

## Consult en consultatie

Onderdeel van de beroepsuitoefening van verpleegkundigen op niveau 5.

M.A.G.B. v. PIERE<sup>1</sup>

### INLEIDING

Sinds een aantal jaren zijn consult en consultatie opgenomen in bepaalde verpleegkundige beroepsprofielen. In "Gekwalificeerd voor de toekomst"<sup>2</sup>, waarin de landelijke eindtermen voor verpleging en verzorging beschreven staan, valt onder deelkwalificatie 504 "kwaliteitszorg en deskundigheidsbevordering":

- De verpleegkundige kan aan collega's consult verlenen in alle fasen van het verpleegkundig proces,

Hierbij wordt vermeld dat verpleegkundigen:

- consult verlenen bij het stellen van diagnoses, bij resultaatbepaling en bij de keuze van interventies
- consult verlenen en een voorbeeldfunctie vervullen bij het uitvoeren van complexe interventies, met name in situaties waarin geen standaarden of handelingsvoorschriften beschikbaar zijn.

De methode van consult en consultatie is met name voorbehouden aan verpleegkundigen op HBO-niveau (niveau 5).

Zo worden ook in de eindtermen van de MGZ- opleiding (GGZ)<sup>3</sup> onder één van de vier beroepsdomeinen "consultatie en coaching" de rol van consulent met de bijbehorende competenties beschreven. Dit domein "consultatie en coaching" speelt zich zowel op het micro, meso- als het macroniveau af.

Op microniveau gaat het om consult verlenen aan collegae van andere kwalificatieniveaus of nieuwkomers.

Op mesoniveau gaat het om verpleegkundigen en verzorgenden die methodische begeleiding op het terrein van een ander specialisme of 'méerdeskundige' nodig hebben .

Op macroniveau gaat het om disciplines binnen of buiten de organisatie die adhoc of projectmatig consultatie nodig hebben.

Consult en consultatie zijn belangrijke onderdelen van de taakuitoefening van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen, voor verpleegkundig consulenten op allerlei deelgebieden, verpleegkundig specialisten en de nurse practitioner.

In dit artikel zal antwoord gegeven worden op de volgende vragen:

- wat is het verschil tussen consult en consultatie?
- wat houdt de consultatiemethode in?
- hoe ziet de functie van een consultatief psychiatrisch verpleegkundige in een algemeen ziekenhuis eruit, die gebruik maakt van deze methodiek?

---

<sup>1</sup> Mevrouw M.A.G.B. van Piere is verpleegkundig specialist psychiatrie in het Leids Universitair Medisch Centrum.

<sup>2</sup> "Gekwalificeerd voor de toekomst", eindrapport commissie kwalificatiestructuur Zoetermeer, Rijswijk , juni 1996, min. van OC en W en VWS.

<sup>3</sup> "Beroepsprofiel MGZ", Concept landelijk opleidingsprofiel MGZ, IOWO, juli 2001

### **CONSULT EN CONSULTATIE.**

De problemen die hulpverleners zoals verpleegkundigen, verzorgenden, maatschappelijk werkers en artsen in hun werk tegenkomen zijn vaak niet eenvoudig. Dit kan gaan om problemen in het werken met een bepaalde categorie patiënten waar eigen kennis en vaardigheden tekortschieten. Bijvoorbeeld patiënten met alcoholproblemen of met patiënten die bekend zijn met claimend gedrag.

Consult en consultatie bij een 'meerderkundig persoon' kan op dat moment uitkomst bieden. Het geeft de hulpverlener een nieuw of ander perspectief om zijn eigen werkzaamheden voort te kunnen zetten.

Belangrijk verschil tussen consult en consultatie is het contact met de patiënt. Bij een 'consult' is het contact met de patiënt wel gewenst, bij een 'consultatie' juist niet.

#### **Consult<sup>4</sup>**

Letterlijk betekent consult/consultatie, advies of raadgeving.

De verklaring zoals die in de beroepsgroep gehanteerd wordt, is:

Het contact tussen vertegenwoordigers van verschillende specialismen die elkaar vragen om advies of om gedeeltelijke overname van de behandeling van een patiënt.

