

koninklijke

25

Nederland
Postbus 2570
Mariahoek 4 - tel.



NIVEL
bibliotheek

drieharingestraat 25
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

konsultatie

project

eindhoven

een onderzoek naar het effect van
konsultatie op het handelen van de
huisarts

samenvatting van de resultaten
december 1981

tekst: G.J. Visser

onderzoek verricht door:

J.M. Bensing

R.I.M. Kluver

H. Schut

P.F.M. Verhaak

Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 2570 - 3500 GN Utrecht
Mariahoek 4 - tel.: 030 - 319946

Het NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT is een Stichting die grotendeels gesubsidieerd wordt door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiene. Daarnaast werkt het NHI veel met externe projectfinanciering.

Het NHI houdt zich bezig met de ontwikkeling en ondersteuning van de huisartsgeneeskunde, zowel in relatie tot de eerstelijns hulpverlening als tot andere sectoren van de gezondheidszorg. De laatste jaren is een tendens merkbaar tot uitgroei naar een instituut dat zich bezighoudt met de gehele eerstelijnsgezondheidszorg.

De werkzaamheden van het NHI omvatten nascholing, training, advisering, begeleiding, documentatie en informatie, alsmede wetenschappelijk onderzoek.

De afdeling wetenschappelijk onderzoek houdt zich met de volgende thema's bezig: registratie in de eerste lijn, psychosociale hulpverlening, samenwerking in de eerstelijnsgezondheidszorg, de relatie tussen eerste en tweede lijn en mankracht en voorzieningen in de eerstelijnsgezondheidszorg.

Inhoudsopgave

1. INLEIDING
2. WAT IS KONSULTATIE?
3. PROJECT EN ONDERZOEK
 - 3.1. Voorbereidingen
 - 3.2. Deelnemers
 - 3.3. Onderzoeksofzet
4. DE KONSULTATIEZITTINGEN
 - 4.1. Verwachtingen
 - 4.2. Beschrijving van de konsultaties
 - 4.3. Evaluatie
 - 4.4. Besluit
5. HET HANDELEN VAN DE HUISARTS
 - 5.1. Waarnemen van psychosociale problemen
 - 5.2. Verwijzen
 - 5.3. Voorschrijven van medicijnen
 - 5.4. Gespreksgedrag
6. SLOTBESCHOUWING
7. ENIGE LITERATUUR

1 Inleiding

In december 1977 ging in Eindhoven een konsultatieproject* van start. Gedurende anderhalf jaar kregen zes, later zeven, huisartsen van de Philips Medische Dienst (PMD) in tweewekelijkse bijeenkomsten konsultatie van een team van de Rijks Psychiatrische Inrichting (RPI) in Eindhoven, bestaande uit een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk werker en een gezinstherapeut. Twee ontwikkelingen in de gezondheidszorg lagen aan het project ten grondslag: in de eerste plaats krijgen huisartsen in toenemende mate te maken met patiënten met psychosociale problemen; tegelijkertijd verschuift het zwaartepunt in de zorg van de - relatief dure - specialistische hulp naar de goedkopere hulp door de huisarts. Het konsultatieproject was dan ook in de eerste plaats bedoeld om de huisartsen in staat te stellen patiënten met psychosociale problemen zelf doelmatiger te helpen. Daarnaast zou de wetenschappelijke begeleiding en evaluatie van het project een schat aan gegevens moeten opleveren, niet alleen over het effect van de konsultatiezittingen op het handelen van de huisarts, maar ook over dat handelen zelf: het gedrag in de spreekkamer, het verwijzen, het voorschrijven van medicijnen.

Het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) in Utrecht werd gevraagd dat evaluatieonderzoek te

* In afwijking van de in deze brochure gebruikte spelling schrijven wij 'konsultatie' zoals bij Nederlandstalige publikaties over dit onderwerp het meest gangbaar is.

verrichten. De resultaten van het onderzoek werden neergelegd in vijf rapporten*.

In deze brochure zijn de belangrijkste bevindingen kort samengevat.

2 Wat is konsultatie?

Gerald Caplan, de Amerikaanse grondlegger van de konsultatiemethode, beschrijft zijn 'mental health consultation' als een interactieproces tussen twee professionele werkers: de konsultatiegever met zijn gespecialiseerde kennis en de konsultatievrager, die de hulp van de eerste inroept voor een probleem waarvoor hij zich in zijn werk gesteld ziet en dat hij niet kan oplossen. In Nederland raakte voor een dergelijk interactieproces het begrip 'konsultatie' in zwang**.

- * - Bensing, J., R.Kluver, H.Schut en P.Verhaak, Konsultatieprojekt Eindhoven, een procesbeschrijving, Utrecht, 1979
- Bensing, J. en P.Verhaak, Konsultatieprojekt Eindhoven, verwijspatronen, Utrecht, 1980
- Schut, H., en P.Verhaak, Konsultatieprojekt Eindhoven, voorschrijven van medicijnen, Utrecht, 1980
- Bensing, J., en P.Verhaak, Konsultatieprojekt Eindhoven, gespreksgedrag, Utrecht, 1980
- Bensing, J., R.Kluver, H.Schut en P.Verhaak, Konsultatieprojekt Eindhoven, eindevaluatie, Utrecht, 1980

** De literatuurlijst op pag.37 geeft enige recente literatuur over konsultatie.

Konsultatie onderscheidt zich van de traditionele leersituatie door de gelijkwaardigheid in de relatie: de konsultatiegever stelt zich naast de konsultatievrager op en helpt hem om zelf het probleem op te lossen. Konsultatie onderscheidt zich ook van therapie: persoonlijke problemen van de konsultatievrager komen niet ter sprake. Het doel van het contact is de konsultatievrager in staat te stellen om het soort problemen waarvoor hij nu hulp zoekt in de toekomst zelf beter en efficiënter op te lossen. Of en hoe hij het besprokene in de praktijk brengt hoort daarbij tot zijn eigen verantwoordelijkheid: de konsultatiegever wil en kan daarop geen invloed uitoefenen.

In Eindhoven gaf een team van deskundigen konsultatie aan een groep huisartsen. Een dergelijke vorm van konsultatie - een gesprek tussen twee groepen - komt niet vaak voor. Meestal staat één konsultatiegever in relatie tot slechts één konsultatievrager; ook kan één konsultatievrager zijn probleem voorleggen aan een team van konsultatiegevers of - omgekeerd - is één konsultatiegever een groep konsultatievragers ten dienste.

