leren van zijn analyse en aanbevelingen voor toekomstige soortgelijke vraagstellingen.

Bij de op het funktioneren van de konsultatievragers in hun dienstverlenende organisatie gericht bespreking, is het primaire doel van de konsultatiegever gelegen in het begrijpen van de werkproblemen, het verbeteren van de probleemoplossende vaardigheden en het teboven komen van tekortkomingen van de konsultatievragers. Men hoopt dat deze laatsten in de toekomst zelf effektieve plannen kunnen ontwikkelen en uitvoeren.

Bij de op de kliënt gerichte gevalsbespreking noemt Caplan als primair doel "het ontwikkelen van een plan dat de patiënt in kwestie zal helpen". Als bijkomende doelstelling kan de konsultatievrager iets leren van de bespreking, zodat zijn vermogen om soortgelijke problematiek in de toekomst zelf te behandelen zal toenemen.

Het in gezondheidszorg-konsultatieprojekten meest frekwent gebruikte type konsultatie is de Consultee-Centered Case Consultation: de op de konsultatievrager gerichte gevalsbespreking. Caplan beoogde met dit soort van overleg "to improve the consultee's capacity to function effectively in this category of case, in order to benefit many similar clients in the future". Primair doel van deze vorm van konsultatie is dus een verbetering in het funktioneren van de hulpverlener, waaraan door Caplan ook een spreidingseffekt wordt gekoppeld. Verbetering van de individuele patiënt die in de konsultatiebespreking is ingebracht, wordt als een neveneffekt gedefinieerd.

De doelstellingen van konsultatie welke door andere auteurs worden geformuleerd bouwen voort op de door Caplan beschreven doeleinden, zijn daar soms een mengeling van en overstijgen deze soms ook. Evenals bij de definities van konsultatie het geval was, worden ook de beoogde effecten wel eens gekleurd door de eigen beroepssituatie en achtergrond van de verschillende schrijvers. Soms zien we ook een vermeerdering van doelstellingen met de jaren.

Een voorbeeld van dit laatste treffen we aan bij van Ravenzwaaij. Hij formuleert in 1972 als doelstellingen zowel het oplossen van het aktuele werkprobleem als een algemene leerervaring ten behoeve van soortgelijke toekomstige werkproblemen. In 1974 komt daar echter nog een derde doelstelling bij, te weten: verbetering van de kommunikatie tussen de hulpverleners uit de verschillende echelons.

Dit laatste element vinden we ook in NIK-berichten 8 (1971, pag.30), waar men de doeleinden formuleert die door middel van een konsultatiepost gerealiseerd zouden moeten worden. Naast "het toevoeren van specialische kennis naar de hulpverleners in het eerste echelon" werd ook expliciet "communicatiebevordering binnen en tussen de echelons" beoogd.

Bruyel en van Meurs (1968) noemen een aantal verschillende doeleinden die met konsultatie kunnen worden nagestreefd en aan de hand waarvan afspraken moeten worden gemaakt over het karakter van overleg. Hun doelstellingen omvatten drie gebieden: (1) het geven van informatie, (2) het verhogen van de objectiviteit en het doorbreken van selektieve perceptie (blikverruiming) in het bijzonder met het oog op de multifaktoriële structuur van de problematiek en (3) morele ondersteuning van de konsultatievrager.

Bothe-Dunselman (1973) noemt als doel van konsultatie "bij te dragen tot een beter professioneel functioneren van de konsultatievrager".

Gersons (1977) tenslotte stelt dat konsultatie een verandering op gang beoogt te brengen bij hulpverleners en organisaties. Het veranderingsdoel hierbij is "een betere hulpverlening aan mensen met psychosociale problemen en idealiter een afname van psychosociale problemen ten gevolge van maatschappelijke veranderingen, die mede door konsultatie op gang worden gebracht". Hier worden middels konsultatie dus tevens maatschappelijke veranderingen nagestreefd.

Wanneer we de individuele variaties in doelstellingen, die de verschillende auteurs op grond van individuele geaardheden en sterk situationele factoren hebben aangebracht, weglaten en de gemeenschappelijke elementen eruit lichten, komen we tot de volgende algemene formulering: *konsultatie heeft als doel het functioneren van de eerste-lijns hulpverlener te verbeteren en wel zodanig dat hij in de toekomst soortgelijke problemen als waarvoor hij konsultatie heeft gevraagd, beter en efficiënter zelfstandig kan oplossen.*

3. Historie

Het feit dat konsultatie de laatste jaren in de belangstelling staat, heeft te maken met een behoefte aan bevordering van deskundigheid dan wel vaardigheden, en wel met name in de eerste-lijns-gezondheidszorg. Als in 1974 de Structuurnota Gezondheidszorg van staatssekretaris Hendriks verschijnt, komt de nadruk in de discussies over de structuur van de gezondheidszorg te liggen op de relatie tussen eerste- en tweede-lijns-gezondheidszorg. Van groot belang wordt dan de verschuiving van zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn, en daarmee onverbrekkelijk verbonden, een versterking van de hulp- en zorgverlening in die eerste lijn.

Op veel manieren kwam tot uiting dat die eerste-lijns-gezondheidszorg in beweging was en zich trachtte in te stellen op de zwaardere taak: Huisartsen kregen een opleiding "nieuwe stijl", samenwerkingsverbanden werden in groten getale aangegaan, diagnostische centra deden hun intrede, enz.

Voor onze plaatsbepaling van konsultatie zijn nu van belang de ontwikkelingen in de psycho-sociale hulpverlening in die eerste-lijn. Een niet onaanzienlijk deel van het klachtenaanbod bij de huisarts ligt (mede) op psycho-sociaal terrein. Schattingen lopen uiteen van 30% tot maar liefst 70%. (Verhaak 1979).

Hoewel er geen communis opinio bestaat over de taak van de huisarts op dit vlak, kwam er een ontwikkeling op gang, waarin huisartsen gingen samenwerken met psychiaters en later ook sociale wetenschappers.

Balint-groepen werden opgericht, advies-relaties met S.P.D., M.O.B. en L.G.M.-bureau's werden gelegd; in samenwerkingsverbanden functioneerden

hulpverleners, expliciet belast met de psycho-sociale hulpverlening. De Stichting Introductie Konsultatie werd opgericht, beroepsorganisaties (o.a. het N.I.P.) probeerden een nieuw werkterrein te ontginnen. Kortom, een stormachtige ontwikkeling in de overtuiging dat binnen de eerste-lijns-gezondheidszorg een adequate hulpverlening bij psycho-sociale problematiek gerealiseerd kon en moest worden. De vraag, wat nu de beste methode is om die adequate hulpverlening vorm te geven, bleek echter niet zo één, twee, drie te beantwoorden. Konsultatie leek één van de mogelijkheden.

Konsultatie van psycho-sociale hulpverleners uit de tweede lijn aan huisartsen, zou ertoe kunnen bijdragen, dat die huisartsen beter uitgerust worden voor een adequate hulpverlening bij psycho-sociale problematiek.

Om daar enige zekerheid over te verkrijgen, ging in 1975 het Experimentele Consultatie Supervisie Project van start, met onderzoeksmatige begeleiding van de stichting ITOBA. In datzelfde jaar werd op de begroting van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne ruimte gekreëerd voor konsultatie-experimenten. Doel van dit alles was, en is, meer inzicht te verkrijgen in de geschikte methoden om de eerste-lijn zodanig te versterken, dat inderdaad een verschuiving van zorg naar die eerste-lijn mogelijk wordt. In ons geval zou dat dan gaan om een verschuiving van de hulpverlening bij psychosociale problematiek. Binnen deze ontwikkeling is het konsultatieproject Eindhoven tot stand gekomen, en werd groot belang gehecht aan de wetenschappelijke evaluatie daarvan, teneinde weer over meer beleidsrelevant onderzoeksmateriaal te kunnen beschikken.

Naast deze ontwikkelingen op landelijk niveau dienen we ook aandacht te besteden aan datgene wat op plaatselijk niveau voorafging aan dit konsultatieproject. Dit is vooral belangrijk omdat een aantal gebeurtenissen tijdens het project hun verklaring vinden in hetgeen vooraf geschiedde.

Het idee, in Eindhoven een konsultatieproject op te zetten, is in eerste instantie afkomstig van de projectleider, huisarts bij de Philips Medische Dienst. Deze maakt deel uit van een groep huisartsen binnen deze dienst, die zeer actief is op het gebied van nascholing, experimenten, samenwerkingsvormen enz. Na overleg met de toenmalige directeur van de Rijks Psychiatrische Inrichting in Eindhoven, v. Borsum, werd door beiden besloten het totstandkomen van een konsultatieproject "in eigen gelederen" aan te kaarten.

Waarom een konsultatieproject? Schouwstra (conceptnota Consultatieproject '76):

- Verschuiving in de gezondheidszorg van tweede naar eerste lijn, betekent veranderingen in de zorgsystemen, die consequenties hebben voor de noodzakelijke kennis en vaardigheden van werkers in de eerste-lijns-gezondheidszorg. De sterke toename van het aanbod van psycho-sociale problematiek in de eerste-lijn veroorzaakt de behoefte aan grote kennis en vaardigheden op dit gebied bij de werkers. Konsultatie, zoals uitgewerkt door Caplan, zou een methode kunnen zijn, om in die behoefte te voorzien.

De eerste doelstelling die met het project wordt beoogd, staat in dit citaat vermeld:

- verbetering van hulpverlening bij psychosociale problematiek in de eerste-lijn.

Aangezien bij de groep artsen, waar Schouwstra deel van uitmaakte, deze doelstelling sterk leefde, en bij de R.P.I. behoefte bestond aan experimentele samenwerking met het eerste echelon, kon het contact tussen P.M.D. en R.P.I. tot stand komen. De uiteindelijke groepen die aan het projekt deel gingen nemen, stonden echter wat verder af van dit initiatief.

De uiteindelijke groep huisartsen, die besloot aan het konsultatieprojekt te gaan meedoen, was, door allerlei interne oorzaken, niet de groep van Schouwstra, maar een andere P.M.D.-groep van 7 huisartsen. Schouwstra werd nu projektleider.*

Binnen de R.P.I. werd het poliklinisch team aangezocht en bereid gevonden als konsultatiegevers op te treden. Dit team bestond uit: een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk werker en een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Beide groepen waren dus niet de initiatiefnemers voor het projekt, maar werden als deelnemer aangezocht. Voor de R.P.I. geldt daarbij dat men weliswaar gepolst was en geen bezwaar had gemaakt, maar dat de perikelen rond het voortbestaan van de kliniek deelname aan een konsultatieprojekt ver naar de achtergrond hadden geschoven.

Ook de nu deelnemende huisartsengroep, waarvan de projektleider geen deel uitmaakte, was niet sterk betrokken geweest bij de verdere voorbereiding. Deze groep wilde, net als een andere P.M.D.-groep, ook een keer in aanmerking komen voor een of ander projekt, het was nu toevallig konsultatie geworden.

De subsidie werd op 9 maart 1977 verleend door de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. De belangrijkste overweging voor toekenning van de subsidie was: het projekt, en de wetenschappelijke evaluatie (waarvoor eveneens door het ministerie van V. & M. subsidie werd verstrekt) daarvan, heeft beleidsrelevante betekenis, aangezien het kan bijdragen tot verbetering van de structuur van de gezondheidszorg. Hiermee is de tweede doelstelling van het konsultatieprojekt aangegeven, te weten:

- een wetenschappelijk verantwoorde evaluatie van konsultatie als methode om dit doel te bereiken.

Een en ander had tot gevolg dat op 15 maart 1977 een eerste bijeenkomst met alle betrokkenen kon worden belegd. Zoals uit het bovenstaande wel duidelijk geworden zal zijn, hield dit voor de meeste deelnemers een eerste kennismaking in. Op deze bijeenkomst werden de ideeën over het projekt afgetast, de perikelen binnen het R.P.I. kwamen aan de orde, en er werden kontaktpersonen voor het N.H.I. aangewezen.

Overeenkomstig de conceptnota van Schouwstra werd overeengekomen dat de deelnemers aan een 3-daagse konsultatie-training zouden deelnemen.

* Deze verandering heeft tot gevolg gehad, dat deze 6 huisartsen het projekt niet van het begin af aan als hun eigen projekt hebben beschouwd, wat op de doelstellingen en verwachtingen van hen heeft doorgewerkt.

Naast training van de konsultatie-methode, zouden de deelnemers praten over hun verwachtingen van het projekt en hun persoonlijke (leer-)doelen. Bovendien zouden aan het eind van de training afspraken gemaakt worden over het verdere verloop van het projekt. Van N.H.I.-zijde zou een onderzoeksvorstel worden opgesteld.

De konsultatie-training werd gehouden op 11, 12 en 13 mei 1977. De training werd begonnen met een kennismakingsronde, waarin de werksituatie en de verwachtingen ten aanzien van het konsultatie-projekt aan de orde kwamen. De training bestond uit rollenspellen, afgewisseld met theoretische reflekties. Op deze manier waren de deelnemers bezig met verschillende aspecten van konsultatie. De training was erop gericht te werken aan de opbouw van konsultatie als een overlegsituatie. Op basis van de in deze training opgedane ervaring werden een aantal afspraken gemaakt over de opzet van het projekt.

In de conceptnota van Schouwstra wordt gesproken over een startperiode van een half jaar, waarin de deelnemers zouden kunnen "droogzwemmen", ervaring opdoen met konsulteren aan de hand van oudere, niet aktuele casuïstiek. De deelnemers voelden hier niet zoveel voor. Zij wilden snel starten, de eerste zes maanden wel als een oriëntatie-periode beschouwen, waarin min of meer ongeorganiseerd zou worden gekonsulteed. Een kink in de kabel voor zo'n snelle start was het feit dat het N.H.I. van plan was een voormeting te doen, die, vóórdát met konsultatie werd begonnen, afgerond diende te zijn. Daar werd op gewacht. Afgesproken werd eind augustus een "opwarmdag" te houden.

Voor de eerste driemaanden werden de volgende afspraken gemaakt:

- De konsultatie zal groepsgewijs zijn.
- Iedere huisarts kan, per zitting, één geval inbrengen.
- Er zal één konsultatie-zitting per maand zijn, van drie uur.
- Er wordt oriënterend gewerkt, zonder organisatie en/of doelstellingen.
- Het N.H.I. zal zich beraden over de vastlegging van het konsultatie-gebeuren.
- Er zal na die zes maanden een konsultatie-kontrakt dienen te worden opgesteld.

De opwarmdag is een opwarmavond geworden, op 8 september 1977.

Op deze bijeenkomst bleek dat de deelnemers grote behoefte hebben aan een nadere kennismaking met elkaars werk. Daartoe werd een kennismakings-procedure opgezet, die in principe vóór 1 november 1977 afgerond diende te zijn. De kennismaking werd als volgt gerealiseerd. De R.P.I.-deelnemers zouden een intake-middag op de polikliniek op video vastleggen, de nabespreking zou door artsen en konsultatiegevers worden bijgewoond. De konsultatiegevers zouden ieder bij één arts een spreekuur bijwonen. Van de artsen zou een half uur video-opname worden gemaakt van konsulten, die gezamenlijk zouden worden geobserveerd. De artsen zouden onderling ook één spreekuur bijwonen van elkaar.

Op deze bijeenkomst werden verder de volgende besluiten genomen over de vormgeving van het projekt:

- De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, die samenwerkt met de huisartsengroep, zal aanwezig zijn bij de konsultatiezittingen en zelfstandig, niet verplicht, casussen kunnen inbrengen.
- Als konsultatiemethode zal de groepsvorm worden gehanteerd. Uitzonderingen zijn mogelijk.

- In afwijking van een eerder besluit op de training, wordt nu besloten 2x per maand bij elkaar te komen voor konsultatie, gedurende 2 uur, in het praktijkgebouw van de huisartsen. (Dit, om te garanderen dat de huisartsen oproepbaar blijven).
- Inhoud van de konsultatie: De arts vraagt om konsultatie over wat hij belangrijk vindt, alle mogelijke interventies van de konsultatiegevers zijn mogelijk, naast de gespreksvorm zijn ook andere methoden mogelijk.
- Op elke zitting zal het laatste kwartier geëvalueerd worden.
- Elke huisarts is verplicht een geval in konsultatie te brengen. Dit zal op alfabetische volgorde gaan. De voorbereiding en de wijze van inbrengen door de arts is vrij.
- Het N.H.I. zal de verslaglegging van de zittingen op zich nemen.

Tot zover de opkomst, voorbereiding en vormgeving, die vooraf ging aan de feitelijke start van het projekt met de eerste konsultatiezitting.

4. Het verloop van het projekt

Op 1 december 1977 kwam men voor de eerste konsultatiezitting bijeen. De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige had inmiddels ontslag genomen bij de R.P.I. Met zijn nieuwe werkgever werd overeengekomen dat hij wel aan het projekt zou kunnen blijven deelnemen. Dit bleek echter praktisch onuitvoerbaar, zodat hij zich officieel uit het projekt terugtrok. (Bij geen enkele zitting is hij aanwezig geweest). De projektleider heeft op spoedige vervanging aangedrongen, de R.P.I. deed daarop het voorstel de gezinstherapeut uit haar gelederen aan het konsultatieteam toe te voegen. M.i.v. de 12de zitting werd hierin voorzien.

Van de kant van de P.M.D. is één lid toegevoegd. Het betreft een huisarts die enkele maanden na de start van het projekt in dienst is gekomen van de P.M.D.-Willemstraat. Deze huisarts heeft gedurende de hele periode aan de konsultatiezittingen deelgenomen.

proefperiode
dec. '77 -
('78)

In de proefperiode zijn twee rondes (6 zittingen) geweest; alle 7 artsen hebben tweemaal een geval voor konsultatie ingebracht. De deelname tijdens de proefperiode was vrij konstant, de deelnemers hebben ieder niet meer dan één zitting gemist. De konsultatie verliep vrijwel conform de gemaakte afspraken, alleen de evaluatie op elke zitting bleek niet haalbaar, er is tweemaal uitgebreid geëvalueerd, na beide rondes. De eerste keer werd aandacht besteed aan de, eventuele, behoefte om veranderingen aan te brengen, de tweede keer werd besproken hoe de follow-up van de ingebrachte casussen was. Van de zittingen zijn door een onderzoekster van het N.H.I. uitgebreid verslagen gemaakt. In deze verslagen werd uitvoerig gerapporteerd over de afzonderlijke konsultaties. Vastgelegd werden: Een beschrijving van de ingebrachte casus, een omschrijving van de konsultatievraag, verloop van de konsultatie, en, tot slot, de boodschap die daaruit door de konsultatievrager werd opgepikt. Daarnaast werden ook evaluaties, nieuwe afspraken e.d., vastgelegd. Ieders bijdrage werd, zoveel mogelijk, afzonderlijk vastgelegd. Tijdens de eerste zittingen is tevens "geturfd" wie er aan het gesprek deelnam, en hoe vaak. Een zo uitgebreide registratie bleek echter de grenzen van de mogelijkheden van één rapporteur te boven te gaan, het turven is dan ook geschrapt. De verslagen werden door de deelnemers geautoriseerd. Naast deze verslagen werd door de artsen zelf ook een aantal gegevens

over de konsultatie geregistreerd. Tijdens de proefperiode werd hiervoor een formulier gebruikt, dat ook in het gezondheidscentrum "Withuis" in Venlo werd gebruikt. Op dit formulier werden geregistreerd, naast enkele achtergrondgegevens van de patiënt: de probleemstelling, de Konsultatievraag, wat er gedaan zou worden, indien konsultatie niet mogelijk zou zijn, het advies na de konsultatie en het resultaat na 3 maanden. Na de proefperiode werd dit formulier gewijzigd. De categorieën voor de probleemstelling werden meer gedifferentieerd, de mogelijkheid om een gezin als casus te registreren werd opgenomen. Vragen naar het beleid tot dan toe en naar de lokalisatie van het probleem door de arts, werden toegevoegd. Bij vele vragen konden meerdere alternatieven worden aangegeven. Beide formulieren zijn in de bijlage opgenomen.

