

Het generaal dagelijks rapport in de psychiatrische opleidingsinstelling

D. CON, K. GOETHALS

- ACHTERGROND** Onderwerp van dit artikel is in de eerste plaats de rol, functies en opzet van het generaal dagelijks rapport in de psychiatrische opleidingsinstelling. In de tweede plaats wordt aandacht besteed aan de casuspresentatie binnen de context van het generaal dagelijks rapport.
- DOEL** Aanbevelingen om de effectiviteit en doelmatigheid van zowel het generaal dagelijks rapport als casuspresentaties te waarborgen.
- METHODE** Literatuuronderzoek in combinatie met de ervaring van de auteurs met het generaal dagelijks rapport.
- RESULTATEN** Er is in de vakliteratuur amper gepubliceerd over het generaal dagelijks rapport binnen de context van de psychiatrische opleidingsinstelling. Toch is er voldoende reden om het generaal dagelijks rapport niet uitsluitend als instrument voor zorgoverdracht te zien, maar vooral als een onmisbare schakel in het leren. Gebaseerd op de retorica, constructivisme en sociaal constructivisme stellen wij een model voor casuspresentatie voor dat het klinisch redeneerproces bevordert.
- CONCLUSIE** Het benutten en het optimaliseren van het generaal dagelijks rapport komen niet enkel het individuele leerproces van artsen in opleiding en stafleden ten goede, maar ook de opleidingsinstelling als lerende gemeenschap.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)1, 34-41

TREFWOORDEN A-opleiding psychiatrie, casuspresentatie, generaal dagelijks rapport, ochtendrapport



ARTIKEL



Het generaal dagelijks rapport, ofwel het ochtendrapport, is in de regel de activiteit waarmee de werkdag begint in de kliniek. Dit is niet alleen het geval in het algemeen ziekenhuis, maar ook in de psychiatrische kliniek. Het generaal dagelijks rapport geldt als een vereiste voor de opleiding tot medisch specialist. In het Kaderbesluit ccms (Centraal College Medische Specialismen 2004) wordt expliciet vermeld dat de opleidingsgroep zorg dient te dragen voor een dagelijks generaal rapport. Geconcludeerd kan worden dat het generaal dagelijks rapport ook in de opleiding tot psychiater een belangrijke rol speelt.

In de internationale vakliteratuur is er de laatste jaren aandacht geweest voor het generaal dagelijks rapport vanuit verschillende klinische disciplines. Een groot deel van deze publicaties is afkomstig uit de context van de interne geneeskunde (Drifmeyer e.a. 2008; Houghtaler 2002; Layne 2010; Sanfey e.a. 2008). Wat het Nederlandsta-

lige werkgebied betreft, zijn er weliswaar publicaties geweest gericht op de rol van het generaal dagelijks rapport, echter wederom vanuit de context van de interne geneeskunde (De Kruijff 2000).

Vanuit de context van de psychiatrie lijkt er opvallend weinig gepubliceerd te zijn over het generaal dagelijks rapport. Dit laatste is des te meer opvallend, aangezien het niet enkel om een vereiste gaat in het kader van de specialistenopleiding, maar ook een opleidingsonderdeel is dat getoetst wordt bij visitaties door de Visitatiecommissie psychiatrie.

In dit essay willen we daarom specifiek aandacht vestigen op het generaal dagelijks rapport in de context van de psychiatrische opleidingspraktijk. Hiertoe bespreken we ten eerste aanbevelingen, die tot doel hebben de effectiviteit en kwaliteit van het generaal dagelijks rapport als opleidingsonderdeel te waarborgen. Ten tweede stellen we

een format voor, om tot een doelmatigere casuspresentatie tijdens het generaal dagelijks rapport te komen.

METHODE

Uitgaande van zowel de literatuur als onze eigen ervaring met de opzet en inhoud het generaal dagelijks rapport, hebben we een analyse gemaakt van elementen, onderdelen en aandachtspunten die naar ons idee noodzakelijk zijn om de effectiviteit van het generaal dagelijks rapport te waarborgen. Als vertrekpunt hebben we de bestaande literatuur over het generaal dagelijks rapport genomen. Ook Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie, (HOOP 2007) werd geraadpleegd. We hebben naar publicaties gezocht met als onderwerp het generaal dagelijks rapport. Hiertoe raadpleegden we zowel Medline als het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en het *Tijdschrift voor Psychiatrie*, gebruik makend van de onlinezoekfunctie van beide tijdschriften. Van de gevonden artikelen hebben we eveneens de literatuurlijsten doorzocht op relevante artikelen en boeken. De door ons gebruikte zoektermen waren 'ochtendrapport', 'generaal dagelijks rapport', 'dagelijks generaal rapport', 'generaal rapport', 'dagelijks rapport' en 'morning report'.