Indicaties voor het vragen van een consult<sup>5</sup> zijn:

- het door de consultatievrager gepresenteerde zorgprobleem blijft onduidelijk of complex.
- de vereiste interventie is complex en ligt buiten de vaardigheden van de hulpverleners van de afdeling.
- de angst bij de hulpverlener is groot en staat probleemoplossing in de weg
- de weerstand bij de hulpverlener is hoog
- hetzelfde probleem is eerder gepresenteerd waarbij consultatie niet succesvol bleek en waarbij opnieuw gevraagd wordt om mee te denken voor een oplossing
- het probleem heeft de speciale interesse van de consulent waarbij directe zorg niet verwarrend werkt met de zorg van de hulpverleners op de afdeling

Directe zorg kan bijvoorbeeld gegeven worden bij plotselinge gedragsveranderingen zoals acute verwardheid, het onvoldoende kunnen hanteren van de belevingen van patiënten na misvormingen (beenamputatie), of acuut psychotisch gedrag.

#### **Consultatie**

De verklaring zoals die in de beroepsgroep gehanteerd wordt, is:

Een methodisch interactief proces tussen twee hulpverleners die samen werken aan een werkprobleem waarmee de consultatievrager geen of niet goed weg weet.

Het werkprobleem betreft een patiënt (of cliënt) waarmee de consultatievrager werkt.

We spreken ook wel van een cliëntgerichte consultatie, of een op de consultvrager gerichte consultatie.

---

<sup>4</sup> Brouns, G.; "Konsultatieve psychiatrische verpleegkunde"; Tijdschrift voor Ziekenverpleging 39, nr.19 (1985); blz. 578-582.

<sup>5</sup> Levy, J.S. & Lewis, A.; "Mental health psychiatric nursing", Beck e.a. 1988

De interactie tussen de consultatievrager en consultatiegever is zodanig dat de consultatie het probleem voor de consultatievrager kan oplossen en soortgelijke problemen in de toekomst beter kan hanteren of zelf kan oplossen.

Overwegingen voor een hulpverlener om tot een consultatievraag te komen, kunnen onder meer zijn:

- Hij voelt zich onvoldoende toegerust om de probleemsituatie zelfstandig op te lossen
- Zijn werkproblematiek is veelzijdig en ingewikkeld en hij weet niet goed welke invalshoek hij moet kiezen om tot een effectieve oplossing te komen.
- Hij is zelf gevoelsmatig sterk betrokken bij het werkprobleem en kan niet voldoende afstand nemen waardoor het fenomeen ‘tegenoverdracht’ (oude patronen vanuit de eigen leefsituatie en relaties met anderen, die op de huidige zorgsituatie overgebracht worden) de zorgsituatie ongunstig beïnvloedt.
- Er wordt door anderen druk op hem uitgeoefend om een oordeel of advies te geven over de probleemsituatie en de aanpak daarvan, waarbij consultatie aan een extern deskundige hem verder kan helpen.
- Het probleem is niet op de patiënt zelf gericht maar op de hulpverleners. Bijvoorbeeld de zorgsituatie brengt op betrekkingniveau allerlei eigen gevoelens van de consultvrager(s) naar boven, die de objectieve blik van de consultvrager(s) beïnvloedt.

Werkproblemen van hulpverleners kunnen in een consultatiegesprek met een gespecialiseerde hulpverlener (bijvoorbeeld een verpleegkundig consultant) worden besproken. De hulpverlener blijft hierbij zelf de verantwoordelijkheid dragen over de probleemsituatie en kan zelf bepalen hoe hij deze wil aanpakken of oplossen. De gespecialiseerde hulpverlener begeeft zich niet naar de situatie ter plekke maar stelt zijn professionele kennis en vaardigheden beschikbaar voor de hantering van het werkprobleem door de hulpverlener.

### **HOE WERKT DE CONSULTATIEMETHODIEK?**

Consultatie is een methodisch overleg tussen beroepskrachten in de rol van consultatiegever en consultatievrager .

Consultatie kan worden omschreven als een adviesrelatie volgens het *participatiemodel*.<sup>6</sup> Kenmerkend voor dit model is dat de consultatiegever gericht is op het interactieaspect van het probleem. De consultatiegever richt zich op de consultatievrager en de betekenis die het probleem voor hem heeft. Dat wil zeggen de wijze waarop de consultatievrager het probleem ziet en ermee omgaat. Hij stimuleert de consultatievrager zelf aan de oplossing van zijn probleem te werken. De consultatiegever gaat uit van de kennis en kunde van de consultatievrager en werkt samen aan het oplossen van het probleem (vervult een meewerkersrol). De consultatievrager wordt duidelijk aangesproken op zijn kennis en kunde en voelt zich serieus genomen, doordat zijn inbreng van belang is. De consultatievrager is hierdoor eerder geneigd een eventueel advies op te volgen.

