

# Casuïstiek bespreken

Deze module is onderdeel van het scholingsaanbod van het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO ten behoeve van regio-groepen en / of afdelingen ergotherapie. Het is niet aan te bevelen de module zonder verdere begeleiding en / of scholing te verspreiden onder deelnemers aan de overleggroepen.  
Met bronvermelding kan de integrale tekst met inachtneming van bovengenoemde kanttekening worden verspreid.

## Casuïstiek bespreken

Casuïstiek bespreken is een instrument dat gebruikt wordt bij kwaliteitsbevorderende activiteiten binnen de gezondheidszorg. Het instrument is vooral gericht op het verbeteren van het methodisch handelen van individuele beroepsbeoefenaren. De methode is vooral geschikt voor gebruik in collegiale groepen.

Kern van de methode is dat de deelnemers op voet van gelijkheid het beroepsmatig handelen bij een bepaalde patiëntencategorie bespreken. Dit kunnen patiënten zijn met een zelfde diagnose, bijvoorbeeld CVA, of met een vergelijkbare problematiek, bijvoorbeeld kinderen van migranten. De bespreking vindt plaats aan de hand van casuïstiek die representatief is voor de betreffende patiëntencategorie.

### Doelstelling

De doelstelling van casuïstiek bespreken is reflectie op het eigen handelen en leren van elkaar. Binnen deze doelstelling kunnen de accenten per bijeenkomst verschillen naar de volgende subdoelen:

- het uitwisselen van inzichten
- het benoemen van individuele leerpunten
- het vertalen van leerpunten naar verbeteringen in het handelen

### De groep

De groep collega's bestaat bij voorkeur uit niet meer dan acht personen. Alle deelnemers bereiden een casus voor betreffende de gekozen patiëntencategorie. Per keer presenteert één van de deelnemers zijn casus als uitgangspunt voor de bespreking. Belangrijk is dat de deelnemers een zelfde professionele achtergrond hebben en functioneren op voet van gelijkheid. Het referentiekader van een groep collega's is hun beroepsmatig methodisch handelen gekoppeld aan een patiëntencategorie.

### De bijeenkomst

Als de doelstelling van de casuïstiekbespreking 'uitwisselen van inzichten' of 'benoemen van individuele leerpunten' is, duurt een casuïstiekbespreking ongeveer één tot anderhalf uur per casus. Wil de groep individueel of gezamenlijk verbeteracties opstellen dan moet op minimaal twee uur per casus worden gerekend.

Tijdens de bijeenkomst doorloopt de groep de zes stappen van de methode. De genoemde tijden hoeven niet strak gehanteerd te worden. Ze geven slechts een richtlijn en worden uiteindelijk bepaald door het soort probleem en de grootte van de groep.

De methode casuïstiek bespreken bestaat uit de volgende stappen:

- Stap 1:** inbrengen van de casus (5 -10 minuten)
- Stap 2:** verhelderen van de casus (5 -10minuten)
- Stap 3:** individueel vaststellen aanpak (5 minuten)
- Stap 4:** bespreken individuele aanpak in groep (30 minuten)
- Stap 5:** conclusies (10 minuten)
- Stap 6:** evaluatie (10 - 30 minuten)

Voor de eerste casuïstiekbespreking vindt een voorbereidende bijeenkomst plaats waarin de groep met elkaar het doel, het onderwerp en de focus van

de casuïstiekbespreking vaststelt (zie ook pagina 4: introductie). Ook spreekt de groep af wie de casus inbrengt en wie de bijeenkomst voorziet. Per bijeenkomst kan telkens een andere deelnemer de rol van de voorzitter op zich nemen.

De voorzitter:

- leidt de discussie
- checkt of alles duidelijk is
- vat regelmatig samen
- bewaakt de afspraken
- bewaakt de stappen

Het is nuttig als iemand, die de methode kent, de eerste keer de rol van de voorzitter op zich neemt met als doel dat de groep zich de werkwijze goed eigen maakt.