RESULTATEN

Alle publicaties met als onderwerp het generaal rapport waren geschreven vanuit de context van somatische disciplines, in het bijzonder de interne geneeskunde. In de geraadpleegde Nederlandstalige vaktijdschriften hebben we geen publicaties gevonden over het generaal dagelijks rapport vanuit de psychiatrische praktijk. De gevonden Nederlandstalige publicaties betroffen de rol van het generaal dagelijks rapport in de opleiding tot internist.

Een eerste bevinding op basis van de geraadpleegde publicaties is dat er gepleit wordt om het rapport niet als bedrijfsvoeringinstrument te beschouwen, maar als opleidingsonderdeel. In navolging van dit laatste worden er aanbevelingen besproken ter waarborging van de waarde van het rapport als opleidingsonderdeel (De Kruijff e.a. 2000).

Een tweede opvallende bevinding is dat er ruim drie decennia geleden al gepleit is om het traditionele ochtendrapport, dat gericht was op passieve informatieoverdracht en -absorptie, te wijzigen. Een actievere betrokkenheid van artsen in opleiding tot specialist (aiossen) werd wenselijk geacht. Bijvoorbeeld door laatstgenoemde vragen door middel van (literatuur)onderzoek te laten beantwoorden. Een derde opvallende bevinding is dat Amerikaanse aiossen interne geneeskunde het generaal rapport als belangrijkste opleidingsmoment beschouwden (Gross 1999).

Deze bevindingen gelden als steun voor de huidige tendens om het generaal dagelijks rapport op dusdanige wijze te

AUTEURS

DAVID CON is arts in opleiding tot psychiater, GGZ Westelijk Noord-Brabant, Halsteren.

KRIS GOETHALS is forensisch psychiater en A-opleider psychiatrie, GGZ Westelijk Noord-Brabant, Halsteren, eveneens directeur Universitair Forensisch Centrum, Universitair Ziekenhuis Antwerpen, Edegem, lid Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Universiteit Antwerpen en verantwoordelijk voor de onderzoekslijn Forensische Psychiatrie.

CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr. Kris Goethals, GGZ WNB, Gebouw De Schelde (kamer 1207), Hoofdlaan 8, 4661 AA Halsteren.
E-mail: kris.goethals@ggzwnb.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 10-7-2014.

organiseren dat een actieve betrokkenheid van deelnemers plaatsvindt, in plaats van het passief toehoren van gepresenteerde informatie. Voortbordurend op deze bevindingen bespreken we vervolgens onze visie op het generaal dagelijks rapport en onze aanbevelingen.

Het generaal dagelijks rapport: hoeksteen van de opleiding tot medisch specialist?

PRIMAIRE EN SECUNDAIRE DOELEN

Oorspronkelijk achtte men de functie van het generaal dagelijks rapport zuiver beperkt tot de noodzakelijke overdracht van informatie over klinische incidenten, in het bijzonder gedurende de diensturen in de avond en nacht, respectievelijk het weekeinde. Inhoudelijk bekeken heeft deze functie van het rapport niet veel nadere uitleg. Centraal staat primair het bespreken van klinische opnamen van nieuwe patiënten en secundair de patiënten bij wie beoordeling en eventueel aanpassing van het beleid door de dienstdoende arts noodzakelijk waren. In veel psychiatrische instellingen betreft dit laatste ook intercurrente somatische problemen.

Het generaal dagelijks rapport vervult echter een minstens even belangrijke bijkomende functie, namelijk een van onderwijskundige aard in de opleiding van aiossen en coassistenten (Westman 1999). Het generaal dagelijks rapport wordt in dit verband zelfs als een hoeksteen van de opleiding tot medisch specialist beschouwd (Gross 1999; Luciano e.a. 2011).