Het participatiemodel wordt onderscheiden van het *diagnose-receptmodel*. Bij dit model is kenmerkend dat de consultatiegever gericht is op het inhoudelijke aspect van het probleem. De consultatiegever verzamelt zelf alle informatie die hij nodig denkt te hebben om (opnieuw, maar nu voor zichzelf) tot een duidelijk probleemdefiniëring en

---

<sup>6</sup> Haar Romeny-Wachter, C.Ch ter (red), Werkboek voor consultatie. Stichting Introductie Consultatie, Utrecht, 1977.

probleemoplossing te komen. Anders gezegd: hij stelt een diagnose en biedt vervolgens een kant en klare oplossing ('het recept') aan. De consultatiegever vervult een deskundigenrol, verwacht van de consultatievrager weinig informatie; houdt weinig rekening met de mening van de consultatievrager en bepaalt zelf de weg naar de oplossing. De consultatievrager wordt nauwelijks op zijn eigen kennis en kunde aangesproken. Hij voelt zich voor de oplossing afhankelijk van de consultatiegever en is niet altijd geneigd een gegeven advies te volgen.

De consultatiegever heeft specifieke kennis van het soort werkprobleem dat de consultatievrager heeft. Het doel van het overleg tussen de consultatiegever en consultatievrager is dat de laatste in staat is om het met zijn werk verband houdende probleem effectiever of efficiënter aan te pakken.

Daarnaast wordt nog een ander doel gediend: de professionele ontwikkeling van de consultatiegever. Omdat hij met de hulp van de consultatiegever geleerd heeft hoe hij een specifiek probleem kan aanpakken, is de consultatievrager in het vervolg beter in staat met soortgelijke problemen om te gaan.

Het *consultatieproces* (volgens het participatiemodel) onderscheidt een drietal fasen:

1. *de beginfase*, waarin kennismaking, oriëntatie en voorbereiding centraal staan.
2. *de werkfase*, die gekenmerkt wordt door het bespreken van de werkproblematiek van de consultatievrager
3. *de afsluiting*, waarin de evaluatie plaatsvindt.

Of één of meer gesprekken nodig zijn om de consultatievrager verder te helpen zal voor een belangrijk deel afhankelijk zijn van de complexiteit van de voorgelegde problematiek.

Het gespreksmodel voor consultatiegesprekken (volgens Egan<sup>7</sup>) bestaat eveneens uit drie fasen:

1. *Probleemverheldering*: waarbij het gaat om het verkennen van het werkprobleem van de consultatievrager vanuit het gezichtspunt van de consultatievrager zelf. Doel: een definiëring van de problematiek, zoals gezien door de consultatievrager.
2. *Probleemverdieping*: waarbij het gaat om het vinden van nieuwe gezichtspunten, nieuwe perspectieven van de problematiek. Doel: een herdefiniëring van de problematiek.
3. *Probleemoplossing*: waarbij het gaat om het stellen van doelen en het maken van een actieplan. Doel: een benaderingswijze/oplossing van het werkprobleem (wat, waar en hoe?)

## **EEN VOORBEELD VAN CONSULTATIE IN HET ALGEMEEN ZIEKENHUIS**

De Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundige (CPV) in het algemeen ziekenhuis is een gespecialiseerde verpleegkundige die gedegen kennis heeft van de somatische verpleegkunde<sup>8</sup>. Voor de uitvoerbaarheid van de adviezen van de CPV is het essentieel dat deze goed aansluiten bij het kennisniveau, de attitude en de afdelingsgebonden mogelijkheden van de verpleegkundigen in het ziekenhuis. Er bestaat nog geen specifieke opleiding voor consultatief psychiatrische verpleegkunde. Naast het diploma algemeen psychiatrische verpleegkunde of HBOV (niveau 5) hebben de meeste CPV-en vervolgoopleidingen gevolgd, zoals de opleiding tot verpleegkundig beroepsinnovator,

<sup>7</sup> Egan, G., Deskundig hulpverleners. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen 1985. ISBN 90-255-00-552

<sup>8</sup> Functieprofiel van de CPV, Vereniging van Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundigen, 2000

verplegingswetenschap, voortgezette opleiding tot verpleegkundig specialist (VO-VS), verpleegkundig specialist GGZ (VS-GGZ), nursepractitioner GGZ, of de opleiding tot sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV).