Ook naar inhoud zijn verschillende typen van konsultatie te onderscheiden. Indien de konsultatievrager in een dienstverlenende organisatie werkt, kan in de gesprekken het functioneren daarvan aan de orde komen of kan de nadruk worden gelegd op de wijze waarop de konsultatievrager binnen de organisatie zijn werk doet. Maar ook hulpverleners die - zoals de meeste huisartsen - zelfstandig werken, kunnen behoefte hebben aan konsultatie. In dat ge-

val kan worden gekozen voor een vorm waarin telkens één probleem van één van de cliënten van de konsultatievrager wordt besproken, of waarin - meer in het algemeen - het functioneren van de konsultatievrager als hulpverlener centraal staat.

Deze laatste vorm van konsultatie is het meest gebruikelijk binnen de gezondheidszorg en werd ook in dit project toegepast. Weliswaar brachten de deelnemende huisartsen in de konsultatiegesprekken problemen van hun patiënten ter sprake, maar daarbij was niet het oplossen van die individuele problemen het doel van de gesprekken, maar het oplossen van problemen die de artsen ondervonden wanneer zij deze patiënten probeerden te helpen.

3 Project en onderzoek

3.1. VOORBEREIDINGEN

Aan de start van het Konsultatieproject Eindhoven - de eerste zitting vond plaats op 1 december 1977 - zijn vele maanden van voorbereiding vooraf gegaan. Ruim anderhalf jaar eerder, in maart 1976, was een conceptnota konsultatieproject verschenen, opgesteld door medewerkers van de RPI en de PMD. In deze nota werden de doelstellingen van het project - verbetering van de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn en een wetenschappelijk verantwoorde evaluatie van de gebruikte methodieken - vastgelegd. In het voorjaar van 1977 kwamen de deelnemers voor het eerst samen voor een driedaagse konsultatietraining, gevolgd door een 'opwarmbijeenkomst' in augustus. Tijdens deze bijeenkomst werden de definitieve 'spelregels' voor de konsultatie opgesteld, die later formeel werden vastgelegd.

Op 1 maart 1979 werd het project officieel afgesloten.

3.2. DEELNEMERS

Aan het project namen enerzijds een groep huisartsen van de PMD deel en anderzijds het team van de polikliniek van de RPI. Noch de huisartsen noch de leden van het team van de polikliniek hadden meegewerkt aan de conceptnota. De driedaagse training was voor hen de eerste concrete kennismaking met konsultatie.

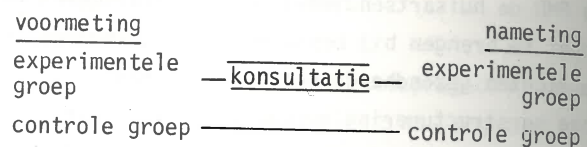
De huisartsen - eerst zes, later zeven - werkten in het centrum van Eindhoven en vormden samen twee van de vier huisartsengroepen waaruit de PMD bij de start van het project bestond. In 1977 besloot de PMD de huisartsendienst te decentraliseren en onder te brengen bij bestaande of met anderen op te richten gezondheidscentra in de stad.

Deze herstructurering vergde van alle huisartsen veel tijd en energie; bovendien veranderden twee van de deelnemende huisartsen al tijdens het project van praktijkruimte. Van belang is ook dat de artsen tijdens, maar los van het konsultatieproject allerlei activiteiten op het gebied van bij- en nascholing organiseerden.

Het team van de polikliniek van de RPI bestond bij aanvang van het project uit een psychiater, een psycholoog en een maatschappelijk werker. Na enkele maanden vertrok de psycholoog. Op aandrang van de huisartsen werd het team aangevuld met een nieuwe psycholoog en met een gezinstherapeut, die de plaats innam van een al vóór de start van het project vertrokken sociaal-psychiatrisch verpleegkundige.

3.3. ONDERZOEKSOPZET

Het door het NHI uitgevoerde onderzoek had tot doel een analyse te geven van wat er tijdens de konsultatiezittingen gebeurde én een vergelijking mogelijk te maken van het handelen van de deelnemende huisartsen vóór en na het project. Zo zou duidelijk worden of het handelen van deze artsen - de 'experimentele groep' - in de vijftien maanden dat het project duurde, was veranderd en of eventuele veranderingen aan de konsultatie konden worden toegeschreven. Door ook het handelen te meten van een vergelijkbare groep artsen die niet aan het project deelnamen - de controlegroep - zou die laatste vraag nog nauwkeuriger beantwoord kunnen worden. In een schema:



Desondanks blijft het een hachelijke zaak om gevonden veranderingen in het gedrag aan de konsultatie toe te schrijven: zoals in ieder veldonderzoek deden zich ook hier tal van onvoorziene gebeurtenissen voor, zoals wisselingen in het team van konsultatiegevers en reorganisatie van de PMD. Dergelijke gebeurtenissen zullen zeker invloed op de deelnemende artsen hebben gehad.

Om het konsultatiegebeuren te kunnen analyseren werden allereerst in gesprekken de verwachtingen van de deelnemers verzameld, vervolgens werden de vijftienvijf bijeenkomsten naar vorm en inhoud nauw-

keurig vastgelegd; tenslotte werd tijdens een slotbijeenkomst en in afzonderlijke interviews gevraagd naar het eindoordeel van konsultatiegevers en -vragers over het gehele project. Van het handelen van de artsen werden in vóór- en nameting vier aspecten gemeten:

1. het onderkennen van psychosociale kanten aan problemen van patiënten
2. het verwijzen naar specialisten en andere hulpverleners
3. het voorschrijven van medicijnen
4. de manier waarop de arts in een gesprek met psychosociale problemen omgaat

In de volgende hoofdstukken zullen achtereenvolgens het verloop van het project zelf en het effect daarvan op het handelen van de artsen worden beschreven.

4 De konsultatiezittingen

4.1. VERWACHTINGEN

Voor het begin van het project spraken de huisartsen en de konsultatiegevers met de onderzoekers over hun verwachtingen over het effect en over de vorm en inhoud van de konsultatiezittingen. Hoewel slechts twee van de - aanvankelijk - zes artsen zich van meet af aan aangesproken voelden door het idee van konsultatie - de anderen deden alleen mee om hun collega's niet in de steek te laten - verwachtten zij in meerderheid toch in staat te zullen zijn de eigen hulpverlening bij psychosociale problemen te veranderen. Artsen en konsultatiegevers waren het erover eens

dat de konsultatie zich niet zou moeten beperken tot het bespreken van problemen van patiënten. Zij verwachtten dat het functioneren van de artsen en hun relatie met patiënten in toenemende mate onderwerp van gesprek zou zijn.