Deze twee hoofdfuncties van het generaal dagelijks rapport zijn allesbehalve strikt gescheiden. Noodzakelijke

informatieoverdracht vindt namelijk plaats in nauwe samenhang met kennisverwerving. Het overdragen van patiëntgebonden informatie kan aanleiding zijn om kennis omtrent de besproken onderwerpen op te frissen. Aan de hand van concrete casuïstiek kan parate kennis getoetst worden. Dit laatste hoeft niet beperkt te blijven tot kennis van medisch-klinische onderwerpen, zoals psychiatrische en somatische ziektebeelden, differentiaaldiagnostiek en farmacotherapie. Ook andere relevante onderwerpen kunnen aan bod komen en hiermee een bijdrage leveren aan kennis. Voorbeelden van dit laatste zijn kennis van juridische aspecten (bijvoorbeeld de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ) en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)), basale fysiologie (bijvoorbeeld slaapfysiologie), epidemiologie (bijvoorbeeld prevalentie- en incidentiecijfers) en farmacologische onderwerpen.

Juist het dagelijkse karakter van het generaal rapport maakt dat het een niet te onderschatten onderdeel van het onderwijs aan aiossen moet worden beschouwd. Dit laatste stelt echter wel voorwaarden aan de organisatie, opzet en inrichting van het dagelijks generaal rapport (Trachtman 2012).

Behalve de genoemde primaire functies vervult het rapport overigens ook een secundair doel. Het is een activiteit die bijdraagt aan de cohesie binnen de groep. Dit laatste is des te meer van belang in gevallen waarbij psychiaters en aiossen op meerdere locaties werkzaam zijn en zoals tegenwoordig gebruikelijk, binnen de organisatorische kaders van gescheiden zorgprogramma's werken. Tegelijkertijd gebiedt de financieel-economische realiteit niet blind te zijn voor de investering die deelname aan het rapport vraagt, wanneer ook de reistijden naar verschillende werklocaties mede in ogenschouw worden genomen. Video-conferencing of een telefonische inbelverbinding kunnen dan een uitweg bieden.

De onderwijskundige waarde van het generaal dagelijks rapport nader bezien

Het generaal dagelijks rapport is ook een van de momenten waarbij kennisontwikkeling tot stand komt. De aanwezige medische staf en aiossen kunnen door middel van vragen, feedback en discussie bijdragen aan kennisontwikkeling. Het achterliggende klinisch redeneren bij diagnostische vraagstukken en het ingestelde beleid kunnen tegen het licht worden gehouden. Het verwoorden en expliciteren van het klinisch redeneren, feedback en discussie hieromtrent zijn elementen die direct of indirect bijdragen tot kennisontwikkeling. Dit stelt echter wel eisen aan de opzet en organisatie van het generaal dagelijks rapport. Wat dit laatste betreft volgen onze aanbevelingen later in dit artikel.

COMMUNICATIE ALS MEDISCHE COMPETENTIE

Dat communicatie een essentiële medische vaardigheid is, staat buiten kijf. Zowel patiëntenzorg, onderwijs en opleiding als onderzoek zijn afhankelijk van effectieve communicatie. In zowel CanMEDS als HOOP merkt men communicatie aan als een van de competentiegebieden waar de opleiding tot medisch specialist, respectievelijk de opleiding tot psychiater, op gestoeld is (HOOP 2007). In HOOP benadrukt men dat dit competentiegebied niet alleen betrekking heeft op de arts-patiëntcommunicatie, maar ook op de arts-artscommunicatie.

Het is juist de arts-artscommunicatie die centraal staat in een activiteit als het generaal dagelijks rapport. De arts-patiëntcommunicatie, oftewel het 'praten met de patiënt', krijgt de nodige aandacht binnen de meeste medische basiscurricula. Vergeten wordt echter dat het leren 'praten over de patiënt' een minstens even cruciale communicatieve activiteit is. De indruk bestaat dat dit laatste nog steeds weinig aandacht krijgt binnen medische vervolgoledingen. 'Praten over de patiënt' staat voor de, in de regel, gestructureerde activiteiten en momenten, waarbij er binnen het medisch professioneel kader noodzakelijke informatie-uitwisseling plaatsvindt tussen medici onderling, respectievelijk tussen medici en andere zorgverleners. Het generaal dagelijks rapport en andere patiëntbesprekingen zijn voorbeelden van zulke activiteiten c.q. momenten.