In het praktische werk van de CPV zijn het geven van consultatie aan verpleegkundige teams, het verrichten van consulten en directe patiëntenzorg met elkaar verweven. De CPV werkt volgens de consultatiemethodiek. De consultvraag kan afkomstig zijn van verpleegkundigen, artsen, maatschappelijke werkers of de consultatief psychiater.

De afdelingsverpleegkundigen kunnen de CPV zelf rechtstreeks in consult vragen. De direct leidinggevende en behandelend arts dienen zoveel mogelijk op de hoogte gebracht te worden van deze vraag.

Ik citeer een stukje uit een artikel van de Nursing('96)<sup>9</sup> over hoe een CPV te werk gaat:

"In de praktijk zal de CPV in eerste instantie luisteren naar het verhaal van de consultatievrager en zo gegevens verzamelen betreffende het probleem waarvoor hij/zij in consult is geroepen of consultatie vraagt. Het probleem zal inhoudelijk en op betrekkingniveau uitgevraagd en bekeken worden om vervolgens vast te stellen of het probleem helder geformuleerd is. Vervolgens zal bekeken worden hoe het probleem kan worden aangepakt of opgelost. Is daar meer voor nodig dan alleen een 'gevalsebespreking', op de patiëntgericht (verpleegprobleem) of op de verpleegkundigen (verpleegkundig probleem) en de naar voren komende ideeën zijn niet afdoende dan kan consultatie overgaan in consult. Al naar gelang de spoed kan het omgekeerde ook voorkomen. Twee principes mogen daarbij niet onvermeld blijven. Er wordt niet aan de deskundigheid van de verpleegkundigen getwijfeld en de consultgever neemt geen patiëntverantwoordelijkheid over."

De consultvraag wordt, zoals hierboven beschreven staat, eerst verhelderd (betreft het een consultvraag of een probleem dat consultatie vereist), probleemgebieden geïnventariseerd en vertaald naar een integraal behandelplan dat zo concreet mogelijk wordt uitgewerkt in praktische interventies en omgangsadviezen. Hierbij is steeds de integrale zorg voor de patiënt het uitgangspunt: de Biologische Psychologische en Sociale benadering van het probleem.

Aan de hand van de volgende casus wordt een consultatieproces duidelijk gemaakt.

### CASUS

De heer G. is 36 jaar en wordt voor de derde keer geopereerd aan een geïnfecteerde dunne darm. Hij is erg ziek geweest en heeft op het randje van de dood verkeerd. Na drie weken op de Intensive Care komt de heer G. naar de afdeling. De verpleegkundige merkt dat hij erg angstig en geagiteerd is wanneer zij dichterbij komt om hem te verzorgen en met name wanneer ze dichterbij komt om hem een injectie te geven.

De verpleegkundige vraagt de CPV in consult. De afdelingsverpleegkundige denkt dat hij wellicht iets kan hebben aan ontspanningsoefeningen. (de verpleegkundige vraagt om 'directe patiëntenzorg', voor een interventie, 'ontspanningsoefeningen', waarover zijzelf te weinig kennis en vaardigheden bezit)

De CPV gaat in gesprek met de afdelingsverpleegkundige. Hij vraagt alle gegevens uit met betrekking tot de opname van de heer G., het verblijf op de Intensive Care, het medicatiegebruik op de IC en huidige afdeling en verder alle andere somatisch belangrijke zaken (vochtbalans, labuitslagen, temperatuur enz.). Daarnaast bespreken ze de gedragingen van de heer G. op de afdeling, zijn sociale status en hoe hij was voordat hij opgenomen was. Daarnaast vraagt de CPV heteroanamnestische gegevens na bij de echtgenote van de patiënt

---

<sup>9</sup> Woude, J. van der. "B denken in de A". Nursing (1996), 10, 63-65.

over hoe de patiënt voor de opname was, hoe hij normaal reageerde op stress-situaties en dergelijke.

De CPV besluit samen met de afdelingsverpleegkundige dat de CPV de heer G. eenmalig ziet om een indruk van hem te krijgen. Dit wordt ook medegedeeld aan de behandelend arts. De heer G. gaat hiermee akkoord.