## **CASUISTIEK BESPREKEN STAP VOOR STAP**

### ***Stap 1 Inbrengen van de casus (5 - 10 minuten)***

De 'casusinbrenger' presenteert alle relevante gegevens tot aan de stap van de focus. De relevantie van de gegevens is afhankelijk van de doelstelling en focus. Als de focus het 'opstellen van behandelplannen' is, vraagt dit om gegevens, die een helder beeld geven van het gezondheidsprobleem van de patiënt. Presenteren van de bevindingen en uitkomsten van anamnese en onderzoek is dan voldoende. Het bespreken van 'voorlichting, adviezen en leefregels' bij een bepaalde patiëntengroep daarentegen vraagt om een schets van het hele fysiotherapeutisch handelen, waarbij de nadruk ligt op de momenten en wijzen waarop informatie en instructie worden gegeven.

Op grond van de gekozen focus stelt de groep tijdens de voorbereiding vast welke gegevens worden gepresenteerd.

Aandachtspunten voor de 'casusinbrenger':

- De 'casusinbrenger' presenteert tot aan de stap van de focus en niet tot en met de focus. Zie het voorbeeld van het 'opstellen van behandelplannen': het behandelplan wordt nog niet gepresenteerd.
- De 'casusinbrenger' zorgt voor een overzicht van zijn gegevens op sheet of een A-4tje, zodat alle groepsleden de informatie steeds bij de hand hebben. In het voorgaande voorbeeld gaat het om de uitkomsten van anamnese en onderzoek.

### ***Stap 2 Verhelderen van de casus (5 - 10 minuten)***

Nadat de casus is gepresenteerd krijgen de andere groepsleden de gelegenheid om vragen te stellen over onduidelijkheden en/of aanvullende informatie. De voorzitter bewaakt dat er alleen om verheldering wordt gevraagd en dat de groep nog niet met elkaar in discussie gaat en/of suggestieve vragen stelt. Discussiepunten kunnen in stap 4 of 5 aan de orde komen.

Aandachtspunt voor de voorzitter:

- Verhelderende vragen zijn wat-, hoe- en wanneer-vragen.

### **Stap 3 Individueel vaststellen aanpak (5 minuten)**

Dit is een 'stille' stap waarbij de deelnemers voor zichzelf nagaan hoe zij in dit geval handelen. Op basis van de gepresenteerde gegevens en de eigen voorbereiding beschrijft ieder kort voor zichzelf wat de kernpunten van zijn aanpak zouden zijn bij deze patiënt. Dit wordt het uitgangspunt bij het vervolg van de bespreking.

Aandachtspunt voor de voorzitter:

- De voorzitter bewaakt de duur van deze stap. De duur hangt af van de hoeveelheid gegevens en het tempo in de groep. Het moet kort kunnen, omdat de deelnemers al vooraf aan de bijeenkomst hun eigen methodisch handelen bij de gekozen patiëntencategorie en de focus van de bespreking op een rijtje hebben gezet.

### **Stap 4 Bespreken individuele aanpak in groep (30 minuten)**

In deze stap wisselt de groep ideeën over de aanpak uit. Het groepsge-sprek kan verschillend vorm gegeven worden. Twee veelgebruikte werk-wijzen zijn:

- 1) Eén groepslid (niet de inbrenger) vertelt zijn aanpak. Daarna krij-gen de overige leden van de groep de gelegenheid hierover ver-helderende vragen te stellen. Er vindt nog geen discussie plaats. Vervolgens vullen de overige groepsleden hun aanpak aan voor zover deze nog niet ter sprake is gekomen.  
Als alle informatie op tafel is, bespreekt de groep de overeenkom-sten en de verschillen in de diverse handelwijzen met de moge-lijkheid tot discussie en/of dialoog. Ter afronding van deze stap worden de voornaamste aandachtspunten van de discussie be-noemd.
- 2) De voorzitter houdt een inventarisatieronde waarbij de groepsle-den om de beurt één of twee aspecten van de eigen werkwijze aangeven. De deelnemers vullen elkaar daarbij steeds aan. De in-ventarisatie gaat door totdat er geen aanvullingen meer zijn. Daarna wordt dezelfde procedure gevolgd als bij de eerste werk-wijze: verhelderen, overeenkomsten en verschillen inventariseren, discussie en/of dialoog, aandachtspunten benoemen.