Het rapporteren van concrete patiëntcasussen is een hoofdonderdeel van het generaal dagelijks rapport. Het is immers de concrete patiëntcasus die als vertrekpunt dient voor het bespreken van het klinisch redeneerproces en het beleid. Deze vorm van rapporteren is een vaardigheid die in de opleiding tot psychiater naar onze mening weinig aandacht krijgt. Het gevolg is dat men meestal gaandeweg en 'met vallen en opstaan' zich een manier van rapporteren of casuspresentatie eigen maakt, die meer op overlevering is gebaseerd en waarbij beginnende aiossen en coassistenten vaak ouderejaars als voorbeeld nemen. Dit laatste hoeft geen probleem te zijn, maar de kans bestaat dat men zich een vorm van rapporteren aanleert, die optimale en effectieve informatieoverdracht en kennisontwikkeling in de weg staat.

Daarom presenteren we in dit artikel ook een aantal specifieke aanbevelingen voor het presenteren van casussen tijdens het generaal dagelijks rapport. Ter onderbouwing van het format dat we voorstellen, staan we eerst stil bij de grondgedachten en theorie die hierachter schuilgaan.

THEORETISCHE ACHTERGRONDEN BIJ HET LEREN: CONSTRUCTIVISME EN SOCIAAL CONSTRUCTIONISME

De eerste grondgedachte die we van belang achten bij leerprocessen betreft een constructivistische visie op leren. Het constructivisme beschouwt leren als een proces dat gebaseerd is op het selecteren van relevante informatie, deze informatie op een samenhangende manier organiseren en integreren met al aanwezige kennis (Bodner 1986; Boersma 1995).

Het verband met het generaal dagelijks rapport is dat er randvoorwaarden gecreëerd moeten worden, die het leerproces optimaal mogelijk maken. Reeds aanwezige kennis en het klinisch redeneren over een onderwerp of patiëntprobleem uit de dienst dienen expliciet te worden gemaakt. Mede door vragen die dan gegenereerd worden naar aanleiding van de klinische problematiek wordt gestimuleerd dat aiossen aan de hand van discussie en verdieping in de materie de nieuwe informatie op een meer samenhangende manier gaan organiseren en integreren met reeds aanwezige kennis.

Deze visie op leren als een constructivistisch proces houdt echter ook verband met de grondgedachte dat leerprocessen ook interactionele processen zijn. Het sociaal constructionisme benadrukt dat sociale interactie nodig is voor leren. Dit idee is afkomstig van de Russische psycholoog Vygotsky (Hodson & Hodson 1998) en is onder meer verder uitgewerkt door de Amerikaanse psycholoog Gergen (1985). Leren vindt als proces en vaardigheid plaats in contact met anderen, die vragen stellen, hardop redeneren en kanttekeningen plaatsen.

In het geval van het generaal dagelijks rapport geldt echter als voorwaarde dat er sprake moet zijn van voldoende participatie en ruimte voor discussie en vragen in een sfeer die dit ook mogelijk maakt. Genoemde twee grondgedachten bundelen met andere woorden ervaringsleren met actief zelfgestuurd en groepsleren, aspecten die in een activiteit als het generaal dagelijks rapport samen komen.

Aanbevelingen voor een doeltreffend generaal dagelijks rapport

Hier volgt een aantal aanbevelingen, die wij in toenemende mate implementeren in het generaal dagelijks rapport bij GGZ Westelijk Noord-Brabant.

PARTICIPATIE

Een eerste aanbeveling betreft de participatie. Zoveel als mogelijk klinisch en ambulante werkende psychiaters, stafleden en uiteraard ook aiossen en coassistenten dienen deel te nemen aan het rapport. Aanwezigheid van psychiaters die verbonden zijn aan de klinische opnameafdeling c.q. afdeling voor spoedeisende zorg is wenselijk, evenals de psychiater die als achterwacht dienst heeft gehad.

Dezen kunnen immers rechtstreeks feedback geven over het gevoerde beleid bij spoedeisende problematiek. Participatie aan en instandhouding van het generaal dagelijks rapport vormen een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de opleidingsgroep, psychiaters en aiossen. Deze participatie wordt bevorderd door op organisatieniveau ervoor te zorgen dat het generaal dagelijks rapport en afdelingsoverdrachten elkaar zo min mogelijk qua tijdstip overlappen. Zoals we eerder aangaven, kan video-conferencing of telefonisch inbellen bijdragen aan participatie.