In het gesprek blijkt dat hij zijn relaas wel aan de CPV kan vertellen, want 'hij staat immers toch buiten de afdeling'. Hij vertelt dat het op de afdeling letterlijk en figuurlijk 'niet pluis' is. Hij vindt zijn kamer erg vies. Hij ziet overal grote plukken stof liggen. Op de IC zag hij de artsen zijn 'buurman' met grote oranje spuiten te lijf gaan en zei: "Hij is niet voor niets vlak daarna overleden". De heer G. was door deze hallucinaties erg angstig geworden. Hij zat transpirerend en met een rode blos op zijn wangen in bed. De CPV constateerde dat deze patiënt *acuut verward* was.

Hierna gaat het consult over in consultatie.

Samen met de verpleegkundige heeft de CPV een verpleegplan met interventies opgesteld gericht op de acute verwardheid. Eerst werd gekeken naar de mogelijke oorzaken van de acute verwardheid. Er vanuit gaande dat er bij acute verwardheid altijd een lichamelijke stoornis aan ten grondslag ligt werd er samen bekeken wat dat zou kunnen zijn. Mogelijk heeft de heer koorts of 's nachts urineretentie of zuurstoftekort. Of misschien heeft hij een nog onontdekte urineweginfectie. Daarnaast houdt de verpleegkundige gedurende een paar dagen een observatielijst bij waarop zij de verschijnselen kan bijhouden die bij een acute verwardheid optreden, zoals desoriëntatie, stoornissen in het denken en waarnemen (wanen/hallucinaties), motorische onrust of juist geremdheid, wisselend bewustzijn enz. Daarna kunnen, na de definitief gestelde diagnose, de verpleegproblemen vertaald worden in een officieel verpleegplan voor een patiënt met acute verwardheid.

Dit verpleegplan bestaat uit

1. Het voorkomen van letsel: zorgen dat hij zich niet bezeert door zijn infuuslijnen of catheter in zijn angst en onrust zelf te verwijderen
2. Het bevorderen van de oriëntatie: hem te helpen bij het vinden van dag/nachtritme. Hem telkens vertellen wie je bent, waar hij is en wat je komt doen. Kalender en klok ophangen en dergelijke kunnen helpen bij de oriëntatie. Tevens werd zijn vrouw op de hoogte gebracht en gevraagd wat persoonlijke zaken voor hem mee te nemen (zoals foto's, eigen dekbed enz.)
3. Het bevorderen van een angstreducerende benadering. De verpleegkundigen dienden er rekening mee te houden dat hij zo angstig was. Bijvoorbeeld door hem rustig te benaderen en eerst hun komst aan te melden en wat ze komen doen alvorens ze hem gingen aanraken. Daarnaast werd aangegeven dat het voor de verpleegkundigen beter was om niet in te gaan op de inhoud van de wanen maar meer op de beleving van die wanen, wat het voor hem betekende en wat ze konden doen om die angst te reduceren.
4. Het reduceren van prikkels. Er werd in de kamer gekeken welke prikkels gereduceerd konden worden, om hem wat meer rust te bieden (zoals: televisie uitzetten, infuusalarmeren 's nachts stilzetten, telefoon verwijderen)
5. Het observeren van medicatie-effecten. Bij de voorgeschreven Haloperidol werden de mogelijke bijwerkingen opgezocht en geobserveerd.
6. Het coördineren van de zorg. Er werd afgesproken hoeveel dagen de observatielijst voor acute verwardheid bijgehouden moest worden en wat precies de bedoeling was. Bij eventuele vrijheidsbeperkende maatregelen werd onderling doorgenomen wat er gedaan moest worden en door wie (arts noteert de wilsonbekwaamheid en informeert

de familie, verpleging registreert de noodzaak van de beperking en evalueert dagelijks deze toepassing).

7. Het afspreken van een beleid bij eventuele crisissituaties en de bereikbaarheid van de psychiatrisch consulenten.

Tevens heeft de CPV samen met de verpleegkundige een klinische les aan het team gegeven, om kennis en vaardigheden omtrent dit toestandsbeeld te vergroten en voor de toekomst beter toegerust te zijn qua kennis en vaardigheden omtrent acute verwardheid. Hierbij werden onder andere de oorzaken, gevolgen en risicofactoren van acute verwardheid besproken. Maar ook wat het voor de verpleegkundigen op betrekkingniveau teweegbrengt om zo'n patiënt te verzorgen.