Op de psychiater na verwachtten zij een groeiende eenheid binnen de groep; voor de meeste artsen was de onderlinge herkenning van problemen een tweede te verwachten pluspunt van de konsultatie. Verschil van mening bestond over de vraag naar de inbreng van de verschillende deelnemers: psycholoog en psychiater verwachtten van zichzelf véél en van de ander weinig inbreng en ook over de rol van de individuele artsen liepen de verwachtingen nogal uiteen.

4.2. BESCHRIJVING VAN DE KONSULTATIES

Aanvankelijk verliepen de konsultatiezittingen volgens een vast schema. De artsen brachten om beurten een probleem uit hun praktijk ter sprake. Daarbij vertelden ze iets over de voorgeschiedenis van de patiënt en formuleerden een zo concreet mogelijke vraag: heb ik tot nu toe goed gehandeld? hoe moet ik me nu verder opstellen? De vraag werd tot één van de konsultatiegevers gericht, maar alle deelnemers konden er hun commentaar op geven.

Uit het verslag van de derde zitting:

"Arts 7 legt de volgende drie vragen voor:

1. zit er muziek in een verwijzing?
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."

De konsultatie werd, al dan niet na een advies, besloten met een evaluatie door de betrokken arts, waarin hij weergaf wat hij aan het gesprek had gehad.

In de loop van het project verliepen de zittingen minder voorspelbaar. De vragen werden minder concreet en werden ook niet meer expliciet aan één van de konsultatiegevers gesteld.

Uit het verslag van de elfde zitting:

"Het probleem van arts 7 is dat hij uiterst ontevreden is over zijn eigen functioneren. Hij heeft het gevoel iets gemist te hebben. Dit probleem wil hij als zodanig voorleggen aan de gehele groep."

Daardoor mengden meer deelnemers zich in het gesprek; de zittingen werden ook minder vaak met een advies besloten. Tegelijk werd tijd vrijgemaakt voor andere vormen van konsultatie. Twee zittingen werden besteed aan problemen op het gebied van sexualiteit: in rollenspelen oefenden de artsen in het voeren van een gesprek met patiënten met dergelijke problemen.

In enkele gevallen lag daaraan een probleem uit de eigen praktijk ten grondslag.

Uit het verslag van de zeventiende zitting:

"Korte voorgeschiedenis: de patiënt is een man van 40 jaar; zijn vrouw is 36; zij hebben twee kinderen van respectievelijk 11 en 8 jaar. Toen de vrouw eens op het spreekuur kwam, zei zij terloops (bij het afscheid): "dokter, wilt U eens

met mijn man praten, want er zijn sexuele problemen". De arts had daarop geantwoord dat haar man dan maar eens een afspraak moest maken. Die afspraak werd door de vrouw gemaakt en vervolgens door de man twee keer afgezegd. De derde keer kwam hij wel, maar toen de arts hem vroeg wat er aan de hand was, antwoordde hij: "dokter, ik heb last van mijn linkerknie". Hier begint het rolspel.

Ook werden tussentijdse evaluaties gehouden, waarin patiënten die al eerder onderwerp van gesprek waren geweest opnieuw ter sprake konden komen. Onderlinge conflicten in de groep werden nu ook uitvoerig besproken, waarbij vaak de beroepsopvatting en de taakafbakening van de huisartsen ter discussie stond. Maar ook gesprekken die wél aan de hand van een praktijkprobleem werden gevoerd veranderden van karakter: het probleem van de patiënt verdween wat naar de achtergrond en de aandacht verschoof naar het functioneren van de arts in relatie tot zijn patiënten. Dat er minder adviezen werden gegeven hangt met deze - verwachte - ontwikkeling samen.

Van alle consultatiezittingen werden verslagen gemaakt. Daarnaast vulden de artsen die een probleem inbrachten een formulier in met vragen die betrekking hadden op de aard van de problemen van de patiënt, het tot dan toe gevoerde beleid en de plannen die de arts ten aanzien van de patiënt had. Ook werd het op de consultatie gegeven advies vastgelegd en het resultaat na drie maanden. In de helft van de gevallen bleken de adviezen te verschillen van de oorspronkelijke plannen van de

arts en nog geen vier van de tien gegeven adviezen bleken achteraf door de arts te zijn opgevolgd. Daarmee is niet gezegd dat het project zou zijn mislukt: consultatie is immers eerder een manier om te leren dan een 'therapie op afstand' met een onmiddellijk effect.

De verslagen geven ook een goed beeld van de inbreng van de verschillende deelnemers. De psychiater blijkt in het hele project een dominerende plaats te hebben ingenomen. Ook de psycholoog heeft veel invloed gehad op de loop van de gesprekken, terwijl de maatschappelijk werker vrij weinig aan het woord is geweest.

Specifieke deskundigheid lijkt daarbij niet van doorslaggevende betekenis: de psychiater mengde zich ook in gesprekken over problemen die op het gebied van de maatschappelijk werker lagen. De consultatiegevers verschilden wel van elkaar in de manier waarop zij tegen de problemen aankeken. De psychiater kwam met zijn psychoanalytische optiek regelmatig in conflict met de psychologen, die beiden een meer gedragstherapeutische benadering voorstonden. Dat de eerste psycholoog halverwege het project verdween heeft ongetwijfeld met deze conflicten te maken gehad.

Uit het verslag van de zevende zitting: De psycholoog vertelt dat hij zelf in zo'n geval wel eens 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."

4.3. EVALUATIE

De laatste konsultatiebijeenkomst is besteed aan de evaluatie van het project. Wat opvalt is dat de artsen teleurgesteld zijn in hun verwachting na de konsultaties beter te zullen functioneren; zij noemden de gesprekken toch nog te veel gericht op problemen van patiënten. Ook de wisselingen in het konsultatiegevend team zouden het effect van de konsultatie negatief hebben beïnvloed. Dat de mogelijkheden van konsultatie niet ten volle waren benut vonden de konsultatiegevers ook. Zij schreven dat vooral toe aan de zwaarte van de ingebrachte problemen, waardoor een gevoel van machteloosheid ontstond, en aan de onderlinge verschillen binnen de huisartsgroep. Maar er werden ook positieve punten genoemd. Zo vonden de artsen de zittingen over het algemeen plezierig en hadden de meesten er toch iets van geleerd. De konsultatiegevers moesten na het project toegeven dat de artsen zeker niet "zo maar een eind weg verwijzen", zoals ze eigenlijk hadden gedacht.