Aandachtspunten voor de voorzitter:

- Doel van de casuïstiekbespreking is dat de deelnemers reflecteren op het eigen handelen. Streef derhalve niet in eerste instantie naar consensus, maar zorg dat overeenkomsten en verschillen duidelijk worden, evenals de argumenten voor een bepaalde handelwijze.
- Soms bestaat de bespreking uit meerdere bespreekrondes die lo-gisch op elkaar volgen; bijvoorbeeld eerst 'anamnese' en dan 'on-derzoek'. De focus bepaalt waar de presentatie stopt. De voorzitter kan de 'casusinbrenger' vragen tussentijds de nodige aanvullende gegevens te presenteren, in dit voorbeeld de uitkomsten van de anamnese.

### **Stap 5 Conclusies (10 minuten)**

In deze ronde vat de voorzitter de aandachtspunten uit stap 4 samen. De groep formuleert de conclusies over de essentiële kenmerken van de zorg bij de betreffende patiëntencategorie. De groep kan deze ronde ook benutten om een aantal aandachtspunten verder te concretiseren.

### **Stap 6 Evaluatie (10 - 30 minuten)**

In deze laatste stap evalueert de groep de bijeenkomst. Iedere deelnemer geeft aan wat hij heeft gewaardeerd en wat een volgende keer anders en/of beter kan. Het is ook belangrijk dat de groepsleden aangeven wat de casuïstiekbespreking hen heeft opgeleverd.

Aansluitend kunnen zij voor zichzelf of in de groep benoemen wat dit betekent voor de toepassing in de eigen praktijk. Uitgangsvragen zijn : Wat ga ik vanaf morgen anders doen? Hoe denk ik deze veranderingen te organiseren? De evaluatieronde krijgt een uitgebreider en explicieter karakter naarmate de doelstelling van de casuïstiekbespreking verschuift van 'uitwisselen' naar 'verbeteracties'.

De voorzitter sluit de bijeenkomst af met een samenvatting van de grote lijnen. De groep maakt afspraken over het tijdstip en de wijze waarop evaluatie plaatsvindt.

## **TENSLOTTE**

### **Introductie**

Indien de groepsleden de methode van casuïstiek bespreken niet kennen, vindt eerst een bijeenkomst plaats waarin het doel en de werkwijze van casuïstiek bespreken worden geïntroduceerd. Dit kan ook als agendapunt tijdens het reguliere overleg. De verschillende accenten binnen de doelstelling en de stappen van de methode worden toegelicht. De groep wordt uitgenodigd hun ideeën, verwachtingen en wensen uit te spreken. Het is belangrijk aan te geven dat de casuïstiek niet wordt ingebracht om het functioneren van de deelnemers ter discussie te stellen, maar om de mogelijke behandelwijzen van de betreffende patiëntencategorie te bespreken. De casus is hierbij een hulpmiddel om daarbij te leren van elkaar.

Aan het einde van de introductie bespreekt de groep de keuzemogelijkheden en maakt afspraken over:

- het onderwerp (de patiëntencategorie)
- de doelstelling van de casuïstiekbespreking
- de focus van de casuïstiekbespreking
- de inbrenger van de casus per bijeenkomst

#### *Het onderwerp*

Kies bij voorkeur patiëntencategorieën, waarmee de groepsleden allemaal frequent in aanraking komen.

#### *Doelstelling*

De groep bespreekt het doel van de casuïstiekbespreking. De hele groep moet de keuze voor het doel dragen. Beginnende groepen kunnen ervoor kiezen de doelstelling te verleggen naarmate ze meer ervaring opdoen met de methode.

#### *Focus*

De kracht van de methode van casuïstiek bespreken ligt in de korte en effectieve werkwijze. Omdat veel en uiteenlopende aspecten van het methodisch handelen aan de orde kunnen komen, is het meestal niet

mogelijk alle aspecten diepgaand te behandelen. Het is verstandig vooraf samen vast te stellen op welke fase van het methodisch handelen de groep zich richt. Deze focus kan voor één of meerdere besprekingen worden vastgelegd.