Als laatste onderzoeksactiviteit dient vermeld te worden dat alle deelnemers voor de start van de proefperiode werden geïnterviewd. Hun verwachtingen omtrent vorm en inhoud van de konsultatiezittingen werden vastgelegd, alsmede hun inschattingen van de invloed die zijzelf en de andere deelnemers op het gebeuren zouden hebben. We gaan in hoofdstuk II nader in op deze verwachtingen.

In de proefperiode zouden de deelnemers zonder al te veel afspraken met konsultatie aan de gang gaan. De evaluatie na de eerste ronde (alle artsen een casus ingebracht) bracht geen grote wijziging aan in de ontstane gang van zaken. De groepsvorm bleef uitdrukkelijk gehandhaafd, de overige konsultatievragers konden eveneens deelnemen. De volgende afspraken werden bij wijze van experiment gemaakt:

- de konsultatievraag moet specifiekere geformuleerd worden in termen van "welke inbreng verwacht ik?"
- de konsultatie moet specifiekere worden omschreven in termen van "van wie wil ik de eerste inbreng en wat wil ik daarna?"
- per konsultatiezitting wordt een procesbewaker aangewezen.

Tegen het einde van de proefperiode hadden de deelnemers een vrij goed idee van de mogelijkheden van konsultatie. Omdat de deelnemers hun ideeën en verwachtingen na een uitgebreide kennismaking met konsultatie, nu wellicht konkreter en specifiekere konden verwoorden, werd na de proefperiode een tweede interviewronde ingelast. Een samenvatting van deze gesprekken is in het volgende hoofdstuk te vinden.

Men had nog niet zo de behoefte om vaste afspraken te maken, die voor de gehele verdere periode zouden gelden. Er werd een verzoek ingediend bij de begeleidingskommissie om extra konsultatietraining "om feedback te krijgen op de wijze, waarop men nu met konsultatie bezig was geweest." Die training zou kunnen plaatsvinden tijdens de normale konsultatiebijeenkomsten.

Het uitstel van de start van de experimentele periode, die gemarkeerd diende te worden met een konsultatiekontrakt, zou vertraging van het projekt hebben betekend, wat door de begeleidingskommissie niet wenselijk werd geacht.

De kommissie stelde voor, de experimentele periode volgens planning te laten starten en de training daarvan los te koppelen. De behoefte aan extra training werd door de kommissie overigens gehonoreerd.

Dit voorstel werd door de projekt-deelnemers overgenomen en op 2 maart werd een konsultatie-kontrakt bediskussieerd en op 16 maart (de 8^e bij-

eenkomst) door de deelnemers bekrachtigd. Voor dit kontrakt verwijzen we naar de bijlage.

De konsultatiezittingen verliepen nu volgens dit kontrakt. In grote lijnen kwam dat neer op de volgende gang van zaken: Op alfabetische volgorde werd steeds door één der artsen een casus ingebracht. Daarbij vertelde hij een en ander over de voorgeschiedenis van de patiënt(en) en formuleerde een zo konkreet mogelijke konsultatievraag. Die vraag diende in eerste instantie tot één konsultatiegever gericht te zijn. (Zoals in hoofdstuk III zal blijken, is in deze afspraak enigszins de klad gekomen). Vervolgens konden anderen (artsen en konsultatiegevers) aan de konsultatie deelnemen; de konsultatie werd dan afgerond met een korte evaluatie door de aanvrager.

De opkomst ter zitting was alleszins bevredigend in deze eerste helft van de experimentele periode. Er werd door de deelnemers niet meer dan één keer verzuimd: één uitzondering daargelaten. Dit mag als een positieve indicatie worden gezien van de motivatie van de deelnemers voor dit projekt. De behoefte van de deelnemers aan extra training was door de start van de experimentele periode uiteraard niet weggenomen. De trainster, die de 3-daagse training in mei '77 had verzorgd, werd nu uitgenodigd om twee konsultatiezittingen bij te wonen en daarin feedback te geven aan de deelnemers over de wijze waarop ze deelnamen aan de konsultatie.

De beoordeling hiervan door de deelnemers was erg wisselend, sommigen hadden er niets aan gehad, voor anderen was het al met al toch wel vruchtbaar geweest: De trainster had, nogmaals, sterk de nadruk gelegd op de mogelijkheden, de konsultatie bood om het persoonlijk funktioneren van de konsultatievragers aan bod te laten komen. De theoretische benadering die zij daarbij hanteerde (de transactionele analyse) viel echter niet in zeer vruchtbare aarde.

De eerste helft van de experimentele periode werd afgesloten met twee zittingen, die gewijd waren aan omgaan met seksualiteitsproblematiek. In deze zittingen werden geen casussen ingebracht, maar werd aan de hand van voorgeschreven patiënt-rollen (meestal gefingeerd) geoefend in het omgaan met deze patiënten. Konsultatievragers en-gevers wisselden van rol. Deze zittingen werden door de deelnemers als zeer leerzaam ervaren.

Na de rollenspellen over de seksualiteitsproblematiek aan het eind van de eerste helft van de experimentele periode, werd in de tweede helft van deze periode nogal afgeweken van de tot dan toe gebruikelijke gang van zaken. Een eertse oorzaak hiervan was het feit dat na konsultatie in de vorm van rollenspel (gedurende twee zittingen) er grote onduidelijkheid heerste over de wijze waarop de bijeenkomsten nu dienden te worden ingevuld. Verder gaan met thematische rollenspellen (bijv. over omgaan met alcoholisme), of op de oude voet doorgaan.

In die onduidelijkheid werd besloten tot een evaluatie, wat betekende dat de tot dan toe ingebrachte patiënten opnieuw werden besproken (de follow-up), hetgeen voor sommige deelnemers nu net weer niet de bedoeling was.

De funktie van procesbewaker werd in ere hersteld, maar kwam in de

praktijk opnieuw niet uit de verf. Een der artsen bleek door zijn opstelling en beroepsopvatting nogal wat irritatie op te wekken bij de deelnemers, aan dit probleem werd een bijeenkomst besteed. Daarin kwam ook de waardering van een andere arts voor de psychiater, en omgekeerd aan de orde. Deze discussies werden langzaam verlegd naar een algemener thema: de beroepsopvatting en taakafbakening van de huisarts.

Nadat door deze discussie de lucht weer enigszins was opgeklraard, werd de oude draad weer opgepakt en aan de hand van een ingebrachte casus gekonsulteed. Eén middag werd nog besteed aan een verhandeling van de psychiater over anti-depressiva. De laatste bijeenkomst werd geheel besteed aan evaluatie van het projekt. Voor een uitgebreid verslag daarvan verwijzen we naar hoofdstuk III, paragraaf 5.

Tijdens deze evaluatie is tevens gesproken over een mogelijke voortzetting van het projekt. Het merendeel der deelnemers voelde daar wel voor; vormgeving en deelnemers zouden in verdere besprekingen aan de orde komen.

Bij de start van de experimentele periode waren er problemen bij de samenstelling van het R.P.I.-team. Vanaf het begin van het projekt heeft de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige geen deel meer uitgemaakt van het konsultatiegevend team. In deze vakature is binnen de R.P.I. niet voorzien. De toezegging dat een gezinstherapeut deel zou gaan uitmaken van het team, had tot dan toe nog niet tot diens aanwezigheid geleid. Korte tijd na de proefperiode was ook de psycholoog niet meer van de partij, na conflicten binnen het poliklinisch-team. Nadat door iedereen verontrusting was uitgesproken over deze halvering van het aantal konsultatiegevers, zijn vanaf de twaalfde zitting een andere psycholoog en de lang verwachte gezinstherapeut gaan deelnemen aan de konsultatiezittingen.

De samenstelling van de groep konsultatievragers en-gevers is in het verloop van de experimentele periode niet meer gewijzigd. De opkomst van de deelnemers bleef op hetzelfde, alleszins bevredigende, niveau, met uitzondering van de psycholoog, die vaker afwezig was. Hij maakt geen deel uit van het poliklinisch-team van de R.P.I. en verklaarde zijn afwezigheid uit de onderbezetting op de afdeling, waar hij werkzaam was.

5. Samenvatting

In dit hoofdstuk werden de voorbereiding, de totstandkoming en het verloop van het konsultatie-projekt Eindhoven beschreven.

In het eerste gedeelte beschreven we wat in de literatuur zoal gezegd is over de definitie, vorm en doelstellingen van "mental health consultation", door ons vertaald als konsultatie.

We gaven aan dat de afgelopen jaren een gunstig klimaat was geschapen voor de introductie van konsultatie in de gezondheidszorg in Nederland. Vervolgens gingen we nader in op het tot stand komen en verloop van het projekt in Eindhoven.

De opzet van het projekt, vanaf de geboorte van het idee tot aan de eerste zitting, heeft een kleine twee jaar in beslag genomen (mrt. 1976-dec. 1977) De uitwerking van het idee een konsultatie-projekt te realiseren, is enigszins over het hoofd van de deelnemers zelf gebeurd.

De huisartsen hadden bij de training nog weinig "feeling" met het projekt, de konsultatiegevers hadden op dat moment andere zorgen: het voortbestaan van de polikliniek. De training heeft het enthousiasme wel vergroot, getuige de verwachtingen die werden geformuleerd.

Dit enthousiasme is wel gebleven, men kan zeggen dat de deelnemers in het projekt gegroeid zijn. Dit bleek onder meer uit een hoge opkomst bij de deelnemers, het nakomen van de diverse afspraken, en de intensiteit waarmee de bijeenkomsten beleefd werden. Wel waren er in eerste instantie nogal wat problemen om het team van konsultatiegevers rond te krijgen: men begon met een vakature, die pas in de twaalfde zitting werd vervuld, en de psycholoog uit het team werd halverwege het projekt vervangen door een ander.

Na de proefperiode werd een konsultatie-kontrakt afgesloten, dat afspraken bevatte over de vorm en inhoud van de konsultaties. Toch kon dit niet verhinderen dat er in de vorm van de konsultaties geleidelijk veranderingen begonnen te voltrekken. Nadat enige malen van de klassieke vorm van gevalbespreking was afgeweken, treffen we een periode aan van onzekerheid over de vorm die het laatste deel van het konsultatieprojekt diende aan te nemen. Ook was in het kontrakt niet voorzien in diskussies over beroepsopvatting en taakafbakening.

Het projekt werd 1 maart 1979 officiëel afgesloten met de wens van het merendeel der deelnemers op een of andere manier een voortzetting van dit projekt te realiseren.

II DE VISIE VAN DE DEELNEMERS OP KONSULTATIE.

1. Inleiding

In de literatuur over consultatie kan men vele verschillende doelen aantreffen: beter functioneren van de hulpverlener, communicatieverbetering tussen het eerste en tweede echelon, versterking van de eerste lijn, idealiter een afname van psycho-sociale problemen ten gevolge van mede door consultatie op gang gebrachte maatschappelijke veranderingen, etc., etc.

De gemeenschappelijke elementen in de alom gegeven omschrijvingen hebben we in het vorige hoofdstuk samengevat tot een meer algemene formulering: "Consultatie heeft tot doel het functioneren van de eerste lijns-hulpverlener te verbeteren en wel zodanig dat hij in de toekomst soortgelijke problemen als waarvoor hij consultatie heeft gevraagd, beter en efficiënter zelfstandig kan oplossen."

Men kan tevens in grote lijnen stellen dat de initiatiefnemers van het project met de activiteit consultatie "verbetering van de psycho-sociale hulpverlening door de eerste lijn aan het cliënt-systeem" wilden bewerkstelligen.

De her en der geformuleerde consultatiedoelen zijn natuurlijk heel mooi en aardig, maar we moeten wel rekening houden met de mogelijkheid dat de uiteindelijke participanten aan het Eindhovense Consultatieproject er persoonlijk heel andere of extra doelen op na hielden dan consultatiedeskundigen, -onderzoekers of -initiatiefnemers. Omdat we aannemen dat de doelen die deelnemers voor zichzelf stelden, van invloed konden zijn op het consultatiegebeuren en de mogelijkheden tot verandering tengevolge van consultatie zullen we er hier enige aandacht aan besteden. Deze doelen zijn in algemene termen gesteld. De verwachtingen van de deelnemers, die in de volgende paragraaf aan de orde komen zijn daarentegen toegespitst op het consultatiegebeuren, zoals dat in de proefperiode tot stand is gekomen.

We beëindigen dit hoofdstuk weer met een korte samenvatting.

2. De huisartsen: motieven en doelen

Als we kijken waarom de zes huisartsen van de P.M.D. oorspronkelijk in het project zijn gaan participeren, kunnen we zeggen dat het consultatieproject niet is gegroeid vanuit een behoefte.

De artsen in deze groep hadden behoefte aan verdere vorming; dat dit nu door consultatie zou geschieden was min of meer een toevalligheid. Voor twee artsen geldt zelfs dat die behoefte aan verdere vorming - althans op het psycho-sociale vlak - min of meer afwezig was. Ze deden mee uit kollegialiteit.

Na in de proefperiode 3 maanden met consultatie te zijn geconfronteerd, kan men zich een betere mening over deze activiteit vormen. Toen is opnieuw aan de hand van een aantal onderwerpen ingegaan op de doelen die men met consultatie hoopte te bereiken; hieruit waren een aantal hoofdlijnen te destilleren:

- een viertal artsen koppelde consultatie aan veranderingen in het eigen hulpverleningsgedrag op psycho-sociaal vlak. Men dacht daarbij aan een

toename van de sensitiviteit voor de aanwezigheid van mogelijke psychosociale factoren bij het klachtenpatroon van de patiënt. Voor het overige werden echter nauwelijks kwantitatieve veranderingen nagestreefd; men wilde veeleer de aard van de geboden hulp veranderen: meer vaardigheid in het benaderen van patiënten, meer gedragsalternatieven, een betere aanpak bij het zich richten op de zelfwerkzaamheid van de patiënten, e.d.

- het versterken van de relaties met de R.P.I.-polikliniek dan wel met andere hulpverleners was voor de huisartsen geen of slechts een ondergeschikt konsultatiedoel; dit in tegenstelling tot hetgeen veel auteurs en konsultatiegevers de laatste jaren als doel opvoeren.
- een derde doelstelling werd geformuleerd op basis van de tot dan toe opgedane ervaring met konsultatie.
de onderlinge herkenning van werkproblemen was n.l. voor het merendeel der artsen een belangrijke faktor in hun waardering van het konsultatiegebeuren. Zo konden enerzijds nieuwe ideeën voor een aanpak worden opgedaan en anderzijds kon het als een steun in de rug worden ervaren als bleek dat kollega's dezelfde problemen ervaren en ongeveer op gelijke wijze handelen.

3. De konsultatiegevers: motieven en doelen

Voor een goed begrip van de opvattingen der konsultatiegevers is het dienstig om hen eerst in het kort te karakteriseren en om te beschrijven welke taak zij op psycho-sociaal vlak voor de huisarts zagen weggelegd.

De psychiater gebruikte in zijn denken over psycho-sociale problematiek een psycho-analytisch referentiekader, maar meende dat hij door het lezen van allerlei boeken, het volgen van een aantal opleidingen en kontakten met andere hulpverleners ook wel andere invalshoeken gebruikte.

Sprekend over de taak van de huisarts op psycho-sociaal vlak, werd gesteld dat deze een generalist moet zijn die een brede visie heeft en zoveel mogelijk gebieden bestrijkt. Van primair belang daarvoor is zijn kennis over de patiënt, zijn gezin, zijn werk, zijn woonomgeving en dergelijke. Wanneer een patiënt binnenkomt, zou de huisarts dit gehele arsenaal aan kennis gereed moeten hebben en hieruit volgt automatisch als minimumeis dat hij altijd hoort te signaleren wanneer er psychosociale problemen spelen, en dat hij deze problemen in de context van zijn achtergrondinformatie hoort te plaatsen.

De maatschappelijk werker hanteerde een systeemtheoretische benadering waaraan de door hem gedurende één jaar gevolgde nascholing op het gebied van de gezinstherapie waarschijnlijk ook niet geheel vreemd zal zijn. Filosoferend over de term "psycho-sociaal" gebruikte deze konsultatiegever vooral het begrip "omgeving": mensen hebben problemen of konflikten met hun omgeving en grijpen somatische klachten aan om hun problemen naar voren te brengen.

Een huisarts zou die omgeving (in elk geval het gezin) dan ook moeten kennen en heeft in die zin op psycho-sociaal vlak een ruime taak: hij dient bijna alle problemen te signaleren en ook meestal voor de intake te zorgen, aldus luidt de minimum-eis.

De psycholoog is gedragstherapeut en hanteerde een gemodificeerde en

uitgewerkte versie van de Skinneriaanse ideeën over de totstandkoming van gedrag. De sociale context waar mensen in leven was in zijn conceptie belangrijk: gedrag bestaat namelijk uit de interacties van een individu met zijn omgeving en is in die zin altijd psycho-sociaal; het gaat immers om zelfhandhaving. Deze ideeën speelden ook door in de opvatting over de taak van de huisarts: het is in eerste instantie niet belangrijk wat hij wel of niet doet. Het is belangrijker dat hij zich kan handhaven, zijn relaties met de patiënt weet te hanteren zonder zich te laten manipuleren, maar óók zonder hem kwijt te raken. Kwantitatieve minimumeisen aangaande het behandelen van patiënten met psychosociale problematiek werden door de psycholoog dan ook niet gesteld; het ging hem veeleer om het algehele functioneren van de huisarts, hetgeen uiteindelijk eventueel gevolgen zou hebben voor zijn psychosociale hulpverlening.

In de loop van 1978 heeft deze psycholoog zijn werkzaamheden binnen de R.P.I.-polikliniek beëindigd. Aangezien er binnen het team konsultatiegevers ook al onmiddellijk bij de start van het projekt een vakature was ontstaan, traden per 1 juni een tweetal nieuwe R.P.I.-medewerkers toe tot het projekt:

een psycholoog die eveneens gedragstherapeut was. Deze was niet verbonden aan de polikliniek maar werkte voornamelijk intramuraal aan het revalideren (weer zelfstandig maken) van langdurig gehospitaliseerden en aan het ontwikkelen van trainingsprogramma's die door verpleegkundigen kunnen worden uitgevoerd.

Over de taak van de huisarts bestonden voor deze psycholoog geen afgeronde ideeën, aangezien hij voor zichzelf nog geen duidelijk antwoord had op de vraag welke kennis van hen verwacht mocht worden en hoever ze moesten gaan in hun hulpverlening. De exakte plaats van de grens tussen de verschillende hulpverlenersrollen lag dus nog open;

een gezinsterapeut die bij zijn toetreding tot het projekt voor 60% verbonden was aan de polikliniek en voor het overige voor andere afdelingen werkte. Hij had binnen de gezinsterapie geen uitgesproken specialisatie, maar werkte vrij breed in de trant van 'wat doen twee mensen met elkaar ten behoeve van een derde'.

Over de taak van de huisarts op psycho-sociaal vlak heeft deze konsultatiegever zich niet uitgesproken.

Met deze achtergrondinformatie kunnen we de aandacht verplaatsen naar de motieven en doelen der konsultatiegevers voor zover zij een nagestreefde verbetering van het psycho-sociale hulpverleningsgedrag van de huisartsen betroffen.

- De psychiater streefde een kwantitatieve toename van signaleren, exploreren en voeren van gesprekken bij psycho-sociale problemen na, waarbij de intakes ook integraler van karakter zouden moeten worden. Tevens hoopte hij het voorschrijven van psychofarmaca en het uitvoeren van psycho-sociale verwijzingen te verminderen; de kwaliteit van de verwijzing zou daarnaast moeten verbeteren onder invloed van konsultatie.
- De maatschappelijk werker hoopte in het algemeen het hulpverleningsgedrag meer uit het medisch model te lichten en ook de kwaliteit ervan te verbeteren. Kwantitatief hoopte hij minimaal een toename van de sensitiviteit voor psycho-sociale (aspecten van) klachten te bereiken.
- De psycholoog beoogde geen kwantitatieve vorderingen. Hij had inhou-

delijke doelen waarbij hij het hulpverleningsgedrag wilde koppelen aan de eigen taakstellingen der huisartsen: het verkrijgen van duidelijkheid ten aanzien van de eigen en andermans verantwoordelijkheden achtte hij namelijk een thema dat bij alle mogelijke soorten interventies van toepassing is.