4.4. BESLUIT

Welke conclusies kunnen we nu trekken uit de ervaringen die in Eindhoven met konsultatie zijn opgedaan en - vooral - welke fouten moeten vermeden worden om het effect van dergelijke projecten te

kunnen vergroten?

Allereerst heeft het feit dat de deelnemers niet bij de voorbereidingen van het project waren betrokken allesbehalve motiverend gewerkt. Twee artsen deden alleen mee omdat de anderen óók meededen. In die situatie zijn vijftien maanden niet genoeg om een goede konsultatierelatie op te bouwen. Zeker niet wanneer, zoals hier, de inhoud van de gesprekken verschuift van de patiënt naar de arts. Aanvankelijk bleef deze bij het hardnekkig zoeken naar 'de oplossing' van - vaak zware - problemen zelf buiten schot. Halverwege het project veranderde dat; tegelijk groeide de onzekerheid over 'hoe het nu verder moet'. Konsultatie waarin de nadruk ligt op de arts en op zijn relaties met de patiënt vraagt kennelijk meer tijd en vereist van de deelnemers dat zij duidelijker voor ogen hebben hoe het proces moet verlopen.

Tenslotte blijkt een groot bezwaar te kleven aan een multidisciplinaire samenstelling van het konsultatiegevende team: in Eindhoven leek de inbreng van de deelnemers niet zo zeer te worden bepaald door hun specifieke kennis als wel door de status van hun vak.

5 Het handelen van de huisarts

Om te kunnen nagaan of de deelnemende huisartsen als gevolg van het project anders zijn gaan werken is hun handelen in vier aspecten opgesplitst en gemeten: het waarnemen van psychosociale kanten aan klachten, het verwijzen, het voorschrijven van medicijnen en de manier waarop zij gesprekken voeren.

Deze vier aspecten staan niet los van elkaar: een arts die meer psychosociale problemen ziet, zal daar ook iets mee willen doen en een arts die minder gaat verwijzen zal andere manieren moeten vinden om zijn patiënten te helpen. Hoe de relatie tussen de vier aspecten precies ligt is voorlopig nog onderwerp van speculatie.

In de volgende paragrafen zal per deelaspect achtereenvolgens aan de orde komen welke veranderingen de opstellers van de conceptnota, de deelnemende huisartsen en de onderzoekers van het consultatieproject verwachtten en welke veranderingen ook werkelijk werden vastgesteld. Daarbij zullen ook de methoden worden besproken waarmee het materiaal werd verzameld.

5.1. WAARNEMEN VAN PSYCHOSOCIALE PROBLEMEN

In de conceptnota wordt de verwachting uitgesproken dat de artsen door deelname aan het consultatieproject vaker psychosociale aspecten aan problemen zullen kunnen onderkennen. Twee van de zes huisartsen en twee van de drie consultatiegevers* onderschreven in interviews deze verwachting. Ook de onderzoekers veronderstelden dat het waarnemen van psychosociale problemen op langere termijn is te veranderen.

In dit deelonderzoek stond dan ook de vraag centraal of de artsen uit de experimentele groep in

* Aan de voormeting deed de zevende deelnemende huisarts niet mee. De drie geïnterviewde leden van het polikliniekteam zijn de psychiater, de (eerste) psycholoog en de maatschappelijk werker.

dit opzicht inderdaad waren veranderd. Daaraan lag de gedachte ten grondslag dat iedere arts volgens een vast - maar wellicht te veranderen - patroon klachten beoordeelt als somatisch of psychosociaal.

Om daarover zekerheid te krijgen vulden alle artsen vóór en na het project telkens tien dagen lang een formulier in, waarop zij, in een vijfpuntschaal, een oordeel gaven over al hun consulten:

- ik ben van mening dat deze klacht of dit klachten-totaal puur somatisch is
- ik ben van mening dat aan het totaal van deze klacht(en) meer somatische dan psychosociale aspecten een bijdrage leveren
- ik ben van mening dat aan het totaal van deze klacht(en) ongeveer evenveel somatische als psychosociale aspecten een bijdrage leveren
- ik ben van mening dat aan het totaal van deze klacht(en) meer psychosociale dan somatische aspecten een bijdrage leveren
- ik ben van mening dat het totaal van deze klacht(en) puur psychosociaal is.

Het opvallende resultaat van dit deelonderzoek is dat de artsen van dag tot dag inderdaad steeds ongeveer eenzelfde percentage van de klachten op hun spreekuur als (mede-)psychosociaal beoordeelden en dat ze onderling daarin aanzienlijk verschilden; een verschil dat niet herleid kan worden tot leefsopbouw of andere kenmerken van de praktijk en dus iets zegt over de ideeën van de arts. Kan een dergelijk vast patroon nu op langere termijn veranderen en - belangrijker nog - heeft zo'n verandering ook werkelijk plaatsgevonden bij de

artsen die aan het project deelnamen? Het antwoord op die vraag is niet eenduidig. Zowel in de experimentele groep als in de controlegroep kwamen de verhoudingen anders te liggen - de ene arts ging méér zien, de ander minder -, maar die veranderingen deden zich zeker niet steeds in de verwachte richting voor: in de experimentele groep beoordeelde één arts in de nameting aanzienlijk minder klachten als psychosociaal en de artsen in de controlegroep zagen juist zowel vóór als na het project gemiddeld méér psychosociale problemen dan hun experimentele collega's.

De vastgestelde veranderingen zijn zo willekeurig over beide groepen verdeeld dat ze niet aan het konsultatieproject kunnen worden toegeschreven.

5.2. VERWIJZEN

De opstellers van de conceptnota verwachtten dat de deelnemende huisartsen na het project 'kwalitatief beter' zouden verwijzen: cliënten zouden daarvoor minder vaak ten onrechte in medische kanalen terecht komen. Van de deelnemers zelf verwachtten de huisartsen weinig verandering in dit opzicht en de konsultatiegevers alleen een toename van het aantal psychosociale verwijzingen, met name naar hun eigen RPI.

De onderzoekers formuleerden hun verwachtingen in vijf hypothesen.