VISUALISERING DOOR MEDIATOEPASSINGEN

Een tweede aanbeveling betreft de beschikbaarheid van mediatoeepassingen. Mediatoeepassingen die de dossierinformatie visueel zichtbaar maken voor aanwezigen, worden als een basisvoorwaarde beschouwd. Behalve dossierinformatie, kunnen ook actuele en relevante nieuwsitems gedeeld worden.

VEILIG KLIMAAT

Een derde aanbeveling betreft het klimaat tijdens het rapport. Er dient een klimaat geschapen te worden dat gericht is op leren en kennisontwikkeling. Een interrogatieve, competitieve en confronterende houding en sfeer werken belemmerend (De Kruijff e.a. 2000). Een coachende en stimulerende grondhouding van de opleidingsgroep werkt daarentegen bevorderend.

KLINISCH REDENEERPROCES

Een vierde aanbeveling betreft het streven naar blootlegging van het klinisch redeneerproces (Moharari e.a. 2010). Vragen stellen is hiertoe een middel. Een ander middel is de wijze waarop de casuspresentatie plaatsvindt, iets waar we later in dit essay op terug zullen komen.

Het diagnostische proces en de rationale achter beleidskeuzen dienen expliciet te worden gemaakt. Dit geldt ook voor impliciete aannamen en medicamenteuze strategieën, zoals het standaard toepassen van bepaalde medicatie of combinaties hiervan bij specifieke problemen of zelfs op verzoek van het verplegend en begeleidend personeel. Het expliciteren van het klinisch redeneerproces vereist een actieve bijdrage van zowel de voorzitter van het rapport als de aanwezigen. Door ook de rationale achter een vraag en het verband met de klinische praktijk expliciet te maken, wordt nieuwsgierigheid gekweekt en een actief leerproces gestimuleerd. Ook aiossen dienen elkaar vragen te stellen. Het leren van en met elkaar wordt immers van cruciaal belang geacht.

De kennisontwikkeling wordt ook bevorderd indien naar aanleiding van concrete klinische problemen, vragen worden geformuleerd die dan op een volgend rapport, bij voorkeur aan de hand van evidence-based literatuur en

actuele richtlijnen, beantwoord worden. Een hulpmiddel bij dit laatste is om de te beantwoorden vragen te noteren, bijvoorbeeld op een whiteboard in de overdrachtsruimte, zodat aanwezigen wekelijks kunnen zien welke onderwerpen nog aan bod moeten komen.

Voorbeelden van mogelijke vragen zijn: Indien parkinsonisme en andere extrapiramidale bijwerkingen worden verondersteld, wat betekent dit dan voor het medicamenteuze beleid? Wat is de achterliggende aanname om geen benzodiazepinen als noodmedicatie voor te schrijven bij een angstige, suïcidale klinische patiënt? Hoe rationeel is het om topiramaat oraal voor te schrijven bij besproken patiënt die klaagt over nachtelijke onrust en slapeloosheid? Actief luisteren met het stellen van vragen is een *conditio sine qua non* dat zowel het klinisch redeneren als competentie en kennisontwikkeling bevordert.

INHOUD

Onze aanbeveling is om alle klinische opnamen gedurende de diensturen te bespreken. Vervolgens de gevallen waarbij beoordeling door de dienstdoende aios is gevraagd of aanpassing van het beleid noodzakelijk was. Dit laatste houdt veelal incidenten in als suïcidaliteit, ontslagwens, overplaatsing naar het algemeen ziekenhuis of somatische incidenten (valincident, overlijden, verandering/verergering van een bestaand somatisch ziektebeeld). Met de introductie van nieuwe benaderingen, zoals de *intensive home treatment* (IHT), is het raadzaam om op instellingsniveau te bepalen hoe en in welke mate deze dienstactiviteiten binnen de context van IHT besproken gaan worden gedurende het generaal dagelijks rapport.

MEER DAN MEDISCHE KENNIS

Dat het generaal dagelijks rapport behalve bij kennisontwikkeling ook een rol kan spelen bij de competentie ‘maatschappelijk handelen’ wordt geïllustreerd in een bijdrage van Daniëls, opleider cardiologie. Hij laat zien dat aiossen gestimuleerd worden om de actualiteit bij te houden, in te brengen en tijdens het rapport in discussie te gaan over actuele maatschappelijk relevante onderwerpen (<http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-herregistratie/Project-MMV-Home/Over-MMV/CanBetter/Opleiden-in-algemene-competenties/Maatschappelijk-handelen-in-het-ochtendrapport.htm>).