De heer G. gaf na een paar weken aan hoeveel angst de acute verwardheid teweeg had gebracht, maar ook hoeveel schaamte hij ervoer om hierover te kunnen praten en de angst voor 'gek' versleten te worden. Hij vertelde veel steun gehad te hebben bij het feit dat hij hierover zijn hart kon luchten bij de verpleegkundigen die hem goed begrepen.

Deze casus liet de verschillende fasen van de consultatiemethodiek zien. Het kennismaken, probleem verkennen, probleem verdiepen (waarbij de verpleegkundige andere gezichtspunten leert te zien) het maken van een verpleegplan en het leveren van nazorg en evaluatie.

### **TOT SLOT**

Consult en consultatie kan hulpverleners helpen bij het optimaliseren en het verhogen van de kwaliteit van de zorg voor de patiënt/cliënt. Het verhoogt de kennis en vaardigheden bij hulpverleners die voor problemen komen te staan waar ze zelf te weinig routine in opbouwen om dit dagelijks goed te kunnen uitvoeren.

Er is een duidelijk verschil tussen consult en consultatie. Het is van belang om als consulent in de contacten met de hulpverleners dit verschil duidelijk te maken. Bij een consult neem je immers geheel of gedeeltelijk de zorg over en dit kan in bepaalde situaties (bijvoorbeeld bij acuut agressief gedrag) heel doeltreffend zijn. Echter de afdelingsverpleegkundige is prima in staat om hulp en zorg te verlenen, óók op het psychische en psychiatrische gebied. De consultgever neemt alleen daar de zorg over wanneer de situatie acuut is of kennis en vaardigheden op dat moment tekort schieten.

Consultatie is er veel meer op gericht om verpleegkundigen ondersteuning te bieden bij het verhelderen van het probleem, het uitzoeken of het gaat om een direct verpleegprobleem of om een verpleegkundig probleem. Bijvoorbeeld heeft de verpleging moeite met het gedrag van de verwarde patiënt, waarbij meer sprake is van het ingaan op het betrekkingniveau dan op het inhoudsniveau. Het is de taak van de consulent om bij de consultatievraag duidelijk te krijgen waar het om gaat: de situatie (of de ervaring), de beleving (of het appèl dat op de verpleegkundigen wordt gedaan), of het gedrag van de patiënt.

Het is niet de bedoeling dat de zorg van de consultatievrager overgenomen wordt, maar dat de hulpverlener met de aangedragen oplossingen zelf verder kan. Het is dus zeker geen uitholling van het beroep van de vragende hulpverlener maar eerder een verrijking.

### **Literatuur:**

- "Beroepsprofiel MGZ", Concept landelijk opleidingsprofiel MGZ, IOWO, 2001
- Brouns, G.; "Konsultatieve psychiatrische verpleegkunde"; Tijdschrift voor Ziekenverpleging 39, nr. 19(1985); blz. 578-582.

- Commissie Kwalificatiestructuur, *Gekwalificeerd voor de toekomst*, Zoetermeer, Rijswijk, Ministeries van OC&W en VWS, 1996.
- Egan, G., "Deskundig hulpverleners". Dekker en Van de Vegt, Nijmegen 1985. ISBN 90-255-00-552
- Functieprofiel van de CPV, Vereniging van Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundigen, 2000
- Goudriaan, I., "Consultatieve en liaisonpsychiatrische verpleegkunde", een literatuurstudie voor de studie Verplegingwetenschappen aan de Rijksuniversiteit van Limburg, juni 1994.
- Haar Romeny-Wachter, C.Ch ter (red), Werkboek voor consultatie. Stichting Introductie Consultatie, Utrecht, 1977
- Levy, J.S. & Lewis, A.; "Mental health psychiatric nursing", Beck e.a. 1988.
- Kapteyn, B., "Probleemoplossing in organisaties". Sociale bibliotheek, Van Loghum Slaterus, 1987, blz.150 e.v..
- Woude, J. van der. "B denken in de A"; Nursing 10 (1996), blz. 63-65.
- Zandstra, P. , Gillissen, F., "De Consultatief Psychiatrisch Verpleegkundige in het algemeen ziekenhuis". Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, vol. 53 (1998), no. 2, p. 135-150.