Zijn latere vervangers hebben eveneens een aantal doelen geformuleerd.

- Voor de gezinstherapeut was een centraal punt dat de artsen oog moesten krijgen voor de betekenis van het patiënt-zijn voor het systeem waar de patiënt deel van uitmaakt.

Deze konsultatiegever streefde er ook naar om de aard van de intakes op psycho-sociaal vlak te wijzigen, de verwijzingen kwalitatief te verbeteren (duidelijker verwijsredenen) en om een meer teruggevende aanpak waarin de zelfwerkzaamheid van de patiënt voorop staat, ingang te doen vinden.

- De psycholoog dacht met name in kwalitatieve termen. Hij wilde de huisartsen enigszins bewust maken van hun macht en de uitwerking die hun soms te snel en te gemakkelijk gemaakte opmerkingen op de patiënten heeft. In dit verband dacht hij ook aan de placebo-effecten van de arts. Daarnaast hoopte hij dat de artsen problematiek beter zouden gaan uitdiepen, hetgeen ook slechte verwijzingen zou kunnen voorkomen. Hij streefde er ook naar dat men meer ging focussen op de zelfwerkzaamheid van de patiënt.

Al met al kunnen we vaststellen dat de konsultatiegevers zeer gevarieerde ideeën hadden over de beoogde veranderingen in het handelen van de huisarts. Een redelijke communis opinio bestond eigenlijk alleen over het psycho-sociale verwijsgedrag dat naar hun idee verbetering behoeft. Daarnaast werd ook vaker in meer algemene zin verwoord dat men hoopte dat het konsultatieproces een bijdrage zou kunnen leveren aan het optimaliseren van de relaties van het R.P.I. met de huisartsen en met andere eerste-lijnshulpverleners.

4. Verwachtingen van de deelnemers t.a.v. het konsultatieproject - Eindhoven.

Zoals in hoofdstuk I.1 is uiteengezet, kunnen aan konsultatie een aantal vaste en variabele kenmerken worden toegekend.

Over de vaste kenmerken zijn de meeste auteurs het wel eens: een konsultatierelatie dient gelijkwaardig te zijn, de deelnemers dragen ieder eigen verantwoordelijkheid voor hun aandeel in de konsultatie, en persoonlijke problemen van de konsultatievrager zijn uitgesloten.

Met variabele kenmerken worden de inhoud van het besprokene en de vorm van het konsultatiegebeuren bedoeld. Deze vorm lag vast in het onderhavige projekt: we kunnen hier spreken van teamkonsultatie II, waarmee bedoeld wordt dat er meerdere konsultatievragers

en meerdere konsultatiegevers zijn. Naar inhoud lagen bij de start van het projekt nog allerlei mogelijkheden open. Het verloop ervan zou mede bepaald worden door de verwachtingen waarmee de deelnemers het projekt startten.

In de hierna volgende besprekingen van de verwachtingen van de deelnemers, komen enkele algemene zaken aande orde, maar ook enige vragen, die voortvloeien uit de specifieke situatie in Eindhoven. De verwachtingen over de inhoud van de konsultatie, komen aan de orde, waarbij

we de indeling van Caplan aanhouden. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen de verwachtingen omtrent de konsultatievragen, patiënt- gericht of meer op het funktionieren van de arts, en de verwachtingen omtrent de interventies van de konsultatiegevers, meer patiënt-gericht of arts-gericht.

De konsultatievragers in Eindhoven zijn huisartsen, eerste-lijns-werkers. Kenmerkend voor hun werk is o.a. continuïteit van de zorg-verlening. Er is dan ook gevraagd, of de deelnemers vervolgekonsultaties verwachten. Daarmee wordt bedoeld, dat in de loop van het projekt dezelfde patiënt(en) meerdere keren worden ingebracht ter konsultatie. De artsen in de P.M.D. en het R.P.I.-team vormden een praktijkgroep wat betekent dat de groep als totaliteit een belangrijke invloed kon uitoefenen op haar leden (sociale druk, pressie om aan een norm te voldoen). We hebben de deelnemers dan ook gevraagd naar hun verwachtingen omtrent "groepsvorming".

Tot slot hebben we de deelnemers gevraagd naar hun verwachtingen over de "kommunikatiestromen" tijdens het projekt.

De konsultatiegevers behoorden tot verschillende disciplines, we hebben de deelnemers gevraagd aan te geven, tot wie zij zich tijdens de konsultaties het meest zouden richten. Op deze manier wordt in kaart gebracht, hoe de verwachtingen t.a.v. de inbreng, de invloed van de verschillende deelnemers waren.

We beschrijven nu de verwachtingen van de deelnemers, zoals zij die na de proefperiode hebben geformuleerd. Op dat moment hadden zij enige ervaring opgedaan met konsultatie, hadden een konsultatietraining gehad, en konden zij die verwachtingen specifieker en konkreter formuleren.

We bespreken eerst de artsen, vervolgens de konsultatiegevers en tenslotte vergelijken we de verwachtingen van beiden.

tingen
artsen
Arts 6, en in iets mindere mate arts 3, verwachtten een tamelijk stabiel verloop van de konsultaties. De konsultatievragen, en ook de interventies van de konsultatiegevers, zouden volgens hen merendeels gericht zijn op het funktionieren van de arts.

De andere artsen voorzagen een ontwikkeling, zowel in de aard van de konsultatievragen als de interventies. Uiteindelijk zouden patiënt-gerichte konsultaties steeds minder voorkomen, en konsultaties gericht op de arts-patiënt relatie en het funktionieren van de arts steeds meer. Een aantal artsen zou met betrekking tot de vorm van konsultatie naast de gespreksvorm ook wel eens konkreet willen oefenen: genoemd werden rollenspel, werken met video en het houden van exposé's. Dit met het doel een direktere overdracht (van deskundigheid) en meer inzicht in het funktionieren van de konsultatiegevers te realiseren.

Een meerderheid verwachtte dat deze alternatieve vormen van konsultatie ook zullen plaatsvinden.

De artsen vonden unaniem, dat vervolgekonsultaties nuttig kunnen zijn en zij verwachtten ook dat dit in toenemende mate zou gebeuren. De kontinuïteit van de hulpverlening, die kenmerkend is voor het werk van de huisarts, zou naar hun idee regelmatig leiden tot vervolgekonsultaties. Op de vraag naar hun ideeën over groepsvorming onder de deelnemers waren de antwoorden zeer gevarieerd. Geen uitgesproken konkrete verwachtingen bij de deelnemers, het ontstaan van konkrete subgroepen of kampen werd over het algemeen niet verwacht, wel werd individueel de

verwachting uitgesproken, dat de groep als geheel beter zou gaan functioneren.

Met betrekking tot de kommunikatiestromen, verwachtten de artsen, dat ze zich veel zullen richten op de psycholoog en de psychiater (in die volgorde) en in veel mindere mate tot de maatschappelijk werker. De artsen noemden hun kollega's 1 en 6 als deelnemers tot wie zij zich eveneens vaak zouden richten. De sociaal-verpleegkundige die bij de P.M.D. werkte, sloot de rij.

tingen
konsul-
vers

Met betrekking tot de aard der konsultatievragen en de interventies (gericht op patiënt, arts-patiënt relatie, functioneren van de arts) voorzag de psycholoog een stabiel verloop en vond uitspraken over eventuele ontwikkeling daarin nogal voorbarig. Hij dacht dat patiënt-gerichte konsultaties in de minderheid zouden zijn.

De psychiater en de maatschappelijk werker verwachtten wel een ontwikkeling waarin het patiënt-probleem steeds meer op de achtergrond zou raken.

Een andere vorm van konsultatie, naast de gespreksvorm, werd niet uitgesloten geacht. De psychiater noemde rollenspel en video, de maatschappelijk werker naast rollenspel ook individuele konsultaties. De psycholoog noemde kennisoverdracht, in eerste instantie nog wel n.a.v. een casus, maar daar toch steeds meer van losgekoppeld.

Vervolgkonsultaties zouden naar verwachting van de konsultatiegevers incidenteel voorkomen.

Met betrekking tot groepsvorming varieerden de verwachtingen.

De psycholoog verwachtte buiten de konsultaties informele, meer persoonlijke relaties, de maatschappelijk werker verwachtte een stabiele groep, de psychiater tenslotte voorzag een uitzonderingspositie voor de psycholoog, en daarnaast voor de artsen 6 en 3.

Wat de kommunikatiestromen betreft waren de verwachtingen zeer verschillend: De psycholoog had het idee dat men zich weinig tot zijn kollega's zou wenden; de psychiater had geringe verwachtingen van de plaats die de psycholoog in het geheel in zou nemen. De maatschappelijk werker tenslotte dacht dat men zich veel tot de psychiater en weinig tot de psycholoog zou wenden.

De artsen, m.n. de artsen 5 en 4 en iets minder arts 6, worden hoog op de lijst gezet als degenen tot wie de konsultatiegevers zich het meest zullen wenden. De sociaal-psychiatisch verpleegkundige van de P.M.D. sluit ook hier de rij.

Als we de verwachtingen en ideeën van konsultatievragers en -gevers vergelijken, dan zien we grote overeenstemming over de ontwikkeling van het projekt: de konsultatie zal zich, volgens de meerderheid zelfs in toenemende mate, richten op het functioneren van de artsen en hun relatie met de patiënt.

Over de groepsvorming variëren de verwachtingen, zowel een ontwikkeling naar een grotere eenheid als een "scheiding der geesten" worden genoemd. De kommunikatiestromen worden verschillend ingeschat. De konsultatiegevers sluiten elkaar deels uit, wat inbreng betreft. Zij plaatsen de artsen 4 en 5 hoog op de lijst.

De artsen plaatsen psycholoog en psychiater en hun kollega's 1 en 6 boven aan.

De ideeën en verwachtingen, zoals die hier samengevat zijn weergegeven zullen we in het volgende hoofdstuk opnieuw ter sprake brengen, dan in vergelijking met de gang van zaken tijdens het projekt.

III DE KONSULTATIEZITTINGEN BESCHREVEN

1. Inleiding

Van alle bijeenkomsten tijdens het konsultatieproject is door een onderzoekster van het N.H.I. een verslag gemaakt, dat telkens door de deelnemers werd geautoriseerd. Daarnaast hebben de artsen van elke casus, die zij ter konsultatie inbrachten, een registratieformulier ingevuld. Tenslotte werd achteraf bij de arts nagegaan hoe het verdere verloop was van de kontakten met patiënten waarover de arts konsultatie had gevraagd.

Gedurende de proefperiode werd gebruik gemaakt van het registratieformulier, zoals dat ook in 't Withuis werd gebruikt. Dit formulier bleek niet helemaal geschikt te zijn, op basis van de ervaringen uit de proefperiode is een eigen versie ontworpen, waarop een groot aantal aspecten van de konsultatie voor een casus kan worden vastgelegd (zie bijlage). Een aantal achtergrondgegevens (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en verzekeringsvorm) van de ingebrachte patiënt(en) werden vastgelegd.* Daarna werden de volgende aspecten van de konsultatie geregistreerd.

1. De aard van de problematiek van de ingebrachte patiënt(en).
2. De lokalisatie van het probleem, door de arts, waarvoor konsultatie werd gevraagd. Drie alternatieven waren hier mogelijk: gelokaliseerd bij de patiënt, in de arts-patiënt relatie, in het functioneren van de arts.**
3. Het beleid dat tot nu toe was gevoerd t.a.v. deze patiënt(en)**
4. Wat het plan zou zijn, indien geen konsultatie mogelijk was.
5. De konkrete konsultatievraag, met een eventuele herformulering.
6. Het uiteindelijke advies, dat de arts, na konsultatie, overnam.
7. Het resultaat na 3 maanden.

Waar van toepassing konden meerdere alternatieven worden aangegeven. Deze aspecten van de konsultatie werd op deze manier vastgelegd om de specifieke konsultatie situatie in Eindhoven, en mogelijke veranderingen daarbinnen, te kunnen analyseren.

Om ontwikkelingen in het verloop van het konsultatieproject te kunnen vaststellen, is de periode in twee delen gesplitst. In de volgende analyses vergelijken we telkens de eerste elf zittingen met de laatste veertien zittingen.

De keus voor deze indeling berust op de volgende redenen:

- Na de elfde zitting was er sprake van een definitieve wisseling van de wacht in het R.P.I.-team, de psycholoog maakte vanaf dat moment officieel geen deel meer uit van het konsultatiegevend team, en werd vervangen door de gezinstherapeut en een andere psycholoog.
- In de 9e zitting en 10e zitting werd nog "bijgetraind", onder de aanwezigheid van een konsultatietrainster, in de methodiek van konsulteren.

* Op het Withuis-formulier ontbrak de mogelijkheid, een gezin als casus te registreren, daarin werd in de herziene versie wel voorzien.

** Dit gegeven ontbrak op de "Withuis-versie".

Om veranderingen tijdens het projekt te kunnen vaststellen, hebben we de scheidslijn getrokken op het moment dat wijzigingen onder de deelnemers en direkte invloed van buitenaf niet meer zijn voorgekomen.

Aan de hand van de registratieformulieren, worden de konsultaties nu besproken, waarbij we dus telkens de twee perioden met elkaar vergelijken.

2. Achtergrondgegevens

aantal konsultaties

In periode I werd in tien van de elf zittingen tijd aan konsultatie besteed. In 1 zitting werd aandacht besteed aan de follow-up van de tot dan toe ingebrachte gevallen.

In periode II werd in elf van de veertien zittingen tijd aan konsultatie besteed. Twee zittingen werden besteed aan rollenspel rond omgaan met seksualiteitsproblematiek, 1 zitting aan tussentijdse evaluaties en onderlinge feed-back.

In tabel 1 staat het aantal konsultaties in de twee perioden vermeld.

ARTS	PERIODE I *	PERIODE II *	TOTAAL
1	3	3	6
2	3	3	6
3	2	4	6
4	3	3	6
5	3	2	5
6	4	1	5
7	3	2	5
Totaal:	22	17	39

* Periode I: zitting 1 t/m 11 (waarvan tien zittingen besteed aan konsultatie)

Periode II: zitting 12 t/m 25 (waarvan elf zittingen besteed aan konsultatie)

Tabel 1: aantal konsultaties per periode.

Opvallend is de daling van het aantal konsultaties, in de eerste periode nog iets meer dan 2 per zitting, in de tweede periode daalt dit naar 1,5. Om na te kunnen gaan of dit verschil veroorzaakt wordt door een langere tijdsduur per konsultatie, is tijdens de zittingen die tijdsduur vastgelegd.

In de eerste periode was de gemiddelde tijdsduur per konsultatie 36 minuten, in de tweede periode 42 minuten, een verschil dat te klein is, om de daling in aantal konsultaties te verklaren.

In de eerste periode werd 60% van de tijd aan konsultatie besteed, in de tweede periode is dit gedaald tot 45%.

We zijn aan de hand van verslagen nagegaan, waaraan in de tweede periode meer tijd is besteed.

We kunnen dan konstateren, dat minder tijd is besteed aan feitelijke "gevalse"-bespreking, maar dat het persoonlijk funktionieren van de huisartsen, los van een ingebrachte casus, wel meer aan de orde is gekomen. Diskussies over de problemen binnen de huisartsengroep, beroepsopvatting van de deelnemers, komen in de tweede periode meer voor. Ook wordt de vorm van de konsultatie in de tweede helft enige malen ter diskussie gesteld: moet men op de oude voet doorgaan aan de hand van casuïstiek of meer thematisch gericht gaan praten. Hieruit kan een verschuiving worden afgeleid van gevalsgericht praten naar praten over het funktionieren; evenzeer echter maken we hieruit enige onzekerheid op over de invulling van de laatste vijf à zes zittingen.

leeftijds- en
slachtsver-
deling

In tabel 2 staat van de twee periodes de leeftijds- en geslachtsverdeling van de ingebrachte patiënten vermeld:

Leeftijd \ Geslacht	Periode I *		Periode II **		Totaal	
	M	V	M	V	M	V
10-19		1				1
20-39	5	7	2	6	7	13
40-59	4	2	6	4	10	6
60 en ouder	1	1	2	1	3	2
Totaal	10	11	10	11	20	22

* van één geval ontbreekt achtergrondinformatie

** in de 2e periode zijn er meer patiënten dan konsultaties

Tabel 2: leeftijds- en geslachtsverdeling van ingebrachte gevallen in de twee periodes.

Zoals we bij de bespreking van het registratieformulier al vermeldden, ontbrak tijdens de proefperiode - die de eerste acht zittingen in periode I besloeg - de mogelijkheid om een gezin als casus te registreren. In de tweede periode is het aantal patiënten hoger dan het aantal konsultaties, als gevolg van de mogelijkheid een gezin als casus te kunnen registreren. Het feit dat deze registratiemogelijkheid zo duidelijk werd benut, geeft aan dat de huisarts duidelijk ook een gezinsarts is, en problemen mede bekijkt in samenhang met het systeem, waartoe een individu behoort. In paragraaf 3 komen we hier nog op terug.

Bekijken we de leeftijds- en geslachtsverdeling, dan zien we dat ongeveer evenveel vrouwen als mannen zijn ingebracht. De vrouwen vallen merendeels in de leeftijdskategorie 20-40 jaar, de mannen in de categorie 40-60 jaar. Er zijn weinig patiënten in de categorieën jongeren en boven 60 jaar.

3. De ingebrachte problematiek

nd van de
problemen

De vergelijkbaarheid van de twee perioden is hier behouden, ondanks de registratieverschillen. Aan de hand van de verslagen, kon de registratie van de aard der problematiek uit de eerst 7 zittingen overeenkomstig het gewijzigde registratieformulier worden aangepast.

In tabel 3 staat de aard der problematiek naar frekwentie van voorkomen vermeld. De artsen konden per casus meerdere alternatieven aankruisen.

Periode I (22 kons.)		Periode II (17 kons.)	
1.huwelijks/partnerprobl.	13	1.huwelijks/partnerprobl.	7
2.psychiatrische problematiek	9	2.psychiatrische problematiek	6
3.som.klachten z.l.b.	8	3.gezinsproblemen	5
4.sexualiteitsproblemen	5	sexualiteitsproblemen	5
5.somatische klachten l.o.	4	5.somatische klachten z.l.b.	4
6.werk/schoolproblemen	3	chronische ziekte	4
anders	3	7.anders	3
8.gezinsproblemen	2	8.verslavingen alcohol/drugs	2
overmatig medicijngebruik	2	somatische klachten l.o.	2
10.chronische ziekte	1	10.werk/schoolproblemen	1
verslaving alcohol/drugs	1	11.overmatig medicijngebruik	0
Totaal	51		39
gemiddeld aantal problemen per consultatie	$\bar{x}=2.3$		$\bar{x}=2.3$

Tabel 3: soort problemen die werden ingebracht.

Vergelijken we de rangordering in de twee perioden dan zijn er enkele verschuivingen. De somatische klachten zonder lichamelijke bevindingen komen in de tweede periode minder voor, gezinsproblemen komen in de tweede periode meer voor (n.b. dit kan veroorzaakt zijn door het registratieverschil).

De somatische klachten met een lichamelijke oorzaak verdwijnen in de tweede periode vrijwel geheel.

Aan de top zien we in beide perioden huwelijks/partner problematiek en intra-psychische/psychiatrische problematiek. Niet zo verwonderlijk als we bedenken dat het konsulteren m.n. betrekking zou hebben op psychosociale problematiek.

De problematiek met een duidelijk lichamelijke komponent verdwijnt in de tweede periode nog meer naar de achtergrond, wat wij interpreteren als het gevolg van het ontstaan van grotere duidelijkheid bij de deelnemers, welke soort problematiek zij voor consultatie willen inbrengen; die problematiek draagt een steeds "psychosociale" karakter.

Als we de frekwentie van de problematiek relateren aan het aantal consultaties, dan zien we dat, gemiddeld, ruim 2 probleemgebieden per consultatie aan de orde zijn geweest. Met andere woorden, de ingebrachte

problematiek was volgens de artsen te herleiden tot meerdere probleemvelden, daarin is geen toe- of afname te constateren.

Weer kort samengevat kunnen we stellen, dat overeenkomstig de bedoeling van het konsultatieprojekt, de ingebrachte problematiek een psychosociaal karakter had, en dat problematiek met een lichamelijke komponent in de loop van het projekt meer naar de achtergrond is verschoven.