Tijdens het generaal dagelijks rapport bij GGZ Westelijk Noord-Brabant wordt wekelijks een ouder of recenter psychiatrisch boek of auteur besproken, waarbij de nadruk niet enkel op de medisch-psychiatrische inhoud wordt gelegd, maar ook op het stimuleren van bekendheid met en nieuwsgierigheid naar historische, literaire, filosofische en maatschappelijke aspecten van het vak.

CASUSPRESENTATIE: RETORISCH DENKEN

Het rapporteren van patiëntgebonden problematiek is een hoofdonderdeel van het generaal dagelijks rapport. Bij het presenteren van een patiëntcasus blijkt men in de regel de volgorde aan te houden waarmee de gegevens vastgelegd zijn, oftewel conform het SOEP-model, zoals sommige auteurs bepleiten (Koene 1985). Het acroniem SOEP staat voor ‘subjectief, objectief, evaluatie en plan’. Dit laatste komt neer op het verhaal van de patiënt, onderzoeksbevindingen, conclusie en beleid.

Stehouwer (2006) pleit er echter voor om bij de casuspresentatie een andere volgorde te hanteren om het denkproces van de toehoorders als het ware te richten. Hij stelt voor om eerst de veronderstelde werkdiagnose/werkhypothese expliciet te benoemen en dan pas anamnestiche bevindingen, onderzoeksbevindingen, differentiaaldiagnostische overwegingen en beleid op te sommen. Deze volgorde bevordert het klinisch redeneerproces.

De gedachtegang hierachter is gebaseerd op inzichten uit de retorica, oftewel retorisch denken. Retorisch denken houdt kortweg in contextgericht oftewel-sensitief denken. Dit betekent met andere woorden dat de spreker zijn of haar verhaal aan de toehoorders dient aan te passen. Volgens ons wordt gedurende het korte tijdsbestek van het generaal dagelijks rapport de effectiviteit van de casuspresentatie bevordert door eerst de werkhypothese te benoemen (retorisch gezien: de stelling) en daarna pas het verhaal van de patiënt en de al dan niet ondersteunende klinische gegevens (retorisch gezien in feite de argumenten). Uitgaande van genoemde premissen vanuit het retorisch denken, faciliteert de spreker hiermee het klinisch redeneerproces bij de luisteraar.

De Romeinse redenaar Quintilianus heeft eeuwen geleden al gesteld dat eerst de stelling (dat wil zeggen de werkdiagnose of -hypothese) benoemd dient te worden en dan pas de argumenten (lees: de ondersteunende anamnestiche en onderzoeksbevindingen) (Quintilianus 2001; Stehouwer 2006). Op basis hiervan komen we tot een andere grondstructuur voor de casuspresentatie dan de structuur die men veelal gewend is.

Aanbevelingen voor een casuspresentatie in het kader van het generaal dagelijks rapport

1. Naam en geboortedatum van betreffende patiënt
2. Werkhypothese met reden van opname, overplaatsing, beoordeling, consultatie, eventueel verwijzer c.q. initiatiefnemer
3. Het verhaal van de patiënt (kort)
4. Onderzoeksbevindingen: speciële anamnese, psychiatrisch onderzoek, relevante somatische bevindingen

5. Differentiaaldiagnostiek en conclusie
6. Beleid, inclusief niet-farmacologische beleidsafspraken en adviezen.

TOELICHTING EN VOORBEELDEN

Ad 2. Van belang is om gekoppeld aan de reden van opname, overplaatsing c.q. beoordeling ernaar te streven een werkhypothese te benoemen. Deze werkwijze stimuleert de spreker die over zijn of haar dienst rapporteert om de werkhypothese te expliciteren. De praktijk bewijst veelal dat er een beleid wordt afgesproken, zonder dat er een duidelijke werkhypothese vermeld wordt. Het kan zijn dat er impliciete veronderstellingen zijn die onbenoemd blijven. Het expliciteren van de werkhypothese voorafgaande aan het verhaal van de patiënt, anamnese en onderzoeksbevindingen maakt de luisteraar attent op de gevolgde gedachtegang van de spreker. Anamnestiche informatie en onderzoeksbevindingen die, gezien de werkhypothese, ontbreken, vallen de luisteraar eerder op, dan wanneer pas na het opsommen van anamnese en onderzoeksbevindingen blijkt wat de werkhypothese van de spreker was.

