

Handreiking “Hoe maken we Mediprudentie?”

Aan de lezer...

Deze handreiking -in ontwikkeling- is tot stand gekomen op basis van de ervaringen van de MENU (Mediprudentie Commissie NVVG UWV) in het kader van het mediprudentieproject NVVG en UWV. De MENU hoopt hiermee tegemoet te komen aan veel vragen van collegae en wil hen ondersteunen hun weg bij de ontwikkeling van mediprudentie te vinden. De MENU ervaart dat het 'maken van mediprudentie' een proces is met voortschrijdend inzicht en met vallen en opstaan. Deze handreiking dient dan nog beschouwd te worden als versie 'in ontwikkeling'.

Doel van het project

Het project NVVG- UWV kent een looptijd van anderhalf jaar en kwam tot stand met subsidie van Sociale Zaken (looptijd 2010-2012).

Het project heeft tot doel om Mediprudentie verder uit te werken tot een praktische methode, die onderdeel kan vormen van het kwaliteitssysteem. Daarnaast worden 100 casus van deskundig commentaar voorzien, deze casus zijn via een database toegankelijk. (Lopende het project is deze database alleen toegankelijke binnen UWV) Ook vindt een evaluatie plaats en wordt een advies geformuleerd over de voortgang van mediprudentie.

*Bij het maken van Mediprudentie zijn **alle** verzekeringsartsen uitgenodigd mee te doen*

Hoewel het project zich om praktische redenen beperkt tot UWV, betekent dit niet dat de methode niet toegankelijk zou zijn voor andere verzekeringsartsen. Integendeel. De NVVG wil alle verzekeringsartsen stimuleren mee te doen in deze ontwikkeling. Bij het maken van Mediprudentie zijn verzekeringsartsen betrokken. De context waarin zij werken kan nu eenmaal verschillend zijn. De NVVG streeft na afloop van het project naar een database die toegankelijk is voor al haar leden.

Allen die opmerkingen of vragen hebben rond mediprudentie zijn van harte uitgenodigd deze kenbaar te maken bij het secretariaat van de MENU: mediprudentie@nvvv.nl.
U wordt desgewenst teruggebeld.

In de MENU commissie participeren:

- Corina van Asselt, verzekeringsarts UWV
- Nettie Blankenstein, huisarts
- Gert van Ekeren, verzekeringsarts UWV
- Jim Faas, verzekeringsarts UWV, secretaris
- Ton Gerdes, verzekeringsarts UWV
- Luuk van Looy, verzekeringsarts UWV
- Cecile van Linschoten, verzekeringsarts UWV
- Arthur Sterk, verzekeringsarts, voorzitter
- Andre Weel, bedrijfsarts
- Tineke Woldberg, verzekeringsarts NSPOH, secretaris
- Guusje de Vries, verzekeringsarts RG

Opbouw van de handreiking

1. Wie maakt mediprudentie?

2. Keuzes.
 - 2.1 Het kiezen van een casus
 - 2.2 Keuze aanpak en voortgang

3. Bepalen van een vraagstelling of dilemma

4. Uitwerking van een vraagstelling of dilemma

5. Zoeken van literatuur: zoekstrategie

6. Het samenstellen van de mediprudentiecaserus

7. Commentaar-samenvatting-vignet-trefwoorden-rapportage/advies
 - 7.1 Commentaar
 - 7.2 Samenvatting van de verzekeringsgeneeskundige rapportage
 - 7.3 Het vignet
 - 7.4 Trefwoorden
 - 7.5 Verzekeringsgeneeskundige rapportage /advies

8. Routing
 - 8.1 bij UW
 - 8.2 anders

9. Werkwijze MENU
 - a. reactie n.a.v. commentaar
 - b. afronding

10. Samenvatting in een schema.

Bijlage 1 Het schrijven van een overtuigend commentaar

Bijlage 2 Verwijzing naar literatuur in het commentaar

Bijlage 3 Hoe anonimiseren?