De neiging van de artsen om meerder probleemgebieden aan te geven, en hun voorkeur om het gezin als casus te registreren wijzen er o.i. op, dat deze huisartsen de problematiek, waarmee zij geconfronteerd worden, niet als een toevallig geïsoleerd probleem van een individu beschouwen. Eerder wekt het de indruk dat ze de samenhang van het probleem met andere factoren en het systeem als uitgangspunt kiezen.

Lokalisatie
van de problemen

Een konsultatie vond altijd plaats aan de hand van een patiënt, die werd ingebracht (met één uitzondering in periode II waarin konsultatie plaatsvond rondom het probleem dat een arts geen patiënt had in te brengen).

De problematiek van de ingebrachte patiënten, zoals de arts die zag, werd hierboven beschreven. In plaats van de aard van de problemen in beschouwing te nemen, kunnen we ook nagaan bij wie de arts het zwaartepunt van het probleem legt. Hij kan dat bij de patiënt lokaliseren, in dat geval is het aangrijpingspunt voor de konsultatiegevers ook de problematiek van de ingebrachte patiënt; de arts kan het probleem waarvoor hij konsultatie vraagt ook onderscheiden van de problematiek van de patiënt, die hij inbrengt. In dat geval lokaliseert hij het probleem in zijn eigen funktioneren, dan wel in zijn relatie met zijn patiënt(en), of in combinaties van deze twee.

In tabel 4 staat de lokalisatie door de artsen van het probleem waarvoor konsultatie werd gevraagd in de twee perioden vermeld.

Lokalisatie van de problematiek	Periode I (22 konsultaties)		Periode II (17 konsultaties)		Totaal (39 konsultaties)	
	n:	%:	n:	%:	n:	%:
Patiënt	10	40%	7	25%	17	32%
Relatie arts-patiënt	5	20%	11	40%	16	30%
Arts	10	40%	10	35%	20	38%
Totaal	25	100%	28	100%	53	100%

Tabel 4: de lokalisatie van de problematiek door de artsen in twee periodes.

Uit deze tabel lezen we af dat de artsen in de loop van het projekt de problemen meer bij de relatie tussen henzelf en de patiënt gaan leggen, en minder bij de patiënt alleen. Dit zien we overigens vooral optreden bij artsen 1, 2 en 4.

Voorts zien we dat in de tweede periode de problematiek vaker op meerdere plaatsen wordt gelokaliseerd dan in de eerste periode.

4. De vragen en adviezen

De formulering van de konsultatievragen is, uiteraard, zeer gevarieerd. Om toch enigszins tot een indeling te komen, hebben we de vragen ingedeeld volgens 2 indelingsnormen:

- vraagt de arts konsultatie voor de problematiek van de patiënt(en) of voor zijn eigen funktioneren.
- het "thema" van de vraag.

De konsultatievragen uit de eerste periode kunnen dan als volgt worden samengevat (er werden per casus soms meerdere vragen formuleerd)

<u>PATIENTEGERICHT:</u>	
- Hoe ga je verder met deze patiënt(en) ?:	12
<u>GERICHT OP FUNKTIONEREN ARTS:</u> (13)	
- ben ik op de goede weg?	7
- hoe ga je om met? (b.v. medicijngebruik, psychosomatiek, verantwoordelijkheid)	4
- "Ik voel me rot/onmachtig" hoe kom ik daar van af?	1
- Mis ik iets als ik niets doe/toedek?	1

In de tweede periode is de indeling:

<u>PATIENTEGERICHT:</u>	
- Hoe je verder met deze patiënt(en) ?:	6
<u>GERICHT OP FUNKTIONEREN ARTS:</u> (14)	
- Waarom kan ik niet verder, wat deed ik verkeerd?	6
- Ik voel me rot/onmachtig, hoe kom ik daar van af?	3
- Hoe ga ik om met....(psychofarmaca, alcoholisme)?	2
- Ben ik op de goede weg?	2
- Wat vindt het team van (waarnemingsproblematiek)?	1

We zien dat in de eerste periode bijna de helft van de konsultatievragen geformuleerd is n.a.v. de problematiek van de patiënt, en dat die formulering in de tweede periode persoonlijker is geworden, en ook minder vaak voorkomt.

In de tweede periode krijgen de konsultatievragen ook meer emotionele kleuring (onmachtige gevoel, het gevoel verkeerd te zitten) en worden kwetsbaarder geformuleerd.

onsultatie-
en
--

Het beeld, een verschuiving naar een persoonlijker en meer emotionele vraagstelling, stemt geheel overeen met de konstatering in paragraaf 3 n.a.v. de lokalisatie van het probleem, waar ook een duidelijke verschuiving te zien was van "patiënt" naar "arts".

Op het registratieformulier is gevraagd naar het beleid dat de arts zou voeren, indien konsultatie niet mogelijk was geweest en naar het uiteindelijk advies dat de arts na de konsultatie overgenomen heeft. In tabel 5 staan de resultaten vermeld.

	PERIODE I (m.b.t. 18 konsultaties)		PERIODE II (m.b.t. 14 konsultaties)		Totaal	
	indien geen kons.	overge- nomen advies	indien geen kons.	overge- nomen advies	indien geen kons.	overge- nomen advies
zelfde beleid	11	7	12	5	23	12
ander beleid zelf uitvoeren		7		7		14
verwijzen	7	2		2	7	4
anders		4	4	3	4	7

Tabel 5: Beleid, zonder en met konsultatie.

In de kolom onder "geen konsultatie" staat aangegeven wat het beleid zou zijn geweest, indien konsultatie had ontbroken. In de kolom onder "overgenomen advies" staat het beleid dat de arts heeft geregistreerd na konsultatie.

Bij de registratie werden nogal eens meerdere mogelijkheden samen aangegeven, bijv. dat de arts hetzelfde beleid zou blijven voeren en ook zou verwijzen. Bovendien ontbrak op een aantal formulieren het advies. In periode I beschikken we zodoende over 18 volledige registraties, in periode II over 14.

We zien dat bij het ontbreken van konsultatie de artsen voor het merendeel hetzelfde beleid als tot dan toe zouden voortzetten. En we zien dat het advies na konsultatie daarmee in ongeveer 50% van de gevallen overeenstemde (12 van de 23). In die andere 50% van de gevallen luidde het advies vaak een ander beleid te gaan voeren, maar wel door de arts zelf uitgevoerd.

In de eerste periode zouden de artsen zevenmaal tot een verwijzing besluiten indien konsultatie zou ontbreken, in de tweede periode komt dat niet meer voor. Hoe verleidelijk het ook is, dit als een leereffekt van de konsultatie te interpreteren, in de zin dat

artsen minder willen verwijzen, een waarschijnlijker interpretatie is, dat dit een gevolg is van de al meermalen geconstateerde verschuiving van patiënt-gerichte naar arts-gerichte consultatie. Daarbij gaat het immers meer om een wijziging van het beleid en minder om een oplossing van de problematiek van de patiënt, waarvoor b.v. een verwijzing in overweging genomen kan worden.

Het advies verwijzen komt weinig voor, hoewel het regelmatig overwogen werd. En van de vier keer dat dit advies werd gegeven, was dit drie keer een verwijzing binnen het team (R.P.I.) één keer naar de S.P.D. In de eerste periode werd verwijzen zevenmaal overwogen door de artsen, en 2 maal ook geadviseerd. In de andere vijf gevallen werd geadviseerd zelf een ander beleid te gaan voeren. Het advies "anders" betekende onder andere: een gezamenlijke "intake" van arts en R.P.I. -teamlid (2x), een gezamenlijke visite, het oprichten van een hart-fobiegroep, de patiënt een andere huisarts laten kiezen, een verwijzing voor 1 gesprek.

Samenvattend kunnen we konstateren dat er een duidelijk verschil is tussen het beleid dat de artsen zouden gaan voeren indien consultatie had ontbroken, en de adviezen na consultatie. Waar de artsen hetzelfde beleid wilden blijven voeren of verwijzen, luidde het advies in 50% van de gevallen zelf een ander beleid te gaan voeren of "anders".

5. Een illustratie

De ontwikkeling gedurende het project, die in de voorgaande paragrafen uiteengezet is, laat zich illustreren aan de hand van de twee volgende consultaties. We geven integraal de verslaglegging weer van een consultatie uit de eerste bijeenkomst en een uit de achttiende bijeenkomst.

consultatie
ste periode

Arts 6 (duur consultatie: 25 minuten) heeft een patiënte, 47 jaar oud, gehuwd zonder kinderen. Patiënte is particulier verzekerd. Evenals haar moeder (die overleden is, maar daarvoor bij patiënte in huis heeft gewoond) gebruikt ze al jarenlang voortdurend veel mepobromaat (ca. 8 tabletten per dag). De arts is al tijdenlang zonder succes aan het proberen haar van deze verslaving af te helpen. Een verwijzing naar een psycholoog is na enkele zittingen mislukt (viel niets mee te beginnen volgens de psycholoog). Patiënte vermagert de laatste tijd erg snel.

De konkrete vraag aan de consultatiegevers luidt: "Hoe krijg je zo iemand van een dergelijke verslaving af?"

De consultatie begint met een aantal oriënterende vragen aan het adres van de arts. Gevraagd wordt naar de echtgenoot (deze komt op het spreekuur met stuwings in de genitaliën); de relatie tussen haar en haar echtgenoot (ze behandelt haar man net als mij: ze speelt spelletjes) en naar de omstandigheden waarin ze leeft. Een consultatiegever konkludeert: "ze heeft in feite niets om voor te leven". De arts vraagt om een konkret advies of om een konkrete oplossing. Gaandeweg worden deze van verschillende kanten aangedragen:

Konsultatiegever: verwijzen (arts 5 vindt dit niet juist)

Arts 2 : crisis forceren, door bijvoorbeeld te weigeren deze medicijnen nog langer voor te schrijven.

Arts 2 : de apotheker deze tabletten na te laten maken en de dosis van het werkzame bestanddeel geleidelijk aan verminderen. Wanneer de patiënte al een tijdje tabletten geslikt heeft waar helemaal niets meer inzit (placebo's) haar konfronteren met het feit dat ze het dus ook zonder kan.

Deze laatste suggestie ontmoet overal bijval; arts 6 neemt de suggestie over en gaat deze list in praktijk brengen.

consultatie
de periode

Arts 1 (duur consultatie: 35 minuten) brengt een echtpaar in van 23 en 25 jaar. De problemen concentreren zich rond de vrouw die erg precies en nauwgezet is en hoge eisen aan zichzelf stelt. In 1975 kwam zij voor het eerst bij de arts. Ze liep toen in de ziektewet. Ze was verschrikkelijk nerveus vanwege het feit dat ze naast het huishouden een volledige baan had. Ze wilde dolgraag een dag minder werken, maar dat viel moeilijk te realiseren. Ze vroeg daarom kalmeringsmiddelen, die de arts haar overigens vanaf het begin heeft geweigerd. Steeds meer ging ze echter haar ongenoegen vertalen in lichamelijke klachten (buik, rug, etc.) tot ze op een gegeven moment een halve dag per week minder kon gaan werken. Daarna ging het een tijdje goed.

Enige tijd later kwam ze bij hem omdat ze weg wilde uit haar flat (een verlangen dat overigens tenvolle door hem werd begrepen en ondersteund). De voornaamste reden was dat het echtpaar besloten had om kinderen te krijgen en deze onder geen enkele voorwaarde in hun huidige woonruimte wou laten opgroeien. Alle woningbureaus gaven hen echter nul op rekest ("zorg maar dat je één of liefst twee kinderen hebt, en kom dan nog maar een terug!!")

Daarom dacht ze dat een medische urgentie wellicht zou helpen. Het echtpaar was hiervoor bij X geweest (de man is suikerpatiënt), maar aangezien er geen dringende reden was (de diabetes was goed ingesteld) heeft X een urgentieverklaring geweigerd. De vrouw werd hierdoor radeloos en begon weer te somatiseren. Even heeft ze geprobeerd om toch maar zwanger te worden, maar dit lukte niet omdat de cyclus onregelmatig was. De ellende werd compleet toen op een gegeven moment eindelijk een huis werd aangeboden dat hen niet beviel, wat resulteerde in een weigering hunnerzijds. Sindsdien hebben ze helemaal geen kans meer bij de woningbureaus. Alles bij elkaar is het resultaat nu dat de vrouw weer enige maanden in de ziektewet is en haar werkgever duidelijk begint te protesteren tegen haar regelmatig arbeidsverzuim. Een tweede bezoek aan X heeft een urgentie op psychosociale indicatie opgeleverd. De woningbureaus lijken hier echter niet op te reageren. De arts heeft daarom een maatschappelijk werker ingeschakeld met een dubbele opdracht:

a. hoe zit dat met die woningbureaus?

b. help hen een "way of living" te vinden!

Ook deze aktie lijkt op niets uit te lopen.

De arts voelt zich in deze situatie vastzitten. Hij wordt gehinderd door enerzijds machteloosheid, maar anderzijds ook irritatie. Het lukt hem niet haar over de drempel te tillen (tot ze een nieuw huis heeft).

Arts 4 vraagt zich af waar de irritatie van arts 1 vandaan komt:

a. omdat hij wil helpen, maar het niet kan?

b. omdat hij het lot van dit echtpaar op zijn bureau gedeponereerd krijgt? Het laatste is zeker waar, vindt arts 1, maar hij lijdt toch ook onder zijn machteloosheid.

Arts 4 herkent het relaas. Het komt erg veel voor; hij heeft ook regelmatig dit soort gevallen in zijn praktijk. Het enige waar hij zich wel eens over verbaast is dat mensen die echt persé weg willen uit hun flat dat op een gegeven moment ook wel klaarspelen; die gaan naar Best of naar Veldhoven of krijgen tenslotte toch een urgentieverklaring. Andere mensen lukt het daarentegen nooit. Helemaal toevallig kan dat niet zijn. Er wordt een tijdje gepraat over de momenteel weer toenemende woningnood en de manieren waarop je toch aan een huis kunt komen (bijvoorbeeld door irritatie op te wekken aan de andere kant). Toch blijft arts 1 met een stukje onvrede zitten. Hij heeft er geen bezwaar tegen om af en toe wanneer dat nodig is voor zo'n geval eens aan de bel te trekken, maar niet als regel. Een deel van zijn irritatie komt voort uit het feit dat hij zich verzet tegen het gegeven dat je met een medisch excuus een dergelijk doel moet bereiken.

Konsultatiegever A heeft hier niet zoveel problemen mee. Als de maatschappij zo in elkaar zit dat je enkel met een medisch excuus een huis kunt krijgen dan is dat nu eenmaal zo en wil hij daar best aan meewerken. Wanneer een patiënt voor een dergelijk doel naar hem verwezen zou worden zou hij zonder gewetensbezwaar een medische urgentie tekenen. Deze opstelling stuit op protesten van de kant van arts 5 en arts 6.

Arts 1 formuleert als konklusie dat hij twee suggesties uit deze konsultatie heeft opgepikt:

1. zulke gevallen bestaan nu eenmaal; die irritatie heb je tot het probleem is opgelost;

2. verwijzen voor een medische indicatie.

In de praktijk zal het er wel op neerkomen dat hij zal blijven doormodderen, tot hij murw is; daarna zal hij de patiënt waarschijnlijk wel doorverwijzen. Arts 3 heeft voor dit verschijnsel een goede benaming: in zo'n geval fungeert de huisarts als semipermeabel membraam (de meeste mensen houd je tegen, maar af en toe moet je iemand doorlaten die teveel stampij maakt).

Tot slot verzucht arts 4 dat hij er in ieder geval genoeg van heeft om steeds als intermediair tussen woningspreekuur en patiënten te fungeren.

Wanneer we deze twee konsultaties op de in dit hoofdstuk besproken kenmerken vergelijken zien we de volgende verschillen:

In de eerste konsultatie ligt in de formulering het probleem duidelijk bij de patiënt besloten; in de tweede konsultatie is het primaire probleem het machteloosheidsgevoel van de arts en komt het woningprobleem van de patiënt op de tweede plaats. Ook de aard van het probleem wordt anders omschreven: in het eerste voorbeeld is deze omschrijving sterk gericht op het lichamenlijk funktioneren van de patiënt (ze is verslaafd, ze vermagert), terwijl in het tweede voorbeeld de lichamenlijke problematiek van de patiënt wordt gezien als een manier van omgaan met hun maatschappelijk probleem.

Als gevolg van deze verschillen in de manier waarop de arts het probleem aanbiedt, zijn ook de vragen die ze eraan verbinden verschillend.

De konsultatievraag van arts 6 in het eerste voorbeeld, is te rangschikken onder de categorie: "Hoe ga je verder met deze patiënt". De vraag van arts 1 in het tweede voorbeeld is daarentegen een prototype van de categorie "ik voel me rot/onmachtig, hoe kom ik daarvan af?"

Tenslotte zien we dat ook de wijze waarop de artsen en konsultatiegevers zich met het probleem bezig houden is veranderd. In het eerste voorbeeld wordt naarstig naar een oplossing gezocht, hetgeen uiteindelijk in een "list" kulmineert. In het tweede voorbeeld is veel eerder sprake van een uitwisseling van gevoelens die anderen met dat soort problemen hebben, terwijl het probleem als zodanig niet zoveel dichterbij een oplossing komt.

6. Follow-up

Voor zover dat mogelijk was, is van de gevallen waar konsultatie gevraagd is, na drie maanden nagegaan hoe het nu met die patiënten ging. Aan twee aspecten werd aandacht besteed: heeft de arts het advies dat gegeven werd opgevolgd, en is er sprake van een verbetering bij de patiënt op het gebied waarover konsultatie was gevraagd.

In het onderstaande staatje staan deze gegevens samengevat:

Advies opgevolgd	: 14	Patiënt sterk verbeterd:	9
Advies niet opgevolgd:	8	Patiënt verbeterd	: 4
Onbekend	: 14	Geen verandering	: 10
		Patiënt verslechterd	: 1
		Onbekend	: 12

Van drie gevallen kan de identiteit niet achterhaald worden. Bij de overige 36 moeten de volgende kanttekeningen gemaakt worden:

- een dergelijk achteraf onderzoek blijkt vrij lastig, getuige het grote aantal onbekenden. Dit betreft deels vertrokken of overleden patiënten, deels ook patiënten die om een of andere reden de arts niet meer bezocht hadden nadat hij konsultatie over hen gevraagd had.
- de betrouwbaarheid en validiteit van deze gegevens is maar betrekkelijk. Het al dan niet opgevolgd hebben van het advies is soms controleerbaar (b.v. als het advies inhield: verwijzen naar R.P.I.), maar soms afhankelijk van de interpretatie van de arts (b.v. een bepaalde benadering proberen of het gevolgde beleid voortzetten). Het al dan niet verbeterd zijn van de patiënt is soms uit contactfrequentie en medicijngebruik aardig op te maken, soms moet men afgaan op de beoordeling van de arts.

Letten we - met deze overwegingen in ons achterhoofd, op de mate waarin adviezen werden opgevolgd, dan zien we dat in feite in nog geen 40% van de konsultaties een advies ook wordt opgevolgd. Dit hoeft helemaal niet zo erg te zijn, indien we als voornaamste doelstelling van konsultatie een vorm van exemplarisch leren zien, waarbij het resultaat in dat bijzondere geval dat als voorbeeld wordt opgevoerd op de tweede plaats komt.

We zien n.l. dat in een relatief groot aantal gevallen onbekend is, of het advies is opgevolgd; meestal betekende dit dat er geen gelegenheid was geweest om dit te doen, omdat de patiënt was overleden, vertrokken of gewoon niet meer met dat probleem was gekomen.

Ook "niet opvolgen" van het advies kan inhouden dat het advies niet meer opportuun was.

We moeten ons rekenschap geven van de situatie waarin de arts advies vroeg in dit projekt: soms inderdaad omdat hij acuut geen raad wist, maar vaak ook omdat hij nu wel eens de mening van anderen wilde horen. De resultaten op dit punt zouden anders kunnen zijn, wanneer de essentie van het projekt geweest was dat de arts, op het moment dat hij niet meer wist wat hij moest doen, het team van konsultatiegevers had moeten raadplegen hoe hij zich uit de situatie kan redden.