Voorbeeld: Zaterdagochtend, 26-04-2014, is patiënte op verzoek van de Crisisdienst op de afdeling Ouderen opgenomen, onder vermoeden van een delier.

Ad 3. Het verhaal van de patiënt in maximaal drie zinnen, met kort enkele subjectieve belevingen of typerende uitspraken.

Voorbeeld: Patiënt herhaalt vaker 'Ik ben de Messias'. Hij meldt de idee te hebben 'uitverkoren' te zijn.

Ad 4. In beginsel worden uitsluitend de afwijkende en opvallende bevindingen genoemd. Vermijd het opsommen van negatieve bevindingen, tenzij het opvallende negatieve bevindingen betreffen. Opvallende gedragsobservaties en klinische bevindingen die opmerkelijk zijn, omdat ze niet overeenkwamen met de hypothesen op dat moment, zijn de moeite van het benoemen waard. Door ook gebruik te maken van intonatie, een retorisch instrument, kan de aandacht van de luisteraar getrokken worden. Voorbeelden: Een patiënt is volgens dossierinformatie al langer in ambulante zorg in verband met levensfaseproblematiek en arbeidsgerelateerde problematiek. Bij psy-

chiatrisch onderzoek blijkt er sprake van versneld denken, waanideeën en suïcidale gedachten. Een andere patiënt is eerder opgenomen onder vermoeden van een stemmingsstoornis. Bij beoordeling in het weekend in verband met malaiseklachten valt op dat er sprake is van een eenzijdige ptosis en heesheid, beide sinds twee dagen bestaand. In beide gevallen opvallende bevindingen, aangezien die niet overeenkomen met de werkhypothese en mogelijk duidend op een niet eerder vastgestelde aandoening.

Ad 5. Het kort benoemen van de differentiaaldiagnose is geen overbodigheid. De luisteraar hoort waar wel c.q. niet aan is gedacht, waaruit ook het achterliggende klinisch redeneren van de spreker direct blijkt.

Ad 6. Beleidspunten dienen puntsgewijs benoemd te worden. Afwijking van het gangbare beleid dient toegelicht te worden.

Voorbeeld: Waarom is er afgezien van urinescreening op drugs en een alcoholademtest bij deze delirante jonge patiënt? Waarom is ervoor gekozen om midazolam te continueren in verband met slaapstoornissen? Waarom is er niet overwogen om een cito-spiegelbepaling aan te vragen?

CONCLUSIE

Het generaal dagelijks rapport houdt, zoals we betogen, meer in dan zuiver zorgoverdracht. Naast kennis en wetenschap, kunnen aïossen ook essentiële competenties verwerven, zoals communicatie. Het rapport wordt een waardevol opleidingsonderdeel binnen een dynamische leer- en werkomgeving, mits toegewerkt wordt naar een aantal concrete aanbevelingen op het gebied van organisatie, structurering en inrichting ervan. Op basis van onze ervaringen en de literatuur pleiten we voor enkele aanpassingen wat betreft het presenteren van patiëntcasussen. We baseren ons hierbij onder meer op retorisch denken en een constructivistische en sociaal-constructionistische visie op leren. In onze instelling doen wij hier reeds ervaring mee op. We willen collega-opleiders, psychiaters en aïossen aanmoedigen en uitnodigen om hun ervaringen op dit terrein te delen.