Het methodisch handelen bestaat uit de volgende fasen:

- verwijzing arts en aanmelding patiënt
- anamnese en onderzoek
- conclusie en beslissing tot wel of niet behandelen
- opstellen behandeldoel(en) en behandelplan
- uitvoeren van het behandelplan
- (regelmatig) evalueren
- afsluiten van de behandeling

Het is niet altijd nodig een focus te kiezen. Bij sterk afgebakende of geprotocolleerde (be)handelingen kan het hele zorgproces onderwerp van de bespreking zijn.

#### *De 'casusinbrenger'*

Voor de bespreking moeten alle deelnemers zich voorbereiden door een casus uit te werken, of door zichzelf een samenvatting te maken van de eigen aanpak bij de gekozen patiëntencategorie. In stap 1 wordt één concrete praktijksituatie gebruikt als gezamenlijk vertrekpunt voor de bespreking. De groep maakt vooraf afspraken wie aan de beurt is. De 'casusinbrenger' zorgt voor een overzicht van zijn patiëntengegevens op sheet of op een A-4tje.

### **Vorbereiding**

Om de casuïstiekbespreking voor te bereiden kunnen de volgende vragen nuttig zijn:

- Hoeveel van deze patiënten zie ik in mijn praktijk?
- Wie zijn het? (leeftijd, geslacht, sociale omstandigheden)
- Wat doe ik precies? Wanneer? Hoe?
- Wat zeg ik en vraag ik? Wanneer? Hoe?
- Wat communiceer ik met derden? Wanneer? Hoe?
- Wanneer en hoe sluit ik het contact af?

Met de 'casusinbrenger' wordt afgesproken welke gegevens worden gepresenteerd.

### **Follow-up**

In de methode casuïstiek bespreken is het daadwerkelijk toepassen van het geleerde, te weten verbeteringen aanbrengen in het praktisch handelen, de verantwoordelijkheid van de individuele zorgverlener. De ervaring leert dat goede voornemens of afspraken snel zijn gemaakt, maar ook snel weer vergeten. Het is daarom belangrijk met elkaar af te spreken na welke periode (bijvoorbeeld 3 maanden) een evaluatie volgt. Hierin bespreken de groepsleden hoe het toepassen in de praktijk tot nu toe verloopt, wat goed gaat en welke knelpunten er zijn.

### **Verslag**

Het kan handig zijn om van de bijeenkomst een kort verslag te maken waarin beschreven staan het onderwerp, de focus, de conclusies, de evaluatie en de afspraken en planning voor de inhoud van de volgende bijeenkomst(en) gemaakt.

### **Voorwaarden**

Bij het toepassen van de methode casuïstiek bespreken is het van belang dat in de groep voldoende wederzijds vertrouwen is en een open leerklimaat. Doel van de methode is niet het 'beoordelen' van een collega, maar leren van elkaar en vergroten van het inzicht in elkaars werkwijze. Het is van belang dat de groep deze doelstelling helder voor ogen heeft, voordat ze besluiten met casuïstiek bespreken te beginnen.

### **Valkuilen**

Valkuilen van de casusbespreking zijn:

- profileren van eigen kennis
- elkaar willen overtuigen
- discussies over de relatieve effectiviteit van bepaalde technieken of methoden
- inbrengen van een probleemcasus of uitzonderingssituatie

De eerste drie valkuilen zijn te vermijden door vooraf goede afspraken te maken in de groep. Het inbrengen van een probleemcasus of het vragen om feedback maakt dat de bespreking het karakter van intervisie krijgt. In 'onervaren' groepen zal dit aanvankelijk wel eens voorkomen. Als de inbrenger en de groep dit niet als een probleem ervaren, is het geen bezwaar. Het is wel verstandig, dit in de evaluatieronde expliciet te benoemen. Hierdoor leert de groep om beide methoden van elkaar te onderscheiden en gericht in te zetten.

\*

---

\* Gebruikte literatuur:

Werkboek Vormen van Casuïstiekbespreking Samenwerking Huisarts en Fysiotherapeut Stichting Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteunings-instituut voor huisarts en eerstelijnszorg in Utrecht, in samenwerking met de Stichting Scholing en Wetenschap Fysiotherapie.