1. veranderingen in de verwijzingen op eigen initiatief van de arts zijn waarschijnlijker dan veranderingen in de verwijzingen die buiten de directe invloedssfeer van de arts liggen.

2. veranderingen in de verwijzingen naar de RPI zijn waarschijnlijker dan veranderingen in de verwijzingen naar andere hulpverleners of hulpverlenende instanties.
3. veranderingen in de verwijzingen naar psychosociale hulpverleners of hulpverlenende instanties zijn waarschijnlijker dan veranderingen in de verwijzingen naar somatische hulpverleners.
4. veranderingen in de verwijzingen met als motivatie 'een vastgelopen arts-patiënt relatie' zijn waarschijnlijker dan veranderingen in de overige typen verwijzingen.
5. veranderingen in de verwijzingen met een psychosociale indicatie zijn waarschijnlijker dan veranderingen in de verwijzingen op louter somatische indicatie.

De deelnemende artsen uit de controlegroep legden gedurende het project al hun verwijzingen vast: niet alleen eerste verwijzingen naar medisch specialisten en naar paramedische en psychosociaal geschoolde hulpverleners, ook 'administratieve verwijzingen' zoals herhaalverwijskaarten werden geregistreerd. Daarbij gaven zij aan van wie het initiatief tot de verwijzing was uitgegaan (van de arts, de patiënt of de specialist), wat het motief was om te verwijzen (ter diagnose, ter therapie of omdat de arts niet verder wilde behandelen) en of zij zelf de klacht al dan niet als (mede)psychosociaal beoordeelden*.

* Bij het beantwoorden van de laatste vraag maakten de artsen gebruik van de vijfpuntsschaal die in de vorige paragraaf werd besproken.

Een vergelijking van deze door de artsen zelf gegeven informatie met de gegevens van de ziekenfondsen - opgeslagen in het Landelijk Informatiesysteem van de Ziekenfondsen (LISZ) - gaf nogal wat verschillen te zien. Met name de artsen uit de controlegroep bleken volgens de cijfers van het LISZ veel méér te verwijzen dan zij zelf opgaven. De oorzaak van deze verschillen kon maar in een enkel geval worden achterhaald; de door de 'controle-artsen' gegeven cijfers werden daarmee zo onbetrouwbaar dat ze in het onderzoek verder buiten beschouwing zijn gelaten.

Het verwijzen door de huisarts is al eerder onderwerp geweest van sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Om onderlinge vergelijkingen van verwijzingen mogelijk te maken, worden deze doorgaans uitgedrukt in een verwijsmaat. In dit evaluatieonderzoek moest daarbij rekening worden gehouden met de verschillen in praktijkgrootte en het daarmee samenhangende gegeven dat de ene arts tijdens zijn spreekuur méér patiënten ziet - en dus kan verwijzen - dan de andere. Omdat de belangstelling bovendien uitging naar verwijzingen waarop de arts zelf invloed heeft, werd als verwijsmaat gekozen: het aantal verwijzingen op initiatief van de arts per honderd contacten per week.

Zo vastgesteld bleek de verwijsmaat stabiel te zijn: bij elke honderd contacten per week verwees iedere arts steeds eenzelfde aantal patiënten naar andere hulpverleners, terwijl de artsen onderling daarin sterk verschilden.

Een verband tussen de verwijsmaat en variabelen als praktijkopbouw en praktijkgrootte werd niet gevonden: kennelijk heeft iedere arts los daarvan zijn eigen 'verwijsgewoonte'.

Om te zien of het consultatieproject daarin veranderingen heeft kunnen brengen werden voor iedere arts de cijfers over de eerste vier maanden van de meting vergeleken met die over dezelfde periode een jaar later en over de laatste vier maanden van het project. De artsen toonden zich in hun verwijsgewoonte allen even standvastig: één arts verwees in de laatste periode weliswaar veel minder dan daarvóór, maar hij zag toen ook veel minder patiënten op zijn spreekuur, zodat ook zijn verwijsmaat gelijk bleef.

Wat wél veranderde was de verhouding tussen de verschillende typen verwijzingen.

In de eerste plaats verwezen de artsen steeds vaker op eigen initiatief en steeds minder op verzoek van de patiënt of de specialist.

Dat gold niet alleen voor de verwijzingen naar psychosociale hulpverleners - die vonden vrijwel altijd plaats op initiatief van de arts - maar ook voor de verwijzingen naar medisch specialisten en paramedische hulpverleners*.

Op zich is dat merkwaardig en tegen de verwachting in: het project kan immers geen invloed hebben gehad op de wensen van patiënten en specialisten.

* Verwijzingen naar medisch specialisten bleken vaak van administratieve aard; slechts 30 tot 40% daarvan kwam dan ook voort uit een initiatief van de arts.

De verklaring ligt waarschijnlijk in moeilijk te beïnvloeden factoren, zoals striktere normen bij het afgeven van herhaal-verwijskaarten; ook kan er sprake zijn geweest van registratiemoetheid bij de artsen.

Op eigen initiatief verwezen de artsen vooral naar medisch specialisten (ongeveer 70% van de verwijzingen); verwijzingen naar paramedische beroepen en naar psychosociale hulpverleners zijn met ruim 20% en 2 à 3% van de 'eigen' verwijzingen veruit in de minderheid. In de loop van het project nam het aandeel van verwijzingen naar medisch specialisten zelfs nog toe, terwijl die naar psychosociale hulpverleners na een aanvankelijke stijging weer wat afnamen.

Binnen de grootste groep 'eigen' verwijzingen - die naar de medisch specialisten - zijn verwijzingen naar een chirurg of e.h.b.o.-post het talrijkst, gevolgd door die naar een keel-, neus- en oorarts.

Wanneer we - omgekeerd - bekijken welke invloed de huisarts heeft op het totaal aantal verwijzingen naar ieder specialisme, dan staat k.n.o. bovenaan: 60% van de verwijzingen naar een k.n.o.-arts gebeurde op initiatief van de huisarts. Dat percentage ligt wat lager bij orthopedie, dermatologie en gynaecologie, weer lager bij chirurgie en e.h.b.o. (30-40%), psychiatrie (ongeveer 30%) en interne geneeskunde (20-30%), terwijl artsen slechts zelden op eigen initiatief naar een oogarts bleken te verwijzen. In dit patroon kwam in de loop van het project nauwelijks verandering.