Ook uit resultaten m.b.t. de tweede follow-up maat, de verbetering van de patiënt, kunnen we afleiden dat deze vorm van konsultatie niet op de eerste plaats gezien kan worden als een vorm van hulpverlening. Van veel patiënten valt niet om een van de voornoemde redenen op te maken of er van enige verbetering sprake is. Voor zover dit wel mogelijk is, is maar iets meer dan de helft van de patiënten er "beter" van geworden. De vraag is wederom of dit de belangrijkste doelstelling hoort te zijn. Praten over hopeloze gevallen kan een hoog rendement hebben zonder dat dit afleesbaar is uit sprekakulaire verbetering bij deze patiënten. Het is wel zo dat we hieruit kunnen leren dat konsultatie niet als doelstelling moet hebben om psychotherapie via een omweg binnen de huisartsenpraktijk te halen.

De gedachten die hier doorklinken kwamen we ook bij diverse artsen tegen, waar deze vermeldden, ondanks negatief resultaat of niet opvolgen van advies, toch veel aan die konsultatie gehad te hebben, het erg belangrijk gevonden te hebben dat ze iets dergelijks te berde hadden gebracht, o.i.d.

7. Samenvatting

In deze paragraaf hebben we, aan de hand van het registratieformulier, besproken wat er tijdens de konsultatiezittingen aan de orde is geweest. We hebben twee perioden met elkaar vergeleken om eventuele veranderingen te kunnen opsporen.

Allereerst zagen we dat het aantal konsultaties in de loop van het projekt is gedaald, en dat dit samenhangt met de tijdsbesteding tijdens de zittingen. In de tweede periode werd minder tijd besteed aan feitelijke konsultatie, en meer tijd aan onderlinge feed-back en evaluatie. De problematiek van de patiënten die werden ingebracht was grotendeels psychosociaal, in de tweede periode nog iets meer. De problematiek lag vaak op meerdere probleemvelden, volgens de artsen: gemiddeld werden iets meer dan 2 probleemgebieden aangegeven.

De helft van de ingebrachte patiënten viel in de leeftijd tussen 20-40 jaar en 40% tussen 40-60 jaar, de jongeren en ouderen waren nauwelijks vertegenwoordigd. Het merendeel der patiënten was gehuwd, en evenveel vrouwen als mannen werden ingebracht.

We zagen ook dat de konsultatie zich in de loop van het projekt steeds meer is gaan richten op het funktioneren van de arts zelf en zijn relatie met de patiënt. Dat in de tweede periode meer tijd is besteed aan het persoonlijk funktioneren, en onzekerheid ging ontstaan over de vorm van konsultatie heeft waarschijnlijk te maken met die verschuiving, de konsultatiezittingen werden minder "casus-afhankelijk".

Deze ontwikkeling weerspiegelde zich ook in formulering van de konsultatievragen, die, naarmate het projekt vorderde, een steeds persoonlijker karakter kreeg, emotioneel gekleurd werd, en veel minder betrekking had op de problematiek van de ingebrachte patiënt.

We hebben gezien, dat er een duidelijk verschil was tussen de plannen van de artsen, indien er geen konsultatie zou zijn geweest, en de adviezen na konsultatie. In de helft van de gevallen werd anders geadviseerd dan het plan van de arts, m.n. om zelf een ander beleid te gaan voeren. Het advies om te verwijzen kwam sporadisch voor.

In paragraaf 6 illustreerden we diverse verschillen tussen de twee periodes aan de hand van twee konsultatieverslagen uit beide periodes. In de follow-up van de konsultaties bleek dat konsultatie lang niet altijd effekt had op de behandeling van het ingebrachte geval, in de zin dat adviezen altijd werden opgevolgd of dat de betreffende patiënt ook duidelijk verbeterde. Vaak was hierover geen uitspraak te doen omdat de patiënt niet meer bij de arts kwam, of het probleem al vanzelf was overgegaan. Konsultatie lijkt belangrijker als methode om te leren, dan als "therapie op afstand".

Tot slot van de samenvatting keren we nog even terug naar de verwachtingen van de deelnemers over het verloop van het projekt (paragraaf 2).

We zien dan dat de verwachte ontwikkeling, van patiënt-gerichte naar arts-gerichte konsultatie, inderdaad heeft plaatsgevonden, en dat de interventies ook meer op het funktioneren van de arts gericht werden (gezien de adviezen), wat ook overeenkomstig de verwachting was.

Twee zittingen werden besteed aan rollenspellen rondom seksualiteitsproblematiek, dit is ook overeenkomstig de verwachting van de deelnemers, maar de artsen hadden verwacht, dat dit iets meer zou gebeuren. Vervolgkonsultaties werden nuttig geacht, en m.n. de artsen verwachtten dat die ook regelmatig zouden voorkomen. Tijdens het projekt echter is dit slechts 1 keer voorgekomen. Wel werd regelmatig de follow-up van eerdere konsultaties besproken.

Al met al kunnen we zeggen dat, wat de tot nu toe bestudeerde gegevens betreft, het projekt redelijk overeenkomstig de verwachtingen van de deelnemers is verlopen.

IV DE INVLOED DER DEELNEMERS

1. Inleiding

Nadat in het vorige hoofdstuk uitgebreid bekeken is, wat in de konsultatiezittingen werd besproken en wat er is veranderd, willen we in deze paragraaf ingaan op het communicatieproces in de loop van het projekt. In de interviews hebben de deelnemers hun verwachtingen uitgesproken over de communicatiestromen tijdens de konsultatiezittingen; op basis van de verslagen willen we nagaan, hoe die kommunikatie tussen konsultatievragers en -gevers, en ook tussen vragers en gevers onderling is verlopen.

We beschrijven in dit hoofdstuk eerst de deelname van de diverse konsultatievragers en -gevers, en gaan na of in dit opzicht bepaalde clusters te onderscheiden zijn; ook onderzoeken we of er een samenhang bestaat tussen aard van de problemen waarop een konsultatiegever reageert en de discipline van de konsultatiegever.

Vervolgens vergelijken we de invloedshierarchie zoals we die uit de konsultatieverslagen kunnen opmaken met de manier waarop de deelnemers elkaar in de interviews rangschikten.

Kortom, vanuit een aantal verschillende invalshoeken wordt het kommunikatieproces tijdens de konsultatie beschreven. We vergelijken hierbij weer de twee periodes die in het vorige hoofdstuk genoemd zijn, om eventuele veranderingen in de tijd te kunnen opsporen.

2. De deelname aan de konsultaties

We hebben allereerst onderzocht hoe vaak de verschillende deelnemers aan een konsultatie hebben deelgenomen. Op basis van de verslagen hebben we kunnen vaststellen welke personen aan konsultaties hebben deelgenomen. In tabel 6 staat de deelname in procenten van het aantal konsultaties, waarbij de persoon aanwezig was, vermeld. Bij de artsen werden bovendien de eigen konsultaties in mindering gebracht op het aantal konsultaties, waarbij zij aanwezig waren. Tussen haakjes staat het aantal konsultaties, waaraan de persoon deelnam, vermeld.

PERIODE I (22 kons.)		PERIODE II (17 kons.)	
1. psychiater	90% (17)	1. psychiater	94% (15)
2. psycholoog 1	59% (10)	2. psycholoog 2	73% (8)
3. arts 5	53% (10)	3. arts 4	64% (7)
4. arts 6	50% (7)	4. arts 6	62% (8)
5. arts 2	43% (7)	5. arts 7	55% (5)
6. arts 3	31% (5)	6. arts 2	54% (6)
7. arts 1	29% (5)	7. therapeut	50% (7)
8. arts 7, AMW	25% (5)	8. arts 5, arts 1	46% (6)
9. arts 4	17% (3)	9. AMW	29% (4)
		10. arts 3	18% (2)
Totaal aantal deelnemers	73		74
Gemiddeld aantal per konsultatie	3.3		4.3

Tabel 6: Deelname aan de konsultaties, gekorrigeerd voor afwezigheid en eigen deelname.

We zien dat in beide perioden de psychiater met kop en schouder boven de anderen uitsteekt. Als we bedenken dat hij in beide perioden 1 maal afwezig is geweest, waarin 3 resp. 1 konsultaties plaatsvonden, krijgt deze score nog extra gewicht: aan meer dan 90% van de konsultaties had de psychiater een aandeel.

De psycholoog bezet de tweede plaats. Door afwezigheid, vooral op het eind van de eerste periode (R.P.I.-perikelen, zie hoofdstuk II) heeft de psycholoog aan 17 konsultaties kunnen deelnemen, en scoort dus bijna 60%.

Opvallend is dat psycholoog 2, die, samen met de therapeut, de plaats van psycholoog 1 innam, ook op de tweede plaats staat in periode 2. Beide psychologen plaatsen zichzelf in de gedragstherapeutische "school". Psycholoog 2 heeft aan 11 konsultaties kunnen deelnemen (bij 6 was hij afwezig) en scoort ruim 70%. Het lijkt er op dat de inbreng vanuit één discipline binnen dit konsultatieproject (in dit geval de psychologie niet persoonsgebonden is).

De andere leden van het konsultatiegevend team scoren minder hoog, m.n. de maatschappelijk werker. Deze positie wordt niet verklaard door een opvallend hogere afwezigheid. Gekorrigeerd voor afwezigheid scoort de maatschappelijk werker ongeveer 25% in beide perioden (hij miste 2 resp. 3 konsultaties).

De therapeut die alleen in de tweede periode deelneemt, neemt aan precies de helft van de konsultaties deel (hij was er bij 3 niet bij). Van het konsultatiegevend team hebben zo de disciplines psychiatrie en psychologie de meeste inbreng. De andere konsultatiegevers, met name de maatschappelijk werker, worden "overschaduw" door de konsultatievragers zelf.

De meest opvallende verschuiving bij de artsen is de positie van arts 4, in de eerste periode neemt hij zeer weinig deel aan konsultaties (17%), in de tweede periode neemt hij aan ruim 60% van de konsultaties deel, een verschuiving die des te meer opvalt, omdat zijn eigen aantal konsultaties en zijn afwezigheid, in beide perioden gelijk waren.

Van de andere artsen zijn arts 1, 2, 6 en 7 ook meer gaan deelnemen aan de konsultaties, zij het in niet zo ruime mate als arts 4. Arts 5 en 3 zijn minder gaan deelnemen.

De sociaal-verpleegkundige van de P.M.D. speelt geen actieve rol in de konsultaties.

Bekijken we het gemiddeld aantal deelnemers per konsultatie, dan zien we ook dat dit aantal in de tweede periode is gestegen; gemiddeld nam een persoon meer aan de konsultaties deel, dit geheel in overeenstemming met het feit dat alle deelnemers, m.u.v. arts 5 en 3 meer zijn gaan deelnemen aan de konsultaties.

Om deze rangordening meer reliëf te geven, hebben we gekeken naar het aantal keren dat een advies van de deelnemers werd overgenomen door de konsultatievrager; ook onderzochten we aan wie in eerste instantie konsultatie werd gevraagd.

Met betrekking tot overgenomen adviezen, bestaat er een verschil tussen de registratie van de artsen en de verslagen. Op grond van de verslagen is vast te stellen of er een advies werd overgenomen van één bepaalde konsultatiegever.

Op het registratieformulier registreerde de arts, na de konsultatie het advies dat hij uit de gehele konsultatie had "opgepikt", niet daarbij vermeldend van wie dat afkomstig was (dit bespraken we in III.6).

Wij baseren het hiernavolgende op de verslagen, omdat we willen weten van wie advies werd overgenomen, en aan wie in eerste instantie werd gevraagd.

Om met dat laatste te beginnen, na de twee eerste zittingen werd afgesproken dat de konsultatievrager zou aangeven, van wie hij in eerste instantie konsultatie wilde hebben.

In de eerste periode werden de psychiater en de maatschappelijk werker driemaal gevraagd. De psycholoog en arts 6 werden beiden eenmaal gevraagd. Op een totaal van 22 konsultaties werd dus achtmaal in eerste instantie aan één persoon konsultatie gevraagd.

Is dit al tamelijk laag, gezien de duidelijk gemaakte afspraak, in de tweede periode daalt dit tot driemaal. De maatschappelijk werker, de therapeut en de psycholoog worden hier ieder éénmaal gevraagd. Bij alle andere konsultaties werd konsultatie aan de gehele groep gevraagd, meestal impliciet soms expliciet.

Dit beeld bevestigt de eerdere konstatering dat het aantal deelnemers per konsultatie, in de tweede periode stijgt, m.a.w. de konsultatie wordt steeds meer groepskonsultatie.

Uit de volgende konsultatiefragmenten wordt ook duidelijk hoe het gericht aan één persoon konsultatievragen verwaterd is.

3e zitting: "Arts 7 legt de volgende drie vragen voor:

- 1. zit er muziek in een verwijzing (op de diagnoses: "conversiehysterie")?*
- 2. zit ik wat betreft mijn eigen handelen op de goede weg (als voorbereiding op een eventuele verwijzing)?*
- 3. hoe spring je om met die analgetica.*

Deze vragen worden in eerste instantie voorgelegd aan de psychiater."

8e zitting: "De konsultatievraag is: "voldoe ik wel aan het beeld dat 'men' van de huisarts heeft? Kunnen jullie een dergelijke handelwijze sanktioneren en hoe moet ik verder?" Hij stelt deze vragen in eerste instantie aan de maatschappelijk werker."

11e zitting: "Het probleem van arts 7 is dat hij uiterst ontvreden is over zijn eigen funktioneren. Hij heeft het gevoel iets gemist te hebben. Dit probleem wil hij als zodanig voorleggen aan de gehele groep."

18e zitting: "Arts 3 vraagt zich wanhopig af wat hij nu met zo'n geval moet doen. Haar konfronteren met haar daden heeft geen zin; dat is al vaag genoeg gebleken. Maar wat dan? De psychiater dacht in het begin van het verhaal nog aan....."

20e zitting: "Arts 2 heeft het idee dat er nogal wat onverwerkte problematiek speelt rond de dood van haar vader. Ze is altijd gekleed in het zwart, grijs of paars. Haar vader is nu onge-

veer 10 jaar dood. Maar daarvoor is hij een tijd bij haar in huis geweest. De gezinstherapeut vraagt zich af waarom ze na 10 jaar nog zo met haar vader bezig is. De arts antwoordt dat haar houding tegenover haar vader erg ambivalent is. Zelf heeft ze geen dochters, maar alleen schoondochters met wie ze niet goed kan opschieten.

De psycholoog merkt op dat het gedurende een aantal perioden in haar leven veel beter is gegaan. Waarin onderscheiden deze perioden zich van de tijden dat het slecht gaat? Hij vraagt zich ook af hoe de man op haar reageert en wat haar verdere kontakten zijn. De arts vertelt dat haar man een wat naïeve instelling heeft. Het enige wat hij zegt is: "als ze maar goed at, dan zou ze veel vrolijker zijn en niet zo tegen het leven opzien". Met de andere familieleden heeft de vrouw nauwelijks contact, behalve met één zus die zelf ook zwaar in de problemen zit.

Arts 7 formuleert voor arts 2 twee verschillende vragen:

1. Wat had ik de afgelopen maanden moeten doen?
2. Wat moet ik vanavond doen?

Arts 6 vertelt wat hij zelf altijd doet in zo'n geval."

Deze voorbeeldjes illustreren twee zaken:

de vraag wordt steeds minder tot iemand persoonlijk gericht, in het derde voorbeeld wordt hij nog expliciet aan de groep gesteld, maar in de twee laatste gevallen wordt de vraag min of meer "op de aanwezigen losgelaten". Ten tweede wordt de vraag ook steeds diffuser. Dit gaat zo ver dat in het laatste voorbeeld tijdens de uiteenzetting van het probleem al door iedereen wordt meegedacht, en dat een andere arts tenslotte uit dat verhaal een vraagstelling destilleert.

Bekijken we nu van wie adviezen worden overgenomen.

In onderstaande tabel 7 staat per periode aangegeven van wie adviezen werden overgenomen (in rangorde)

PERIODE I (22 kons.)		PERIODE II (17 kons.)	
1. psychiater	9	1. psychiater	5
2. psycholoog 1	3	2. psycholoog 2	2
3. arts 5, arts 6	2	3. therapeut	
4. arts 2, AMW	1	AMW, arts 2	
		arts 6	1
Totaal	18		11

Tabel 7: Overgenomen adviezen.

Op de eerste plaats zien we dat de rangorde in deze tabel nagenoeg overeenkomt met die uit tabel 6 (de deelname). De psychiater wederom met kop en schouder boven de anderen uit, gevolgd door de psycholoog, en de plaats van de maatschappelijk werker onderaan de lijst.

Op de tweede plaats zien we, dat het aantal konsultaties waarin de arts het advies, duidelijk afkomstig van 1 konsultatiegever, overnam, is gedaald. (In periode I werden bij driekonsultaties twee adviezen overgenomen, in periode II gebeurde dat één keer. In periode I werden dus vijftien konsultaties afgesloten met een advies, duidelijk afkomstig van één persoon, in periode II waren dat tien konsultaties).

We mogen opnieuw konkluderen, dat de konsultatievrager het advies steeds vaker uit de groepskonsultatie heeft gedestilleerd en minder vaak het advies van één deelnemer heeft overgenomen. Hier moeten we dan bij bedenken dat bij de follow-up na drie maanden in een groot aantal gevallen niet was te achterhalen of het advies ook in de praktijk is gebracht. In deze paragraaf hebben we het uitsluitend over de intentie van de arts om een bepaald advies ter harte te nemen. De gevonden afname van het aantal overgenomen adviezen interpreteren we als een gevolg van de toegenomen deelname aan de konsultatie. Als meer mensen zich met een konsultatievrager gaan bemoeien, is de kans groter dat de vrager uit ieders bijdrage het zijne zal oppikken, en minder snel de bijdrage, het advies van één raadgever zal overnemen. Het feit dat de konsultaties steeds meer gericht werden op het functionaliseren van de arts zal dit proces alleen maar bevorderen.

3. De relaties tussen de deelnemers

Hebben we in 2 de deelname op zich bekeken, in deze paragraaf willen we nagaan, hoe die deelname is verspreid over de konsultatievragers en -gevers.

We bekijken eerst de bemoeienis van de konsultatiegevers, met de konsultaties van de 7 artsen, en vervolgens de bemoeienis van de artsen met de konsultaties van elkaar. Kortweg: Wie bemoeit zich met wie? Daarna bekijken we opnieuw de adviezen, die de konsultatievragers van duidelijk 1 persoon hebben overgenomen. Kortweg, wie adviseert wie? In tabel 8 staat van de diverse deelnemers het aantal bemoeienissen met en het aantal adviezen aan de zeven artsen. De bemoeienissen en adviezen van alle andere artsen dan de konsultatievrager zijn tesamen genomen. Ditzelfde is gebeurd in het geval van de twee psychologen, die immers na elkaar in het projekt meedraaiden.

	Konsultatievragers							
	Arts 1	Arts 2	Arts 3	Arts 4	Arts 5	Arts 6	Arts 7	
Aantal konsultaties	6	6	6	6	5	5	5	39
Konsultatiegevers:								
Overige artsen	13 1	10 2	11 1	11 0	13 0	9 1	7 2	74 7
Psychiater	3 3	2 2	3 2	2 3	4 1	2 0	2 3	18 14
Psycholoog 1 + 2	3 0	2 1	2 1	1 0	1 1	3 0	2 1	14 4
Therapeut*	1 0	1 0	1 0	3 0	0 1	0 0	0 0	6 1
Maatsch. werker	2 0	0 0	1 0	0 0	3 1	1 1	0 0	7 2
	22 4	15 5	18 4	17 3	21 4	15 2	11 6	

* Therapeut maar 60% van het projekt.
Per cel staat linksboven het aantal bemoeienissen zonder advies en rechts-
onder het aantal adviezen.

Tabel 8: Interaktieschema konsultatievragers x konsultatiegevers.