LITERATUUR

- Apker J, Eggly S. Communicating professional identity in medical socialization: considering the ideological discourse of morning report. *Qual Health Res* 2004; 14: 411-29.
- Boersma KT. Constructivisme en curriculum. *Pedagog Tijdschr.* 1995; 20: 247-62.
- Bodner GM. Constructivism. A theory of knowledge. *J Chem Educ.* 1986; 63: 873-78.
- Bouhuis PAJ, Schmidt HG, Berkel van HJM. Problem-based learning as an Educational Strategy. Maastricht: Network Publications; 1993.
- Centraal College Medische Specialismen. Kaderbesluit ccmS. Utrecht: KNMG 2004. http://wetten.overheid.nl/BWBR0033520/geldigheidsdatum_10-01-2014#HoofdstukE
- Drifmeyer E, Oh R. Morning report in military family medicine residencies. *Mil Med* 2008; 173: 765-8.
- Gans ROB, Sleijfer DT, van der Werf TS, Zijlstra JG. De rol van het ochtendrapport in de opleiding tot internist. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144: 1753-4.
- Gergen KJ. The social constructionist movement in modern psychology. *Am Psychol* 1985; 40: 266-75.
- Gross CP, Donnelly GB, Reisman AB, Sepkowitz KA, Callahan MA. Resident expectations of morning report. A multi-institutional study. *Arch Intern Med.* 1999; 159: 1910-4.
- Green EH, Hershman W, DeCherrie L, Greenwald N, Torres-Finerty N, Wahi-Gururaj S. Developing and implementing universal guidelines for oral patient presentation skills. *Teach Learn Med* 2010; 17: 263-7.
- Hodson D, Hodson J. From constructivism to social constructionism: a Vygotskian perspective on teaching and learning science. *Sch Sci Rev* 1998; 79: 33-41.
- Houghtalen RP, Olivares T, Greene Y, Booth H, Conwell Y. Residents' morning report in psychiatry training: description of a model and a survey of resident attitudes. *Acad Psychiatry* 2002; 26: 9-16.
- Kroenke M. The case presentation. *Am J Med* 1985; 79: 605-8.
- Kruijff de EJFM, Meijer de PHEM, Meinders AE. De rol van het ochtendrapport in de opleiding tot internist. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144: 1284-7.
- Layne K, Nabeebaccus A, Fok H, Lams B, Thomas S, Kinirons M. Modernising morning report: innovation in teaching and learning. *Clin Teach* 2010; 7: 77-82.
- Linden van der J, Roelofs E. *Leren in dialoog*. Wolters Noordhof; 2000.
- Luciano GL, Carter BL, Garb JL, Rothberg MB. Residents-as-teachers: implementing a toolkit in morning report to redefine resident roles. *Teach Learn Med* 2011; 23: 316-23.
- Moharari RS, Soleymani HA, Nejati A, Rezaeefar A, Kashayar P, Meysami AP. Evaluation of morning report in an emergency medicine department. *Emerg Med J* 2010; 27: 32-6.
- Quintilianus. *De opleiding tot redenaar*. Vert., inl. en comm. Piet Gerbrandy. Groningen: Historische Uitgeverij; 2001.
- Reilly B, Lemon M. Evidence-based morning report: a popular new format in a large teaching hospital. *Am J Med* 1997; 103: 419-26.
- Sanfey H, Stiles B, Hedrick T, Sawyer RG. Morning report: combining education with patient handover. *Surgeon* 2008; 6: 94-100.
- Stehouwer CDA. *Grondslagen van de interne geneeskunde*. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150: 808-11.
- Trachtman H. Morning report: is the time ripe for a change? *Teach Learn Med* 2012; 24: 163-4.
- Westman EC. Factors influencing morning report case presentations. *South Med J* 1999; 92: 775-7.

SUMMARY

The morning report – an important item in the training of psychiatrists in residence at psychiatric hospitals.

D. CON, K. GOETHALS

BACKGROUND In this article we focus on the role, function and composition of the morning report in the training of psychiatrists in residence at psychiatric hospitals. We also pay attention to the way in which the case should be presented in the morning report.

AIM To make some proposals regarding ways in which the efficiency of the morning report and the case presented in that report can be improved.

METHOD We studied currently available literature and publications about the morning report and we also drew on our own experience with the morning report.

RESULTS We found very few publications that dealt specifically with morning report in the psychiatric teaching hospital. However, our studies have shown that the morning report should not be regarded purely as an instrument for passing on care details about the patient; it should also be seen as an essential link in the chain of instruction required by trainee psychiatrist. On the basis of rhetoric, constructivism and social-constructionism, we present a model for case presentation.

CONCLUSION Making improvements in the quality of the morning report is an important way of contributing to the learning process of trainee psychiatrists and staff members and should therefore enhance the status of the psychiatric hospital as a teaching community.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 57(2015)1, 34-41

KEY WORDS morning report, psychiatric case presentation, psychiatric teaching hospital