Binnen de groep van de 'eigen' verwijzingen naar paramedische beroepen neemt de fysiotherapie - met 80% - een koppositie in; de artsen verwezen veel minder naar een diëtiste of verloskundige.

En dan de verwijzingen naar psychosociale hulpverleners: de kleinste groep, maar voor dit onderzoek het meest interessant. In de drie meetperiodes verwezen de artsen bij elkaar honderd patiënten naar psychosociale hulpverleners of maatschappelijk werkers. Opvallend genoeg blijken verwijzingen naar de RPI in de loop van het project te zijn verdwenen. Daartegenover staan steeds méér verwijzingen naar het maatschappelijk werk, maar daarbij speelde de reorganisatie van de PMD - die onderlinge samenwerking vereenvoudigde - waarschijnlijk een grotere rol dan het consultatieproject.

Zoals we zagen, gaven de artsen op de formulieren ook aan waarom ze een patiënt verwezen en hoe zij de klacht beoordeelden. Tegen de verwachting in verwezen de artsen veel vaker 'ter diagnose' of 'ter therapie' - onderling verschilden zij daarin nogal - dan door een vastgelopen relatie met de patiënt: de motivatie 'omdat ik zelf niet verder wil behandelen' werd weinig genoemd en dan nog vrijwel uitsluitend bij medische of paramedische verwijzingen. Psychosociale hulpverleners werden door vrijwel alle artsen alleen 'ter therapie' ingeschakeld.

Gemiddeld 60%, later 70% van de klachten van de verwezen patiënten werd door de artsen als soma-

tisch beoordeeld. Klachten die leidden tot verwijzingen naar een medisch specialist heetten vaker somatisch dan de andere klachten; toch zagen de artsen aan een belangrijk deel (20-40%) van deze klachten psychosociale aspecten, terwijl - omgekeerd - het merendeel van de patiënten met psychosociaal beoordeelde klachten naar medische of paramedische hulpverleners werd verwezen; een gegeven dat specialisten en fysiotherapeuten tot nadenken moet stemmen.

De - schaarse - kennis over verwijzen is door het evaluatie-onderzoek vergroot; ook heeft het enig inzicht gegeven in de vóórs en tegens van de gebruikte onderzoekstechniek. Het konsultatieproject zélf kon minder positief worden beoordeeld: na afloop verwezen de artsen vaker op eigen initiatief dan vóór het project en het aandeel van verwijzingen naar medisch specialisten bleek te zijn toegenomen ten koste van verwijzingen naar psychosociale hulpverleners en maatschappelijk werk.

5.3. VOORSCHRIJVEN VAN MEDICIJNEN

Ten aanzien van het voorschrijven van medicijnen stelden de opstellers van de conceptnota zich de algemene vraag: verandert de hoeveelheid of soort voorgeschreven psychofarmaca per huisarts onder invloed van het konsultatieproject? De deelnemende artsen verschilden hierover van mening, terwijl de konsultatiegevers vrijwel allemaal verwachtten dat de hoeveelheid voorgeschreven psychofarmaca zou afnemen. De onderzoekers voorzagen geen of slechts marginale verandering in het voorschrijfgedrag en

achtten daarbij veranderingen in recepten met psychofarmaca waarschijnlijker dan veranderingen in recepten met andere medicijnen.

Tijdens vóór- en nameting schreven de artsen uit de experimentele groep vier weken lang al hun recepten uit op doordruk-receptenblocs: één exemplaar gaven zij aan de patiënt, het andere aan de onderzoekers. De artsen uit de controlegroep deden tijdens de nameting hetzelfde, maar door technische problemen moest tijdens de voormeting voor deze groep genoeg worden genomen met de door de patiënten bij de Philipsapotheek ingeleverde recepten. Omdat van een groot aantal recepten, waarvan de onderzoekers wél een kopie hadden gekregen, het origineel nooit bij de apotheek terecht bleek te zijn gekomen - kennelijk leverden nogal wat patiënten hun recept niet in -, werd dit materiaal zo onbetrouwbaar geacht dat het verder buiten beschouwing is gelaten. Ook in dit deelonderzoek is zo alleen gebruik gemaakt van gegevens die werden verzameld bij de artsen die aan het project deelnamen.

Net als bij verwijzen blijken deze artsen ook bij het voorschrijven van medicijnen een vaste gewoonte te hebben: elk van de deelnemende artsen schreef per dag voor een vaste proportie van de patiënten die hij op zijn spreekuur zag, een recept uit. Onderling verschilden de artsen daarin weer aanzienlijk van elkaar.

In dit patroon kwam gedurende het project weinig verandering. Twee artsen gingen weliswaar wat minder voorschrijven, maar die lichte verschuiving

kan niet ondubbelzinnig aan de consultaties worden toegeschreven. De reorganisatie van de PMD kan een rol hebben gespeeld en één arts opperde een andere verklaring: "ik ben nu zes in plaats van vier jaar huisarts!".

De totale hoeveelheid voorgeschreven medicijnen is vrijwel gelijk gebleven. Ook in de aard van de voorgeschreven medicijnen is weinig verandering te zien. In voor- en nameting werden op minder dan éénvijfde van de uitgeschreven recepten (ook) psychofarmaca genoemd: valium, mogadon, andere slaapmiddelen, librium en anti-depressiva - in volgorde van belangrijkheid. Opvallend is wél de forse stijging van de per recept voorgeschreven hoeveelheden anti-depressiva. Daarin heeft het project kennelijk resultaat gehad. Tijdens één van de laatste zittingen heeft de psychiater namelijk een verhandeling gegeven over de manier waarop op deze middelen voorgeschreven zouden moeten worden. Hij vroeg de artsen bij die gelegenheid om meer rekening te houden met de kuur-dosering die nodig is willen anti-depressiva hun uitwerking hebben, en de artsen hebben zich deze concrete en direct toepasbare informatie duidelijk ter harte genomen.

5.4. GESPREKSGEDRAG

Van de deelnemende artsen verwachtten er twee dat er weinig zou veranderen in de manier waarop zij gesprekken voeren - niet toevallig juist die twee artsen die alleen uit 'solidariteit' met hun collega's aan het project waren begonnen. De andere vier artsen waren eensgezind in hun verwachtingen: niet alleen zouden zij meer psychosociale problemen gaan opmerken, zij zouden daarover ook meer gesprekken

met hun patiënten gaan voeren en in die gesprekken een actiever therapeutisch beleid voeren: minder vaak 'alleen maar' luisteren en vaker proberen de patiënt inzicht te geven in zijn problematiek en moeite doen het gedrag te veranderen.