We bekijken nu eerst de kolommen uit deze tabel, om na te gaan hoeveel personen zich met de verschillende artsen bemoeiden. Wanneer we per kolom "bemoeienis" en "advies" bij elkaar optellen, krijgen we het aantal deelnemers aan de konsultaties van elke arts voor ogen. Betrekken we dit aantal deelnemers op het aantal konsultaties, dan konkluderen we dat aan de konsultaties van arts 5 de meeste personen hebben deelgenomen, n.l. vijf per konsultatie. Aan de konsultaties van arts 1 namen gemiddeld ruim vier personen deel, bij de overige artsen tellen we ruim drie personen die deelnemen per konsultatie.

Over het optreden van de deelnemers als konsultatiegever is reeds gesproken in de vorige paragraaf. In tabel 8 kunnen we nu zien of dat optreden bij elke konsultatievragende arts hetzelfde is.

In grote lijnen zien we niet zo gek veel verschillen tussen de artsen. Opvallend is dat de maatschappelijk werker en de therapeut bij een aantal artsen nooit een inbreng hebben gehad (resp. bij arts 2, arts 4 en arts 7 en bij arts 6 en arts 7). De psycholoog heeft zich slechts éénmaal gemengd in een konsultatie van arts 4 en de psychiater tenslotte blijft bij arts 6 kwantitatief gesproken onder de maat.

Relatief vaak bemoeien de artsen zich met hun kollega's arts 1 en arts 5. Hetzelfde kan opgemerkt worden van de gezinstherapeut t.o.v. gevallen van arts 4 en van de maatschappelijk werker bij arts 5.

Wanneer we letten op de mate waarin de artsen en het R.P.I.-team deelnemen aan de konsultaties van de diverse artsen, dan is er nauwelijks een verschil tussen konsultatievragers en -gevers wat betreft deelname. De meeste bemoeienissen vallen bij de categorie overige artsen, die dan ook getalsmatig in de meerderheid waren (7 : 3 in de eerste periode en 7 : 4 in de tweede periode). Meten we de inbreng van de deelnemers puur aan het aantal bemoeienissen af, dan krijgen we het idee van een groepsgebeuren, waarbinnen het niet zoveel uitmaakt of men tot het artsenteam of het R.P.I.-team behoort.

Die differentiatie ontstaat wel, wanneer we letten op het aantal uitgebrachte adviezen. 75% van alle adviezen komen van de konsultatiegevers, ook bij de artsen afzonderlijk zet zich dat beeld voort. Het beeld van de konsultatiezitting is er een waarin eerst door een ieder wordt meegedacht over het probleem, maar tenslotte het advies vaak wordt uitgebracht door een deskundige.

Zoals al was gekonstateerd is die deskundige dan erg vaak de psychiater.

Bezien we het volgende voorbeeld uit de 10e konsultatiezitting (konsultatie arts 2).

"..... Arts 1 vraagt arts 2 wat precies zijn konsultatievraag is, en aan wie hij die wil stellen. Arts 2 voelt zich in een impasse, waarvan hij niet weet hoe hij eruit moet komen. Hij weet niet meer hoe hij de man in gunstige zin kan beïnvloeden. Hij wil graag van arts 6 weten hoe hij zo'n geval zou aanpakken.

Arts 5 stelt een rollenspel voor. Na enige aarzeling begint de konsultatie toch op de gebruikelijke manier.

Arts 6 vertelt hoe hij gewoonlijk met dit soort patiënten omgaat.

Wanneer na de gebruikelijke onderzoeken niets gevonden is en de patiënt toch blijft zeggen dat hij bang is voor zijn hart (bijvoorbeeld voor kanker) zegt hij meestal: "ik kan U nooit de garantie geven dat U niet doodgaat aan een hart-infarct; het is niet waarschijnlijk, maar de garantie kan ik niet geven. U bent in een prima lichamelijke konditie, dus ik kan verder niets voor U doen". Wanneer de patiënt dan verwezen wil worden zegt arts 6: "oké, U mag zelfs kiezen naar wat voor specialist U verwezen wilt worden, maar ik schrijf er in de verwijsbrief wel bij dat het uitdrukkelijk tegen mijn wens is".

Arts 4 herformuleert het probleem van arts 2 in: "er is geen contact met de man te maken". De psychiater signaleert circulaire processen bij de patiënt van arts 2: hij heeft pijn, maakt zich ongerust, krijgt daardoor meer pijn, en maakt zich nog meer ongerust. Die circulaire processen breiden zich uit tot de gesprekspartner (de arts) waardoor beiden in een circulair proces terechtkomen. De belangrijkste vraag is dus: hoe doorbreek je die circulaire processen?

De psychiater denkt dat de angst voor ziekte in feite een levensangst is die berust op een existentiële neurose. Arts 6 vindt dat dit te ver gaat, althans voor hem als huisarts. Arts 7 sluit zich hierbij aan: hij doet bij deze mensen meestal niets; dan gaat het òf over, òf het wordt erger en wel zo erg dat je moet verwijzen.

De huisarts is bang voor een endogeen element in de klachten van de man. Hij is bang dat de man belast is met een neiging tot depressie. Daarom was zijn hoop gevestigd op de anafranil. Misschien dat hij daarna gemakkelijker bereikbaar zou zijn.

De psychiater vraagt arts 2 waarom deze nog niets aan hem heeft gevraagd. Hij heeft zelf de behoefte om er wat meer over te weten en er het een en ander over te vertellen. Arts 2 gaat hiermee akkoord.

De psychiater vraagt of deze patiënt alle kenmerken vertoont van een positief vitaal syndroom? Vermagert hij? Voelt hij zich moe, slap en hangerig en heeft hij daarin dagschommelingen (bijvoorbeeld 's ochtends wel en 's middags niet?), etc. Hoewel volgens de arts de patiënt inderdaad de meeste van deze symptomen vertoont past het volgens de psychiater in ieder geval niet in het beeld dat de patiënt regelmatig fietst en hardloopt (dat doen mensen met een vitaal syndroom niet). De psychiater denkt dat deze mensen gewoonlijk aan een peroneale depressie lijden. Daarbij helpen echter anti-depressiva niet; zeker anafranil niet, dat is misschien juist gecontraïndiceerd.

Bovendien wil de psychiater graag iets vertellen over het voorschrijven van anti-depressiva. Hij heeft al vaak gemerkt dat huisartsen dat meestal op een volstrekt verkeerde wijze doen: men moet een antidepressivum kiezen, de dosering langzaam opvoeren tot de werkzame dosis, en dan volhouden op deze dosis. In de periode dat een patiënt wordt ingesteld op een antidepressivum moet je hem goed onder controle houden. Wat men zeker nooit mag doen is: een antidepressivum voorschrijven, kijken of het helpt en als het niet helpt een ander middel proberen (wat meestal gebeurt in de huisartspraktijk).

Arts 1 onderbreekt de discussie met de vraag: bespreken we het punt van de anti-depressiva nu of maken we er een agendapunt van? Tot dit laatste wordt besloten.

Arts 4 vraagt X die bij dit laatste konsult van arts 2 met deze patiënt aanwezig was, hoe de arts op de patiënt reageerde. X vertelt dat de arts zeker niet geïrriteerd was, eerder een machteloos gevoel uitstraalde.

De psychiater vertelt hoe hij zelf met hartziektefobieën omgaat. Eerst geeft hij deze patiënten een folder van het NHI mee; als dat niet voldoende helpt stuurt hij ze naar de internist voor een grondig onderzoek, waarmee hij de patiënt op somatisch gebied geruststelt. Dan komen ze in de groeps therapie. Hij heeft een hartziektefobieclub. De therapie bestaat hier uit twee delen: eerst drie kwartier praten en daarna een tijdje hardlopen en andere lichamelijke oefeningen. Na een tijdje hoeven ze niet meer op het praatuurte te komen, en komen ze alleen "hun lichaam afbeulen".

Arts 1 vraagt wat de implicaties zijn van het verhaal van de psychiater "moeten wij nu al deze patiënten naar jou toe sturen?" Arts 4 sluit hier op aan: "De psychiater heeft een oplossing gevonden, maar arts 2 blijft met zijn onmacht zitten". Deze laatste reageert hierop met een voorstel aan zijn kollega's: "Zullen wij hier ook zo'n groep beginnen?"

Na enige discussie over de eventuele noodzaak van een psychiater/medikus in de groep en de mogelijkheid om ex-patiënten als vrijwilligers in te schakelen wordt besloten om eens te kijken of er voldoende patiënten voor een dergelijke groep te vinden zijn.

We zien in deze fragmenten van één konsultatie hoe, wanneer we op de inbreng van de deelnemers letten, vrijwel de gehele artsengroep meedenkt, maar de psychiater in de tweede helft duidelijk het heft in handen neemt en ook met de uiteindelijke adviezen komt.

In de loop van de tijd zijn in het algemeen in het kommunikatiepatroon niet zoveel zaken veranderd. Het aantal adviezen nam af, dit betekende zowel dat alle deelnemers minder adviezen gingen geven, als dat alle artsen minder adviezen kregen.

De mate waarin de artsen van kollega's of van het R.P.I.-team konsultatie kregen verschilde van arts tot arts en geeft ook geen eenduidige trend in de tijd te zien.

Tot slot van deze paragraaf vergelijken we deze analyse van de deelname met de verwachtingen over de kommunikatiestromen en groepsvorming, zoals die door de deelnemers in de interviews werden uitgesproken (hoofdstuk II). De artsen verwachtten dat ze zich vaak tot de psycholoog en de psychiater zouden richten (in die volgorde), in veel mindere mate tot de maatschappelijk werker en wat hun kollega's betreft tot arts 6 en 1.

We kunnen konstateren dat de volgorde psycholoog/psychiater in werkelijkheid is omgedraaid, maar dat beiden inderdaad aan de top staan. De verwachting met betrekking tot de maatschappelijk werker is uitgekomen, zijn inbreng is relatief veel minder geweest. (Omtrent de therapeut kon geen verwachting worden uitgesproken, zijn deelname was op het moment van de interviews niet bekend). Wat betreft hun kollega's is de werkelijkheid iets anders geweest. Arts 6 nam inderdaad aan meer dan de helft van de konsultaties deel, maar arts 1 nam niet de verwachte dominerende positie in. De artsen 4 en 5 hadden bovendien een grotere inbreng, dan van tevoren door hun kollega's werd verwacht.

De verwachtingen van de konsultatiegevers waren individueel nogal verschillend. De psychiater verwachtte weinig inbreng van de psycholoog, hetgeen in werkelijkheid niet het geval bleek te zijn, hoewel de inbreng van de psycholoog inderdaad minder was dan van de psychiater. De psycholoog verwachtte weinig inbreng van zijn kollega-konsultatiegevers, wat met betrekking tot de maatschappelijk werker ook gebleken is, maar met betrekking tot de psychiater een grote onderschatting bleek te zijn. De contrasten tussen verwachtingen van psycholoog en psychiater en de werkelijkheid zijn vermoedelijk terug te voeren op een vrij fundamenteel verschil van visie op hulpverlening en de rol van konsultatie daarin. De maatschappelijk werker heeft de inbreng van de psychiater reëel ingeschat, de psycholoog bleek een grotere inbreng te hebben dan hij had verwacht. Wat betreft de artsen, bleken de artsen 4 en 5, konform de verwachting van de konsultatiegevers, inderdaad een grotere inbreng te hebben (arts 4 in de tweede periode). De inbreng van arts 6 bleek hoger te zijn, dan zij hadden verwacht.

Wat betreft groepsvorming is er geen duidelijk beeld ontstaan. Als we aan de hand van de verslagen de vraag trachten te beantwoorden of er clusters van deelnemers zijn, of X ook altijd meepraat als Y meepraat, ontstaat geen duidelijke groep. Psychiater, psycholoog en arts 6 zijn

zijn de enige drie, die iets vaker gezamenlijk deelnemen, dan andere combinaties. Erg uitgesproken verwachtingen hadden de deelnemers ook niet omtrent groepsvorming, alleen de psychiater plaatste de psycholoog en de artsen 3 en 6 in een uitzonderingspositie; anderen verwachtten een hechtere groep als geheel. In de bespreking van de evaluatie van de deelnemers, komen we hier nog op terug.

4. De konsultatiedeelname en de aard van de problematiek.

Tot slot van dit hoofdstuk willen we stilstaan bij de vraag of de deelnemers zich onderscheiden in de problematiek waarbij zij konsultatie gaven. In tabel 9 staat het aantal keren dat de konsultatiegevers ingingen op de diverse problemen die door ons onderscheiden zijn.

Problematiek:	Totaal	Psychiater	Psycholoog 1+2	Gezins-therapeut	Maatsch. werker
Huwelijks/Partnerproblemen	20	16	11	2	5
Psychiatrische problemen	15	12	6	3	-
Somatische klachten zonder lich. bevindingen	12	11	5	1	3
Sexualiteitsproblemen	10	9	6	2	2
Gezinsproblemen	7	6	4	3	-
Somatische klachten met lich. oorzaak	6	4	5	1	-
Anders	6	4	2	1	3
Chronische ziekte	5	5	2	1	1
Werk/school problemen	4	3	1	-	-
Verslaving alcohol/drugs	3	2	1	1	1
Overmatig medicijn gebruik	2	2	-	-	-
Totaal	90	74	43	16	14
Aantal konsultaties waarbij konsultatiegever betrokken was:		32	18	7	9

* Gezinstherapeut maar bij 60% van de zittingen betrokken.

Tabel 9: Probleemgebieden waarover de konsultatiegevers konsultatie gaven.

In hoofdstuk III zagen we welke probleemgebieden aan de orde werden gebracht door de artsen. We ontdekten in dit opzicht enige verschuivingen in de loop van het projekt. Onderling verschilden de artsen vooral van elkaar in de zin dat artsen 1, arts 3, arts 5 en arts 6 minder probleemgebieden in één konsultatie aangaven, dan de drie anderen. Dit was in beide periodes zo.

In deze paragraaf letten we op de konsultatiegevers. De psychiater, de psychologen en de gezinstherapeut bestreken vrijwel het gehele scala van konsultatievragen. Wel gebeurde dit bij de psychiater in zeer grote getale, bij vrijwel elk probleemgebied is hij in meer dan 75% van de gevallen erbij betrokken geweest. De psychologen bemoeiden zich, afhankelijk van het probleemgebied, in 25% tot 60% van de gevallen ermee; (één uitzondering: somatische klachten met lichamelijke oorzaak(!) in vijf van de zes gevallen). De gezinstherapeut heeft, behalve werk/schoolproblemen en overmatig medicijngebruik wel alle problemen eens ter hand gehad, maar alleen op gezinsproblematiek ging hij in meer dan 20% van de voorkomende gevallen in. De maatschappelijk werker tenslotte bemoeide zich met vrij veel probleemgebieden volstrekt niet. Onder andere geldt dat voor gezinsproblemen en werk/schoolproblemen. Kortom, we zien in de volgorde van bespreking een afname van de inbreng der diverse disciplines; bovendien blijkt er vrijwel geen verband te zijn tussen specifieke deskundigheid en het er al dan niet op ingaan. De psychiater bemoeide zich met elk probleem het meest, gevolgd door psychologen.

De konklusie dat er geen onderscheid gemaakt kan worden naar specifieke deskundigheid mag echter niet zonder meer getrokken worden, omdat het wel uitmaakt of bijvoorbeeld de psychiater of de gezinstherapeut zich met een bepaald probleem bemoeit. Men kijke naar de volgende voorbeelden:

Konsultatie arts 6, 15e zitting, chronische ziekte + huwelijksproblemen.

De psycholoog vraagt wat arts 6 wil bereiken met deze gesprekken. De arts merkt op dat het echtpaar het niet aksepteert als je over hun relatie begint. De man pint de vrouw nadrukkelijk vast op haar asthma. Zijn houding is konsekwent: 'als blijkt dat het allemaal mijn schuld is, dan ben ik meteen vertrokken; als dat niet het geval is blijf ik op mijn post en zorg ik voor haar'. Misschien is het beter om in de richting van een echtscheiding te gaan denken.

De psychiater vindt dat de situatie er niet erg gunstig uitziet. De psycholoog is het hier niet mee eens. Hij stelt voor om te beginnen met de asthma van de vrouw: Laat ze zich koncentrereren op de omstandigheden waaronder die asthma optreedt: hoe laat; onder wat voor omstandigheden; is haar man er altijd?

De arts denkt dat dit niet zo veel nut heeft. De vrouw heeft altijd asthma; je kunt niet spreken van akute aanvallen die nauw te omschrijven zijn.

De maatschappelijk werker stelt voor om met het echtpaar in gedachten terug te gaan naar de eerste periode van hun huwelijk. Vraag ze wat er nu anders is vergeleken met vroeger toen ze nog een romantisch, vrolijk stel waren.

De psychiater vindt dat als je weet dat hun relatie voor de vrouw dodelijk is jet het recht hebt om haar daaruit te halen. Je moet haar opjuttten tot ze gaat merken hoe zij hem haat. De psycholoog brengt daar tegen in dat dat alleen zou lukken wanneer dat in een gesprek van 'n uur kan gebeuren. Maar hoe lang ben je met zoiets bezig? En wat gebeurt er in de tijd dat je ermee bezig bent? Dan leert ze stukje bij beetje gedrag waar ze in haar thuis-situatie nog niets mee kan. (De man zal haar nog veel meer op haar asthma vastpinnen, ze zal nog asthmatischer worden).

Rollenspel 17e zitting: sexualiteit.

De psycholoog vertelt dat hij zelf in zo'n geval weleens probeert om de masturbatiefantasieën te veranderen. Hij heeft dat een keer gedaan met een pedofiele jongen en dat is gelukt. De psychiater merkt op dat dit de behavioristische denkwijze is: door de fantasie te veranderen hoop je ook het gedrag te kunnen veranderen. In het psycho-analytisch of psychodynamisch model geldt het omgekeerde; men neemt aan dat er een diepere laag bestaat: in dromen of fantasie komen deze onbewuste impulsen naar boven; aan de dromen kan men dus zien wat er in het onbewuste leeft."

Zoals ook al bleek uit hoofdstuk II, is de benaderingswijze van de diverse disciplines wel degelijk verschillend. Ze houden zich dan wel met dezelfde onderwerpen bezig, maar doen dit vanuit psycho-analytische, behaviouristische of andere kaders, waardoor verschillende stempels op hun inbreng gedrukt worden.

5. Samenvatting

In deze paragraaf hebben we de deelname aan de konsultaties van artsen en konsultatiegevers besproken. We zijn nagegaan van wie de artsen konsultatie ontvingen en op welke artsen de konsultatiegevers gericht waren. Datzelfde hebben we gedaan met betrekking tot de adviezen, die werden gegeven en ook overgenomen. Tot slot hebben we geanalyseerd of de deelnemers te onderscheiden waren naar problematiek, waarbij zij konsultatie gaven. We hebben gezien dat de psychiater het meest heeft deelgenomen aan de konsultaties. Hij stak in dit opzicht ver boven alle andere deelnemers uit. De psycholoog volgde op enige afstand en vervolgens kwamen de artsen, in de tweede periode in gezelschap van de gezinstherapeut. Opvallend was de relatief zeer geringe deelname van de maatschappelijk werker als konsultatiegever. Hij nam ook minder op eigen initiatief deel aan de konsultaties. Het aantal deelnemers per konsultatie is in de loop van het projekt gestegen van drie naar vier en daarbij viel de grote toename van de participatie van arts 4 op. We hebben gezien dat deze rangordening in deelname zich ook weerspiegelde bij de analyse van wie adviezen werden overgenomen en dat het aantal adviezen in de tweede periode is gedaald. Dit hebben we geïnterpreteerd als een gevolg van de toegenomen deelname aan de konsultaties en de verschuiving van patiënt-gerichte konsultaties naar konsultaties, gericht op het funktio-neren van de arts zelf.

We zijn nagegaan van wie de verschillende artsen voornamelijk konsultatie ontvingen en constateerden dat zij allen van de psychiater konsultatie ontvingen, maar dat arts 6 hier een duidelijke uitzondering was.