De onderzoekers namen in hun vraagstelling de verwachtingen van de artsen over: veranderen de gesprekken inderdaad in deze richting? nemen de psychosociale delen van de consulten, en daarmee ook de consulten zelf, daardoor meer tijd in beslag?

Daarnaast letten de onderzoekers ook op mogelijke veranderingen in de manier waarop de artsen hun gesprekken voerden. Immers, willen psychosociale problemen inderdaad aan de orde komen, dan moet ook de vorm van de gesprekken veranderen en moeten - met name - de artsen hun patiënten ook de ruimte laten om die problemen te verwoorden.

We zullen eerst zien hoe het gespreksgedrag werd gemeten en daarna welke veranderingen werden gevonden in achtereenvolgens inhoud en vorm van de geobserveerde gesprekken.

Voor en na het consultatieproject werden bij de deelnemende artsen video-opnames gemaakt van telkens drie uur spreekuur-contacten*.

* Er werden ook opnames gemaakt bij vier artsen uit de controlegroep. Deze artsen hadden echter door eerdere gesprekstraining al bij de voormeting een hoger niveau, zodat een eerlijke vergelijking - alweer - niet mogelijk was. Deze opnames zijn dan ook niet in het onderzoek betrokken.

Twee observatoren bekeken deze opnames en scoorden de gesprekken in een voor dit doel ontworpen categorieënsysteem. De validiteit van dit meetinstrument - 'meet ik wat ik meten wil' - werd zo groot mogelijk gemaakt door één variabele op meerdere manieren te meten; een hoge betrouwbaarheid - 'meet ik het goed' - werd bereikt door strenge voorwaarden te stellen aan de manier waarop de observatoren de videobanden bekeken en beoordeelden. Behalve over de videobanden beschikten de onderzoekers ook over vragenlijsten die de artsen over de opgenomen consulten invulden en waarop hun mening werd gevraagd over de aard en de ernst van de klacht en over het eigen optreden. De observatoren van de banden kregen dit materiaal niet te zien om te voorkomen dat hun oordeel er door zou worden beïnvloed.

Na observatie van alle opnames werden 'eindformulieren' gemaakt, waarop het oordeel van de observatoren, de mening van de artsen en de tijdsduur van de consulten werd genoteerd. Deze formulieren vormen het eigenlijke onderzoeksmateriaal.

Op grond van dit materiaal werd eerst nagegaan of er tijdens het consultatieproject veranderingen zijn opgetreden in de inhoud van de gesprekken. Bij één van de artsen bleek dit duidelijk het geval te zijn: niet alleen noemde hij in de naming meer klachten psychosociaal, in zijn consulten kwamen meer psychosociale onderwerpen aan de orde, waartoe hij ook vaker het initiatief nam. Hij negeerde minder vaak psychosociale aspecten van klachten en in zijn gesprekken stelde hij zich actiever op dan voorheen: liet hij vroeger de pa-

tiënten vooral hun hart luchten en volstond hij met een enkele geruststelling, nu deed hij meer moeite om de problemen verder uit te diepen en de patiënten inzicht te geven in de aard ervan en trachtte hij ook het gedrag van de patiënten te veranderen. De psychosociale fragmenten duurden dan ook langer, waardoor ook de totale tijdsduur van zijn consulten toenam.

Voor de overige artsen golden deze veranderingen slechts incidenteel; wel stelden de meeste artsen zich actiever op in de gesprekken die ze voerden en als ze reageerden op psychosociale problemen deden ze dat minder vaak in de vorm van een advies en vaker door de patiënt zelf een oplossing van het probleem te laten zoeken.

Het onderzoek beperkte zich niet tot het vaststellen van veranderingen in de gespreksinhoud. Ook de manier waarop de artsen een gesprek voeren werd nader geanalyseerd, want - zo luidde de vooronderstelling - de houding van de arts bepaalt de inhoud van het gesprek.

Om veranderingen in de wijze van gespreksvoering op het spoor te komen werd het begrip 'ruimte voor de patiënt' gebruikt: naarmate de arts de patiënt meer ruimte geeft, zal deze makkelijker psychosociale problemen aan de orde stellen.

Hoe is die ruimte in dit onderzoek gemeten? In de eerste plaats is de tijd opgenomen die de patiënt ten opzichte van de arts aan het woord is: de 'objectieve ruimte'. Vervolgens is gelet op de mate waarin de patiënt de indruk krijgt dat de arts naar hem luistert: de 'subjectieve ruimte', die

ontstaat wanneer de arts zijn gesprekspartner regelmatig aankijkt, geïnteresseerd lijkt en het consult rustig laat verlopen. Ruimte geeft de arts óók wanneer hij een nieuw onderwerp ter sprake brengt, doorvraagt op een bepaald thema en de patiënt niet in de rede valt of afkapt. Tenslotte kan de arts de patiënt betrekken bij het opstellen van de diagnose en de beslissing over wat er verder moet gebeuren aan hem zelf overlaten. Observaties van de video-opnames gaf een groot verschil te zien tussen gespreksfragmenten waarin psychosociale problemen aan de orde kwamen en fragmenten waarin over lichamelijke klachten werd gepraat. Deze laatste fragmenten duurden in het algemeen minder lang en de patiënt had er weinig invloed op de loop van het gesprek - de arts liet hem weinig ruimte, in alle betekenissen van het woord. Het konsultatieproject heeft daarin ook weinig verandering gebracht, want voor- en nameting geven geen opvallende verschillen te zien. Dat is heel anders bij de gespreksfragmenten waarin psychosociale problemen werden besproken: in de nameting lieten de artsen hun patiënten langer aan het woord, toonden zij meer interesse, brachten zij vaker nieuwe onderwerpen ter sprake, lieten de beslissing over de behandeling vaker aan de ander over, kortom gaven de patiënten meer ruimte dan daarvóór. Natuurlijk berusten deze gegevens op een gering aantal metingen, op één toevallige dag verricht, maar toch: de veranderingen gaan zozeer in dezelfde richting dat de conclusie gerechtvaardigd lijkt dat het gespreksgedrag van de artsen in de voorspelde richting is veranderd.