Ook de bijdragen van de psycholoog betroffen alle artsen. De artsen namen eveneens deel aan de konsultaties van al hun kollega's. De twee overige leden van het konsultatieteam hadden voor een beperkter aantal artsen inbreng, de therapeut voor 5, de maatschappelijk werker voor 4 van de 7 artsen. We hebben gezien dat met name de verwachtingen van de psycholoog en de psychiater omtrent elkaars deelname in werkelijkheid nogal anders bleken te liggen en dat de hoge verwachtingen, die de artsen hadden wat betreft hun kollega 1, niet zijn gerealiseerd. De rolverdeling in konsultatievragers en konsultatiegevers was voornamelijk op te maken uit de gegeven adviezen. Deze kwamen n.l. veel vaker van de leden van het R.P.I.-team. Aan de bespreking van de gevallen namen echter minstens zoveel artsen als konsultatiegevers deel. Dit is waarschijnlijk een gevolg van de gekozen konsultatievorm: de teamkonsultatie. De konsultatiegevers bleken niet te kunnen worden onderscheiden van elkaar naar probleemgebied, waarbij zij konsulteerden, een verschil in discipline kon niet worden vastgesteld.

De artsen hebben voornamelijk problematiek ingebracht, die op het terrein van de psychiater en de psycholoog lag. Bij casussen, die meer gezins- en werkproblemen betroffen, sprong de maatschappelijk werker echter niet in, maar nam met name de psychiater eveneens deel aan de konsultaties.

V DE EINDEVALUATIE

1. Inleiding

In hoofdstuk II startten we met de verwachtingen van de deelnemers over het verloop van konsultatieprojekt. Daarna beschreven we dat projekt; in dit hoofdstuk geven we weer wat de deelnemers ervan hebben gevonden. Dit hoofdstuk is de neerslag van de laatste bijeenkomst van de deelnemers op 1 februari 1979, die geheel aan de evaluatie van het projekt werd besteed. Die evaluatie bestond uit twee gedeelten, een persoonlijk gedeelte en een groeps gedeelte. In het persoonlijk gedeelte werd in groepen van twee over een drietal onderwerpen gesproken:

- de oorspronkelijke verwachtingen en het uiteindelijk resultaat;
- de grootste frustraties;
- de positieve kanten van het projekt;

In het groeps gedeelte werd gesproken over:

- de verwachtingen van artsen over het konsultatieteam en hun ervaring er mee en vice versa;
- de vraag of een eventuele voortzetting gewenst werd.

Deze 5 gesprekspunten zijn de kapstok, waaraan deze paragraaf wordt opgehangen. Eerst wordt de evaluatie van de artsen besproken, daarna van de konsultatiegevers.

2. De artsen

Van de groep artsen had niemand zeer hoog gespannen verwachtingen van dit konsultatieprojekt, onder andere omdat het geen eigen initiatief was van deze groep om aan een konsultatieprojekt deel te nemen. In de evaluatie komt naar voren dat daarin na de konsultatietraining wel verandering was gekomen, maar dat de toen ontstane verwachtingen niet zijn uitgekomen. Arts 4 is daar het meest stellig in; zijn verwachting, dat hij in dit projekt iets mee zou krijgen om beter met psychosociale problemen om te gaan, is "bij lange na" niet gerealiseerd. Arts 2 is nog enigszins positief, hij had na de training zeer positieve verwachtingen van het projekt en die zijn althans gedeeltelijk gerealiseerd; arts 2 kan zijn eigen onzekerheid bij psychosociale problemen nu beter hanteren, hij heeft het idee dat zijn houding t.o.v. die problemen ook wel is veranderd. Arts 5 had na de training de hooggespannen verwachting dat toetsing van het handelen en de attitude van de arts aan de orde zou kunnen komen tijdens de konsultaties. De "schaarse" momenten dat dit naar zijn idee inderdaad voorkwam, waren er veel te weinig. De verwachting van arts 1, beter omgaan met psychosociale problematiek en een verandering in zijn omgang met patiënten, zijn ook al niet uitgekomen. De andere drie artsen konden geen uitspraak doen, aangezien zij met weinig verwachtingen waren gestart.

De oorzaak van deze toch wel magere oogst aan uitgekomen verwachtingen, en dan zijn we tevens aangekomen bij de grootste frustraties, ligt volgens alle artsen in het feit, dat de konsultaties veel te patiëntgericht bleven, het eigen funktioneren van de artsen kwam te weinig aan bod. Deze evaluatie druist in tegen de analyse in hoofdstuk III en IV,

op grond waarvan we konstateerden, dat de konsultaties steeds meer gericht werden op het funktionieren van de arts, met name op de arts-patiënt-relatie.

In deze analyse zijn twee perioden onderscheiden en was een toename van het aantal konsultaties, gericht op het funktionieren van de artsen, onmiskenbaar. Dit kon niet alleen op basis van de verslagen worden vastgesteld, ook de registraties van de artsen zelf, de lokalisatie van het probleem en de formulering van de konsultatievraag, leidden tot deze konklusie. Kennelijk was deze toename voor de artsen onvoldoende. Daarnaast is het ook mogelijk dat de artsen de kwaliteit van de besprekingen van het persoonlijk funktionieren onvoldoende achtten.

Een tweede gemeenschappelijke frustratie van de artsen was de "voortdurende" wisseling in het R.P.I.-team. De sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, die van het begin af aan deel zou uitmaken van dit team, is, met uitzondering van de training, nooit geweest, de psycholoog, wiens bijdrage door de artsen zeer werd gewaardeerd, verdween na elf zittingen en zijn twee vervangers zijn toch een beetje buitenstaanders gebleven (wat de twee betrokkenen zelf bevestigden). Samenhangend met die wisselingen is deskundigheidsbevordering, één van de hoofddoelstellingen van het projekt, onvoldoende uit de verf gekomen. De artsen hadden meer interventies, en interrupties van de kant van het konsultatiegevend team verwacht en waren er eveneens van uitgegaan dat de konsultatiegevers verantwoordelijk waren voor het groepsproces. Zij waren unaniem van mening dat een dergelijk projekt een proces-bewaker/begeleider eigenlijk niet kan missen.

De inbreng van de psychiater werd als dominant ervaren, waardoor andere benaderingen, zoals bv. de gedragstherapeutische inbreng van de psychologen, op de achtergrond bleven, ondanks het feit dat juist deze de artsen erg aansprak.

Naast deze frustraties er onvoldoendes, waren er ook positieve kanten aan het projekt. Over het algemeen werden de zittingen als plezierig ervaren, niemand kwam met tegenzin. Een aantal artsen had ook het idee, dat dit projekt een bijdrage heeft geleverd aan het ontstaan van een hechtere groep, zij het dat sommige artsen opmerkten dat die ontwikkeling net te laat kwam, gezien het uiteenvallen van de PMD in de toekomst. Een tweede, positieve evaluatie, die voor meerdere artsen geldt, is dat weliswaar de konsultaties weinig invloed hebben gehad op het handelen van de artsen, maar dat zij er, op cognitief niveau, wel iets aan hadden gehad.

Vooraf "het feest der herkenning" werd positief gewaardeerd. Het kennismaken met andere attitudes en benaderingen werd als leerzaam ervaren. Voor het overige noemden de artsen als positieve kanten van het projekt individueel nog:

- Onderkenning van het belang van een goede anamnese;
- Het afnemen van de drang om te genezen;
- Een grotere attentie van interactie tussen mensen;
- Een grotere voorzichtigheid m.b.t. de eigen methoden van behandeling.

Wat betreft de toekomst willen de artsen de verworven veiligheid en de cohesie van de groep niet verloren laten gaan. Twijfel bestaat of doorgaan onder de noemer van konsultatie de juiste weg is. Voor werkelijk effectieve konsultatie (d.w.z. die het funktionieren van de arts zal beïnvloeden) denken sommige artsen toch meer in de richting van individuele konsultatie. Als de groep verder zou willen gaan, wordt een proces-begeleider als onontbeerlijk gezien. Doorgaan met leden van het R.P.I.-team bleek onmogelijk, het R.P.I.-team zal in de toekomst "verder uit elkaar vallen".

Nu, een half jaar later kunnen we zeggen dat deze groep artsen nog steeds twee-wekelijks bijeenkomt, waarbij momenteel onderlinge toetsing centraal staat.

3. De konsultatiegevers (Psychiater, maatschappelijk werker, psycholoog 2, gezinstherapeut)

De verwachtingen van de konsultatiegevers zijn ook onvoldoende gerealiseerd, dat wil zeggen de mogelijkheden die konsultatie naar hun idee kan bieden, deskundigheidsbevordering bij de artsen en verbetering van de relatie eerste-tweede-lijn, zijn in dit projekt onvoldoende uit de verf gekomen.

Zij noemen een aantal oorzaken. De ingebrachte casuïstiek was over het algemeen veel te zwaar, vaak onoplosbaar. Dat kreëert een machteloos gevoel, wat frustreert, en te weinig aanknopingspunten biedt om op het funktionieren en de interakties van de huisartsen in te gaan. Ook de konsultatiegevers waren van mening dat de konsultatie te veel op patiënt-niveau is blijven hangen.

Een tweede oorzaak is het gebrek aan cohesie binnen de huisartsengroep. Er waren veel konflikten, die onder tafel bleven, maar wel meespeelden. De konsultatiegevers hadden niet verwacht dat het hun verantwoordelijkheid diende te zijn, het groepsproces te bewaken, zij voelden zich, net zomin als de huisartsen, verantwoordelijk voor het konsultatiegebeuren, zodat steeds hetzelfde plaatsgreep, namelijk oplossingsgericht met patiënten bezig zijn.

De konsultatiegevers hadden intern ook veel problemen, hetgeen niet bevorderlijk was voor de continuïteit binnen het projekt. Naast deze kritiek waren er ook positieve zaken. Het idee, dat huisartsen "maar een eind weg verwijzen", bleek ten onrechte bij de konsultatiegevers te leven. Het was gebleken dat huisartsen zich wel degelijk in de problematiek verdiepten, en dat irritatie over verwijzingen voornamelijk een gevolg is van een verkeerde verwijsprocedure. (De psychiater nuanceerde deze evaluatie, sommige artsen wel, sommige artsen niet). Daarnaast hebben de konsultatiegevers het nuttig gevonden dat de deelnemers elkaar beter hebben leren kennen.

De leden van het konsultatieteam hadden individueel nog de volgende opmerkingen:

De psycholoog 2 had veel te laat gemerkt dat er vooral psychiatrische problematiek werd ingebracht, en daardoor weinig meer kunnen bijsturen

(het projekt was al bijna ten einde). De maatschappelijk werker verklaart het blijven steken op patiënt-niveau uit de dominante rol van de psychiater. Deze denkt in het medische model, wat aansluit bij de artsen. De maatschappelijk werker heeft deze denktrant niet kunnen doorbreken en heeft teleurgesteld gedacht: "laat dan maar gaan!" De therapeut sluit zich aan bij de psycholoog: Beiden hadden het gevoel buitenstaander te zijn gebleven en pas aan het eind van het project enige greep op het konsultatiegebeuren te hebben gekregen, "maar toen was het al te laat". De psychiater verklaart zijn dominante rol uit zijn verantwoordelijkheidsgevoel voor het konsultatiegebeuren, daardoor is hij mogelijk teveel ingesprongen. Hij sluit zich aan bij de konstatering van de artsen, dat een procesbegeleider, hoe dan ook, onontbeerlijk is. Wat betreft de toekomst zit er voor het R.P.I.-team geen muziek in, gezien het toekomstig uit elkaar vallen van dit team.

Deze evaluatie nog eens overziend, domineert de teleurstelling; teleurstelling over gemiste kansen. Ondanks een gekonstateerde toename van konsultatie, gericht op het funktionieren van de arts, is geen van de deelnemers erg te spreken over het bereikte resultaat, de konsultatie was te veel patiënt-gericht en betrof te zware casuïstiek. Ook de mogelijkheid om in een groep, die 16 maanden twee-wekelijks bij elkaar komt, een proces op gang te brengen, dat die gerichtheid op het eigen funktionieren bevordert, is onvoldoende uit de verf gekomen. De huisartsen rapporteerden wel dat zij onderling beter zijn gaan funktionieren, maar onduidelijk blijft of dat een gevolg is van het deelnemen aan dit projekt.

De positieve kanten, die door de deelnemers werden genoemd, lagen meer op het emotionele vlak: plezierige bijeenkomsten, feest der herkenning, meer onderling respekt voor verschillende benaderingen en attitudes. Een duidelijke implikatie is uit deze evaluatie naar voren gekomen: konsultatie dient, volgens deze deelnemers, goed bewaakt te worden, opdat telkens terugkerende drempels en problemen niet ook telkens weer onder tafel verdwijnen.

De diskrepantie tussen de toename van konsultaties, gericht op het funktionieren van de arts, en de ervaringen van de artsen zelf, is vermoedelijk een kwestie van tijd. Er is een proces op gang gebracht, waarbij het funktionieren van de artsen meer aan de orde kwam, maar kennelijk was de tijdsduur van het projekt te kort (1 jaar en 4 maanden).

Schouwstra bespreekt in zijn concept-nota Konsultatieprojekt Eindhoven (1976) de verwachtingen van de deelnemers. Daarin wordt een tijdsperiode van twee tot vier jaar genoemd, om de doelstellingen te bereiken. Het beëindigen van de konsultatierelatie na 16 maanden heeft dan de kans op het bereiken van de doelstelling (konsultatie, gericht op het funktionieren van de arts). doorkruist.

In veel gelijksoortige gevallen wordt melding gemaakt van het feit dat elke overlegsituatie (en zo werd konsultatie in dit projekt opgevat) een aantal ontwikkelingsfasen kent. De eerste fase wordt besteed aan kennismaking, de tweede fase aan nader informeren en pas in de derde fase komt men toe aan de konkrete doelstellingen van het overleg.

Met de eerste twee fasen is al gauw een jaar gemoeid. Het feit dat de artsen en ook de konsultatiegevers, de konsultatie alsnog te veel op de patiënt gericht ervaren, is dan vermoedelijk ook een momentopname, midden in een proces. De noodzakelijke tijdsduur voor het aangaan van een konsultatierelatie lijkt, op grond van deze ervaringen, langer te moeten zijn dan 16 maanden. Deze konklusie wordt ondersteund door het feit dat een half jaar later de artsen bij elkaar komen, onder begeleiding van een maatschappelijk werker, om elkaars funktioneren te bespreken. Deze follow-up is een rechtstreeks gevolg van de deelname aan een konsultatieprojekt.

VI SLOTBESCHOUWING

We hebben in dit rapport het konsultatieprojekt Eindhoven vanuit verschillende invalshoeken in beschouwing genomen.

In dit laatste hoofdstuk willen we nog eens terugblikken op het gepresenteerde materiaal en algemener ingaan op een paar aspecten van konsultatie.

Allereerst de vormgeving van het projekt: Voordat de eerste konsultatiebijeenkomst plaats vond, is gedurende bijna twee jaar veel nagedacht over de opzet van dit experiment. Zoals vermeld kwamen de initiatieven hiertoe van personen die tenslotte niet daadwerkelijk gingen deelnemen; de deelnemers daarentegen stapten op een gegeven moment in een rijdende trein: ze kregen een kant en klaar projekt voorgeschoteld, waarvan ze zich wat de inhoud betreft bij de start weinig konden voorstellen. Een motivatie voor het deelnemen aan konsultatiezittingen werd zodoende pas in de eerste bijeenkomsten opgebouwd. Dat de deelnemers in de loop van het projekt gemotiveerd raakten blijkt uit de diskussies tijdens de zittingen over de voortgang, vormgeving, beroepsopvatting e.d. Dat in de loop van het projekt ook bepaalde verwachtingen werden gewekt blijkt o.m. uit de onvrede met het bereikte resultaat. Terwijl de verwachtingen van te voren van een zekere scepsis getuigden, voortkomend uit een onwetendheid met konsultatie, hadden de meeste artsen aan het einde zekere idealen voor ogen, die nog niet verwezenlijkt waren. Deze onvrede brengt ons tot een tweede aanmerking op de vorm van het projekt. Men was n.l. teleurgesteld over het feit dat men teveel op het patiëntniveau was blijven steken en te weinig aan het eigen funktioneren was toegekomen. Daarentegen constateerden we in onze analyses in hoofdstuk III en IV juist een ontwikkeling die wel degelijk meer in de richting van het funktioneren van de artsen ging. Deze diskrepantie suggereert dat er zich wel veranderingen in de verwachte richting voltrokken, maar dat deze ontwikkeling te vroeg afgebroken is door het einde van het projekt. In de beschouwing naar aanleiding van hoofdstuk IV merkten we reeds op dat de bevindingen in deze het aannemelijk maken dat een multidisciplinaire samenwerking pas na één à anderhalf jaar aftastend bezig zijn, naar wens gaat verlopen. Wat de vormgeving betreft luidt een van onze konklusies daarom dat het belangrijk is dat de deelnemers in een vroeg stadium betrokken worden bij de voorbereidingen van het projekt, en dat het een tijd duurt voordat men opelkaar is ingespeeld.

Letten we nu op de mogelijke effekten die aan het konsultatieprojekt kunnen worden toegeschreven.

De konsultatiezittingen zijn wat de vorm betreft het best te beschrijven als "consultee centered case consultation" waarvan in hoofdstuk II als voornaamste doelstelling werd genoemd dat het funktioneren van de arts zou verbeteren.

Secundair staat daar als doelstelling een individuele verbetering van de patiënt waarover konsultatie gevraagd werd.

De artsen zelf vertaalden dit ruim op te vatten "funktioneren" in een vergroting van hun vaardigheid om "psychosociale problematiek te benaderen". Verbetering in funktioneren dat af te leiden zou zijn uit voorschrijven van medicijnen of verandering in verwijspatroon was volgens de meeste artsen en konsultatiegevers niet te verwachten, de psychiater had in dit laatste opzicht nog het meeste verwachtingen.

We zullen nu nagaan of diverse doelstellingen bereikt zijn, achtereenvolgens bezien we of er een verandering is opgetreden in de benadering van psychosociale problemen en in specifieke gedragingen als voorschrijven en verwijzen; daarna kijken we of er sprake is van individuele verbetering van de patiënt waarover konsultatie gevraagd werd.

Wanneer we letten op de manier waarop de artsen psychosociale problemen benaderen dan kunnen we vaststellen dat de gespreksstijl van een aantal artsen in hun konsulten met patiënten na het projekt anders was dan voor het projekt. In het kader van het evaluatie-onderzoek dat het N.H.I. uitvoerde naar veranderingen bij de artsen werden nl. zowel vóór als na het projekt een dertigtal konsulten van elke arts op videoband opgenomen en uitvoerig geanalyseerd.

Bij arts 2 constateerden we een toename in gesignaleerde psychosociale problematiek die gepaard ging met een vaker reageren op psychische klachten; bij de overige artsen was dit niet zo sterk het geval, maar wel werd bij vrijwel alle artsen vastgesteld dat ze, wanneer ze ingingen op psychische klachten, meer aan de patiënt overlieten dan in de voormeting, terwijl hun gesprekken meer explorerend en inzichtbevorderend werden en ze minder alleen maar tegen zich aan lieten praten of alleen geruststellend op de problemen ingingen.

Een ander opvallend verschil tussen voor- en nameting was dat de patiënten in verschillende opzichten meer ruimte kregen: de artsen waren aandachtiger, de patiënt kwam meer aan het woord en had een grotere inbreng wanneer het op de soort behandeling aankwam in geval van psychische problemen.

Al deze veranderingen zijn natuurlijk niet absoluut te stellen, de konklusies zijn op een gering aantal observaties gebaseerd van gebeurtenissen die op één toevallig moment zijn vastgelegd. De som van al die kleine veranderingen - die het meest voorkwamen bij artsen die wel voor verandering voelden (vgl. hoofdstuk II) - suggereert desalniettemin dat de kijk op psychosociale problematiek en de behandeling ervan bij een aantal artsen aan verandering onderhevig is geweest. Een verandering die in zekere zin ook onder het kopje "verwachtingen" genoemd is, bijvoorbeeld daar waar de gezinstherapeut hoopte op een toename van zelfwerkzaamheid van de patiënt; van zo'n toename is sprake op het moment dat de arts de therapeutische beslissing bij de patiënt legt, hem/haar meer ruimte geeft in enigerlei opzicht.