6 Slotbeschouwing

Van de vier onderzochte aspecten van het handelen van de huisarts - het waarnemen van psychosociale problemen, het verwijzen, het voorschrijven van medicijnen en het gespreksgedrag - blijkt zo vooral het laatste in de anderhalf jaar dat het project duurde te zijn veranderd: de artsen stelden zich in gesprekken met patiënten actiever op, gaven de ander meer ruimte en lieten ook de uiteindelijke beslissing over de therapie vaker aan hem over.

Het is echter een al te voorbarige conclusie om die onmiskenbare verandering alleen aan het konsultatieproject toe te schrijven. Wanneer we van alle zeven artsen nagaan wie het meest in de genoemde richting is veranderd, dan blijken dat vooral die artsen te zijn die dat van te voren ook van zichzelf hadden gehoopt en verwacht en die gemotiveerd aan het project waren begonnen. Zij wilden veranderen en het konsultatieproject heeft hun daartoe kennelijk de mogelijkheden gegeven. Wanneer het effect van een dergelijk project inderdaad mede afhangt van de motivatie van de deelnemers, dan is dat een reden te meer om - anders dan in Eindhoven is gebeurd - alle betrokkenen al in een vroeg stadium bij de voorbereidingen te betrekken.

Op een tweede opvallende gedragsverandering heeft het project wél aantoonbaar invloed gehad: de artsen schreven in meerderheid tijdens de nameting anti-depressiva in hogere doseringen voor dan tijdens de voormeting - een reactie op het beoog van de psychiater tijdens één van de konsul-

tatiezittingen. Kennelijk zijn dergelijke concrete suggesties makkelijk in het eigen gedragspatroon op te nemen. Of er dan nog sprake is van konsultatie, is natuurlijk nog maar de vraag. Een derde verandering betreft de groep zelf. Hadde deze artsen vóór het project nauwelijks als groep gewerkt, in anderhalf jaar veranderde dat. Ook na afloop van het project kwamen zij nog regelmatig bij elkaar. Dat men elkaar zo lang om de week zag heeft stimulerend gewerkt. Of hetzelfde zou zijn gebeurd wanneer de bijeenkomsten een ander doel hadden gehad dan konsultatie is niet te zeggen.

Het konsultatieproject heeft niet geleid tot de verwachte veranderingen in de verhouding tussen eerste- en tweedelijns gezondheidszorg in Eindhoven. Voor een deel is dat verklaarbaar omdat de verwachtingen irreëel waren: zo blijken lang niet zo veel patiënten op oneigenlijke gronden ("omdat de arts niet meer verder wil") bij een specialist terecht te komen als was gedacht. Voor zover het wél voorkwam, veranderde het niet onder invloed van het project. Maar ook reële verwachtingen zijn niet uitgekomen. Eén daarvan is het effect dat konsultatie zou hebben op de kwaliteit van de verwijzingen: door beter bekend te zijn met instellingen op het gebied van de psychosociale hulpverlening zouden de artsen beter verwijzen. Daarvan is weinig terecht gekomen. Slechts twee artsen verwezen vaker naar het maatschappelijk werk, maar dat lijkt meer het gevolg te zijn van de reorganisatie van de PMD dan van het project.

Opvallend is dat verwijzingen naar de RPI in de loop van de tijd helemaal verdwenen; dit kan waarschijnlijk worden toegeschreven aan de voortdurende wisselingen in het team van de konsultatiegevers en de daardoor ontstane onzekerheid over de kwaliteit van de daar gegeven hulpverlening.

Tenslotte het onderzoek zelf. In vergelijking met eerder door het NHI verricht evaluatieonderzoek is dit project op twee punten beter uitgevoerd. In de eerste plaats werd bij dit onderzoek gebruik gemaakt van een eigen registratiesysteem en dienden bijvoorbeeld de LISZ-cijfers enkel ter controle. Dat gaf de mogelijkheid om voor het onderzoek belangrijke gegevens - zoals het motief voor de verwijzing - in de vragenlijst op te nemen. Anderzijds betekende deze manier van materiaalverzameling een hoop extra werk voor de huisartsen; mede daardoor moesten de onderzoekers voortdurend controleren of de formulieren nog wel op de juiste manier werden ingevuld. In tegenstelling tot eerder onderzoek werd nu ook een controlegroep samengesteld die niet aan het te meten experiment meedeed. Door de gegevens uit deze groep te vergelijken met die uit de experimentele groep zou het effect van de konsultatie nauwkeuriger gewogen kunnen worden. Daarvan is weinig terecht gekomen. Immers, waren de problemen met het registreren bij de experimentele groep nog wel op te lossen, bij de controlegroep bleken ze echt onoverkomelijk te zijn. Ook hier zou een voortdurende controle misschien nog wel tot bevredigende resultaten hebben geleid. Door

een dergelijke bemoeienis van de onderzoekers zou in dat geval echter niet meer sprake zijn geweest van een echte controlegroep.

In feite werd van deze artsen nu veel medewerking gevraagd, zonder dat daar iets tegenover stond. Dat bleek niet te lukken. Bovendien: waar weinig extra inspanning werd gevraagd - het opnemen van de videobanden - waren de gegevens óók onbruikbaar omdat de artsen uit de controlegroep veel meer kennis van en ervaring met gesprekstechniek bleken te hebben dan hun collega's in de andere groep.

De ingewikkeldheid van veldonderzoek is met dit project dan ook opnieuw bevestigd.

7 Enige literatuur

Bruyel, W. en A.F.W. van Meurs (red.), Konsultatie nadrukken, Nederlands Instituut voor Kinderstudie, Den Haag, 1975

Caplan, G., The theory and practice of mental health consultation, Basic Books Inc., New York, 1970

Gersons, B.P.R., De konsultatiemethode in de preventieve psychiatrie, Samsom, Alphen aan den Rijn, 1977

Mannino, F.V., B.W. MacLennon en M.F. Shore, The practice of mental health consultation; with a reference guide to consultation literature, Gardner Press Inc., New York, 1975

Ravenzwaaij, J.F. van, Konsultatie in de geestelijke gezondheidszorg, Boom, Meppel, 1972

Stichting Introductie Konsultatie, Nota Introductie Konsultatie, Oegstgeest, 1977

Stichting Introductie Konsultatie, Werkboek voor Konsultatie, Oegstgeest, 1977/78

Onder de titel 'Konsultatie: van idee naar praktijk' verscheen een themanummer van het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (10/80) met bijdragen van onder meer Gersons en Mispelblom Beyer alsmede een uitgebreid overzicht van literatuur over konsultatie.