Een tweede punt in deze is dan de vraag in hoeverre het konsultatie-projekt zoals in dit rapport beschreven, daaraan bijgedragen heeft. Gezien het feit dat de deelnemers geen specifieke bijdrage van het konsultatieprojekt aan hun funktioneren weten te noemen, lijkt in ieder geval de relativering gewettigd dat de konsultatie voor een aantal artsen hooguit bijgedragen heeft aan een atmosfeer waarin men anders tegen het artsenfunktioneren inzake de psychosociale klachten gaat aankijken, en waarin men ook probeert die verandering in de praktijk te brengen: wat we niet mogen zeggen, is dat de artsen uitsluitend als gevolg van 25 konsultatiezittingen anders met psychosociale problemen omgaan op hun spreekuur.

Vatten we het funktioneren van de arts in striktere zin op en kijken we of er in bepaalde specifieke handelingen veel veranderd is, dan blijkt dit niet het geval. Deze konklusie kunnen we ontlennen aan de uitspraken van de deelnemers tijdens de evaluatie en hij wordt bevestigd in deelonderzoeken naar veranderingen in het handelen van de arts.

Verwijspatronen bleven nagenoeg gelijk tijdens het konsultatieprojekt; de veranderingen daarin gingen niet in de verwachte richting. Ook in het voorschrijven van medicijnen werden nauwelijks veranderingen aangetroffen. Eén uitzondering geldt in deze waarop we dadelijk terugkomen.

We willen in dit verband wijzen op het feit dat het konsulteren in de loop van het projekt steeds meer een groeps karakter kreeg: meer personen namen deel, met name van de kant van konsultatievragers, minder konsultatievragen werden met een advies - meestal afkomstig van de konsultatiegevers - afgesloten en de vragen werden steeds meer aan de hele groep gesteld.

Of teamkonsultatie de meest geëigende methode van konsultatie is om het specifiek gedrag van artsen te beïnvloeden, blijft de vraag. Tijdens het projekt is drie keer van deze methode afgeweken. Tweemaal werd een uitgeschreven rollenspel gespeeld en nabsproken, eenmaal werd een exposé gehouden over het voorschrijven van anti-depressiva. Deze verandering in methode werd positief gewaardeerd door de deelnemers. De rollenspellen werden als leerzaam betiteld en het exposé over anti-depressiva heeft invloed gehad op het voorschrijfgedrag van de artsen. Ze zijn anti-depressiva in kuurvorm gaan voorschrijven en minder in langdurige onderhoudsdoseringen (Zie: Evaluatie Konsultatieprojekt Eindhoven).

Deskundigheidsbevordering in de zin van het leren van concrete gedragingen lijkt zodoende om een direktere benadering te vragen.

Tenslotte was als secundair doel van de gehanteerde konsultatievorm een verbetering van de patiënt waarover gekonsulteed werd, genoemd.

In III,6, bij de bespreking van de follow-up, zagen we al dat konsultatie vrij indirekt werkt. In 40% van de ingebrachte gevallen werden adviezen niet opgevolgd, omdat de arts de patiënt niet meer heeft teruggezien, het probleem al over was, of omdat de betreffende problematiek niet meer ter sprake werd gebracht. Vanwege deze redenen is er vaak ook geen uitspraak te doen over het al dan niet verbeteren van de patiënt. Maar wanneer hierover wel wat zinnigs te zeggen valt, is in \pm 55% sprake van verbetering, zonder dat dit dan rechtsreeks aan konsultatieeffekt kan worden toegeschreven - patiënten kunnen ook spontaan hersteld zijn.

Dit houdt in dat verbetering van de individuele patiënt soms een gunstig bijverschijnsel kan zijn, maar op zich als niet meer dan secundair doel genomen moet worden.

Een ander effect dat met konsultatie beoogd werd, is de verbetering van de relatie tussen de eerste en tweede lijn. In dit kader is weliswaar opgemerkt dat de konsultatiegevers een beter inzicht kregen in het verwijzen van de huisarts en dit ook meer konden waarderen, maar veel praktisch resultaat heeft dat in dit geval niet gehad.

Het R.P.I.-team zou na het konsultatieprojekt van samenstelling wisselen en ook tijdens het projekt had het er niet de schijn van dat de artsen zich plotseling veel meer op de R.P.I. gingen richten. Dit blijkt ook duidelijk uit het evaluatie-onderzoek naar veranderde verwijsgewoonten, waarbij we een afname van verwijzingen naar de R.P.I. constateerden. (Eindevaluatie Konsultatieprojekt Eindhoven 1979).

Een laatste beschouwing in dit hoofdstuk zouden we willen wijden aan het konsultatiegevend team.

Het konsultatiegevend team was samengesteld uit verschillende disciplines. Multi-disciplinaire konsultatie biedt de mogelijkheid t.a.v. een konsultatievraag verschillende aspecten, vanuit verschillende invalshoeken te belichten.

Hoewel we inderdaad zagen dat de invalshoeken van bv. de psychiater en psycholoog sterk verschilden, betekende dit niet zonder meer dat een aantal specifieke deskundigen zonder meer bij elkaar opgeteld werden.

We konstateerden bijvoorbeeld dat ongeacht op wiens specialisatieterrein de konsultatievraag lag, er bij elk probleemgebied dezelfde volgorde van inbreng was, nl. psychiater - psycholoog - gezinstherapeut - maatschappelijk werker. Over de dominante rol van de psychiater merkte de maatschappelijk werker op, dat deze denkt vanuit het "medische model, en dat sluit goed aan op de dagelijkse praktijk van de huisartsen".

Ook in een ander opzicht stonden artsen en psychiater als medici tegenover de rest, nl. daar waar zowel psycholoog als gezinstherapeut constateerden dat er teveel zware psychiatrische problematiek werd ingebracht. Al met al moeten we in ieder geval konkluderen dat een teamopbouw uit diverse disciplines nog geen gelijke inbreng van een ieder garandeert en dat met name de "medische verwantschap" van artsen met psychiatrie de laatste een forse voorsprong geeft.

Dit alles overziend zouden we als slotkonklusie willen formuleren dat dit konsultatieprojekt min of meer verlopen is zoals konsultatie volgens de boekjes hoort te verlopen: van patiënt-gericht naar het funktionieren van de deelnemers, met een groter wordende betrokkenheid van de deelnemers en met een steeds sterker groeps karakter.

De te sterke inbreng van de psychiatrie is in dit geval een schoonheidsfout.

De resultaten van dit alles zijn minder duidelijk: in een aantal opzichten zijn er zonder meer aanzetten gegeven- omgang met psychosociale problematiek, zelfwerkzaamheid patiënt, morele ondersteuning, bekendheid met elkaars werk - in andere opzichten is men niet op weg geraakt naar een gesteld doel: we denken aan deskundigheidsbevordering in de zin van kennisoverdracht en de relatie tussen eerste en tweede lijn, in dit geval P.M.D. en R.P.I.

De waarde van dit projekt voor de deelnemers zal zich zo laten aflezen uit de mate waarin de genoemde aanzetten kans zien om verder wortel te schieten en uit te groeien tot een nieuwe wijze van funktionieren, waarbij het konsultatieprojekt aan de wieg heeft gestaan.

Literatuurlijst

- Bothe-Dunselman, C.T.M., *Inbouw van consultatie*, NIK berichten 10, 1973.
- Bruyel, W. en A.F.W. van Meurs, *Consultatie nader bezien*, 1968, In: *Consultatie nadrukken*, 1975, NIK, Den Haag.
- Bruyel, W. en A.F.W. van Meurs, *Consultatie-instrument & perspectief*, 1974, NIK, Den Haag.
- Caplan, G., *The theory and practice of mental health consultation*, Basic Books, Inc., Publishers, New York, 1970.
- Commissie takenpakket der L.H.V., *De taken van de huisarts*, Medisch Contact, 1977, nr.24, pag. 765.
- Gersons, B.P.R., *De consultatiemethode in de preventieve psychiatrie*, Samson Uitgeverij, Alphen aan de Rijn, 1977.
- Haylett, Cl.H., en L. Rapoport, *Mental health consultation*, In: L. Bellak (ed.) *Handbook of community psychiatry and community mental health*, New York, Grune and Stratton, 1964, pag.319.
- Kreutzer, C.S., F.R. Fosmire, F. Diller en M.D. Smith, *Laboratory training in a new social system: evaluation of a consultancy relationship with a high school faculty*, *Journal of Applied Behavioral Science*, Vol. 7, no.4, 1971.
- Lippit, R., *Dimension of the consultant's job*, *Journal of Social Issues*, Vol.15, pag.5.
- Mannino, F.V., B.W. MacLennan en M.F. Shore, *The practice of Mental health consultation, (with a reference guide to the consultation stature)*, Gardner Press Inc. ,New York, 1975.
- Bensing, J.M. en H. Schut, *Onderzoeksnota Konsultatieprojekt Eindhoven, '77*, NHI Utrecht.
- Newfield, N.L., *An evaluation of mental health consultation for public health nurses*, *Dissertation Abstracts International*, 33 (5), 1972.
- N.H.G.-werkgroep, *Hoe helpt de dokter ?*, Interimrapport, juli 1975.
- Ravezwaaïj, J.F. van, *Consultatie in de geestelijke gezondheidszorg*, Boom, Meppel, 1972.
- Ravezwaaïj, J.F. van, *Consultatie, een nieuwe vorm van overleg*, *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1974, Vol.52, pag. 412.
- Rhodes, W.C., *Training in community mental health consultation*, Paper read in the symposium on problems of mental health consultation in the school, Chicago, American Psychological Association, 1960.
- Schmuck, R.A., *Helping teachers improve classroom group processes*, *The Journal of Applied Behavioral Science*, Vol.4, No.4, 1968.
- Nederlands Instituut voor Kinderstudie, *NIK berichten 8*, 1971 Den Haag.

- Schouwstra, C.P., *Conceptnota Consultatieproject*, 1976, Eindhoven.
- Schut, H. et al., *Eindevaluatie Konsultatieprojekt Eindhoven*, 1979, NHI, Utrecht.
- *Structuurnota Gezondheidszorg*, 1974, Den Haag.
- Whitley, A.P., *Counselor-teacher consultations, including video-analysis to reduce undesirable student responses*, Dissertation Abstracts International, 31 (10) 1971.
- Verhaak, P., *Eindevaluatie SPEECH, een onderzoek naar de samenwerking tussen een psycholoog en elf huisartsen*, 1979, NHI, Utrecht.
- Wit, L.J.M. de, *Samenwerking huisartsen - psycholoog, verslag uitgebracht door een midden-Limburgse consultatiegroep*, De Psycholoog, jaargang XI, nr. 9, oktober 1976, pag. 399.

BIJLAGEN

- Registratieformulieren
- Konsultatie-kontrakt

Gegevens over de casus:

I Patiënt of patiëntensysteem

I A. Indien de konsultatie betrekking heeft op één patiënt

Naam: verzekering: ziekenfonds
particulier
Adres:
Geslacht: M / V burg. staat: gehuwd
ongehuwd
gescheiden
Leeftijd: 0 t/m 9 weduwe/weduwenaar
10 t/m 19
20 t/m 39
40 t/m 59
60 en ouder samenstelling gezin:

I B. Indien de konsultatie betrekking heeft op meer personen, bijvoorbeeld een gezin (n.b. noem - indien van toepassing - de patiënt om wie het probleem draait als eerste)

naam:	.....	.....	.....	.....
adres:	.....	.....	.....	.....
geslacht:	M / V	M / V	M / V	M / V
leeftijd	.....	.....	.....	.....
verzekering:	zf / p	zf / p	zf / p	zf / p
burg.staat:	.....	.....	.....	.....

EVALUATIEFORMULIER VOOR DE KONSULTATIE

Konsultatievrager:

Datum:

Konsultent: team
 konsultatiegever, t.w.
 collega, t.w.:

(n.b.: indien meerdere alternatieven van toepassing zijn: d.m.v. cijfers aangeven in welke volgorde de alternatieven zijn gehanteerd).

II Probleem/problemen van de patiënt (eventueel meerdere aankruisen)

- somatische klachten met lichamelijke oorzaken
- somatische klachten zonder lichamelijke bevindingen
- chronische ziekte
- overmatig gebruik van medicijnen
- overmatig gebruik van alcohol of drugs
- problemen in huwelijk of daarmee vergelijkbare relaties
- problemen in gezin met uitzondering van bovenstaande (bv. problemen met opvoeding, generatieconflict)
- problemen met seksualiteit
- intrapsychische/psychiatrische problematiek
- problemen met werk- of schoolsituatie
- anders, nl.

III Localisatie van het probleem waarom in feite konsultatie wordt gevraagd.

- gelocaliseerd in patiënt
- gelocaliseerd in relatie arts-patiënt
- gelocaliseerd in funktioneren van de arts

(n.b. Indien meerdere alternatieven van toepassing zijn: d.m.v. cijfers aangeven in welke volgorde)

IV Beleid of activiteiten tot nu toe.

- gesprekken; aangrijpingspunt:
- voorschrijven medicatie, t.w.:
- verwezen naar:
 1. ter diagnose/ter therapie/als uitwijkmogelijkheid
 2. ter diagnose/ter therapie/als uitwijkmogelijkheid
 3. ter diagnose/ter therapie/als uitwijkmogelijkheid
- kontakten gehad met:
 1. advies:
 2. advies:
 3. advies:

V Wat zou je doen als deze konsultatie niet mogelijk was?

- zelfde beleid als tot nu toe
- ander beleid, t.w.:
- verwijzen naar:

VI Konkrete vraag voor de konsultatie.

.....

Indien van toepassing herformulering van de konsultatievraag:

.....

Resultaat konsultatie.

I Advies na konsultatie:

- zelfde beleid als tot nu toe
- ander beleid, maar zelf uitvoeren: (t.w.)
- verwijzen (naar:)
- anders, t.w.

II Opmerkingen:

Resultaat na 3 maanden

I Advies opgevolgd:

- ja
- ten dele
- nee

II Situatie van de patiënt waarover konsultatie is gevraagd:

- sterk verbeterd
- matig verbeterd
- stationaire toestand
- verslechterd
- onbekend / patiënt niet teruggezien

III Opmerkingen:

Konsultatiekontraakt Eindhoven

1. Dit konsultatiekontraakt bevat een overeenkomst tussen de konsultatiegevers, de konsultatievragers en de onderzoekers van het konsultatieprojekt Eindhoven.
2. Het doel van dit konsultatiekontraakt is: duidelijke afspraken te maken ten aanzien van het verloop van het konsultatie-experiment om daarmee enerzijds het experiment zelf en anderzijds het onderzoek daarnaar optimaal te laten functioneren.
3. Het konsultatiekontraakt heeft een looptijd van maximaal één jaar, te beginnen bij de start van de experimentele periode van het konsultatieprojekt; de geldigheid van het kontraakt verdwijnt bij beëindiging van deze experimentele periode.
4. Voor de hierboven genoemde periode verplicht het polikliniekteam van de R.P.I., en ieder van de polikliniekteamleden afzonderlijk, zich om - behoudens de gebruikelijke uitzonderingen als ziekte, vakantie, ontslag, e.d. - zo volledig mogelijk en in een zo konstant mogelijke samenstelling aan de konsultatiebijeenkomsten deel te nemen.
Als kontaktpersoon voor de R.P.I. is aangewezen A. van Niersen. Wanneer een lid van het R.P.I.-team verhinderd is om aan een van de konsultatiebijeenkomsten deel te nemen, moet dit aan van Niersen worden gemeld, die er op zijn beurt weer zorg voor dient te dragen dat deze informatie aan de andere deelnemers wordt doorgegeven.
5. Evenzo verplicht de groep huisartsen van de P.M.D., afdeling Willemstraat, en ieder van de groepsleden afzonderlijk, zich om - behoudens de gebruikelijke uitzonderingen als ziekte, vakantie, ontslag, e.d. - zo voltallig mogelijk aan de konsultatiebijeenkomsten deel te nemen.
Als kontaktpersoon voor de P.M.D. is aangewezen D. van der Bosch. Wanneer één van de konsultatievragers verhinderd is om aan een van de konsultatiebijeenkomsten deel te nemen moet dit aan van der Bosch worden gemeld, die er op zijn beurt zorg voor dient te dragen dat deze informatie aan de overige deelnemers wordt doorgegeven.
6. Evenzo verplicht het onderzoeksteam van het N.H.I. zich, om - behoudens de gebruikelijke uitzonderingen als ziekte, vakantie, ontslag, e.d. - steeds met minimaal één onderzoeker en met een zo groot mogelijke continuïteit in personen aan de konsultatiebijeenkomsten deel te nemen.
Als kontaktpersoon voor het N.H.I. is aangewezen J. Bensing.

7. De konsultatiebijeenkomsten vinden eens per veertien dagen plaats en hebben een duur van twee uur. Voorlopig is besloten deze bijeenkomsten te houden op de eerste en derde donderdag van de maand van 16.00 uur tot 18.00 uur. Het tijdstip waarop de konsultatiebijeenkomsten gehouden worden berust op een (te veranderen) keuze van de projektdeelnemers. De frekwentie en de duur van de bijeenkomsten zijn middels de bekrachtiging van dit konsultatiekontraat voor de duur van de experimentele periode vastgelegd.
8. In principe vindt er buiten de reguliere konsultatiebijeenkomsten geen konsultatie plaats. Mocht in uitzonderingsgevallen een konsultatievrager toch behoefte hebben om tussentijds een konsultatiegever persoonlijk te benaderen, dan dient dit kontakt (ongeacht of het rechtstreeks dan wel telefonisch gebeurt) steeds aan het N.H.I. gemeld te worden. Dit dient te geschieden op aparte formulieren die zowel door de konsultatievrager als door de konsultatiegever worden ingevuld.
9. De konsultatievragers verplichten zich om - behoudens akute gevallen die voorrang verdienen - op alfabetische volgorde een casus voor de konsultatie in te brengen. Een konsultatievrager mag nooit meer dan één casus op de andere konsultatievragers achterlopen.
10. De konsultatievrager verplicht zich om - ten behoeve van het onderzoek - over iedere konsultatie een formulier in te vullen; een gedeelte van dit formulier moet voorafgaand aan de konsultatie worden ingevuld; het resterende gedeelte na afloop van de konsultatie.
11. Het N.H.I. verplicht zich om van iedere konsultatiebijeenkomst een verslag te maken waarin naast een beschrijving van het verloop van de verschillende konsultaties ook de ter sprake komende evaluatieve en procedurele gespreksonderdelen worden verwerkt.
12. Ten aanzien van de konsultaties zelf gelden de volgende principeafspraken:
 - een konsultatie duurt als regel niet langer dan een half uur; wanneer op deze regel een uitzondering wordt gemaakt dient deze door de geheel groep te worden onderschreven.
 - de konsultatie heeft altijd betrekking op een konkrete casus; deze casus moet aan het begin van de konsultatie aan de groep worden voorgelegd
 - de konsultatie bevat altijd een zorgvuldig omschreven konsultatievraag; deze konsultatievraag dient aan het begin van de konsultatie aan de groep te worden voorgelegd
 - er moet een relatie bestaan tussen de casus en de konsultatievraag; wanneer die relatie niet geheel duidelijk is, is het een gezamenlijke verantwoordelijkheid van konsultatievrager en konsultatiegever(s) om deze relatie duidelijk te krijgen; hiervoor zal het in sommige gevallen noodzakelijk zijn om hetzij de casus, hetzij de konsultatievraag verder uit te werken.

13. Tijdens iedere konsultatiebijeenkomst wordt een van de projektdeelnemers aangewezen als procesleider. Deze procesleider heeft als taak om zowel de tijd als de procedures te bewaken. De procesleider dient zelf niet aan de konsultatie deel te nemen. Met het oog hierop verdient het aanbeveling om het procesleiderschap te laten rouleren, in die zin dat steeds één van de konsultatievragers die de laatste keer aan de beurt is geweest het procesleiderschap voor een volledige bijeenkomst op zich neemt.

14. Wijzigingen in dit konsultatiekontraakt kunnen slechts worden aangebracht met de volledige instemming van de projektdeelnemers, in laatste instantie vertegenwoordigd door de drie kontaktpersonen voor de verschillende participerende organisaties (zie hiervoor); wijzigingen in het konsultatiekontraakt zullen altijd gemeld moeten worden aan de projektleider, en via deze aan de begeleidingskommissie van het konsultatieprojekt Eindhoeven.

-o-o-o-o-

1 maart 1978
Jozien Bensing