1. Wie maakt mediprudentie?

In mediprudentie reflecteren (verzekerings)artsen werkzaam binnen de sociale of private verzekering op hun handelen.

Dit kan in verschillende samenstellingen:

- Binnen UWV lopende het project hebben de casuïstiekgroepen 20 uur werktijd per jaar beschikbaar. Elke casuïstiekgroep wordt geacht tenminste één mediprudentie-casus per jaar aan te leveren.
- In de opleiding verzekeringsgeneeskunde wordt van iedere deelnemer verwacht dat een mediprudentie-casus wordt gemaakt met inbreng in de *eigen* praktijk.
- (Verzekerings)artsen kunnen ook alleen of met een kleine samenstelling casuïstiek met een dilemma en vraagstelling inleveren.

2. Keuzes....

2.1. Het kiezen van een casus

Iedere casus die een vraag oproept is in principe geschikt. Het is daarbij van belang dat het gaat om authentieke casuïstiek. De praktijk staat voorop.

Raadpleeg bij twijfel over de geschiktheid van de casus de MENU. De casus hoeft voor Mediprudentie niet mooier gemaakt te worden dan hij is... Enkele mogelijkheden om een casus te kiezen:

- behandeling adviesaanvragen, eigen spreekuurcontacten.
- rapportages gebruikt bij implementatie van protocollen.
- het zoeken van een rapportage bij een dilemma via het diagnosecode systeem van het CBBS dient plaats te vinden via de stafverzekeringsarts UWV.
- tijdens een casuïstiekbespreking of Intercollegiale worden altijd dossiers besproken die geschikt kunnen zijn voor mediprudentie.

2.2 Keuze aanpak en voortgang

2.2 a. route 0 'zelf commentaar schrijven'

Binnen het UWV is het gebruikelijk, dat de casuïstiek groepen in eerste aanleg zelf commentaar schrijven. De handvatten hiervoor treft u onderstaand (vanaf 3) . Dat mag, maar er zijn meer wegen.

2.2.a route 1 'voorlegger'

1. Kies een mediprudentie casus en doe een voorzet voor een uit te werken vraagstelling of dilemma
2. Leg de casus + vraagstelling/dilemma voor aan de MENU alvorens zelf verder aan de slag te gaan met de uitwerking, het commentaar, een evt. literatuur search en dergelijke.

De MENU bespreekt de voorgelegde casus in de eerstvolgende MENU-vergadering en geeft feedback en suggesties aan de groep opdat die er zo spoedig mogelijk mee verder kan.

2.2.b route 2 'voorstel voor nadere uitwerking'

1. Kies een mediprudentie casus en doe een voorzet voor een uit te werken vraagstelling of dilemma
2. Leg de casus + vraagstelling/dilemma voor aan de MENU met een voorstel voor:
 - een nadere uitwerking door MENU of een externe commentator (dat kan een op deelterrein als deskundig beschouwde verzekeringsarts zijn of een deskundige uit een andere discipline)
 - een literatuur search
3. De MENU bespreekt het voorstel in de eerstvolgende MENU-vergadering en geeft zo spoedig mogelijk een reactie aan de groep.

3. Bepalen van een vraagstelling of dilemma

Een interessante mediprudentiecasi staat of valt met het formuleren van een goede vraagstelling of een dilemma.¹ Neem hiervoor dan ook voldoende tijd!

Het advies is om één aspect in de casus voor nadere reflectie en daarbij één concrete vraag (eventueel enkele vragen in elkaars verlengde) of één dilemma te formuleren.

voorbeeld van een relevante vraagstelling:

'wat is de reden om in deze casus (g)een urenbeperking aan te nemen?'

voorbeeld van een relevant dilemma:

'mag in deze casus buiten het spreekuur om verkregen informatie over de cliënt gebruikt worden bij de oordeelsvorming?'

4. Uitwerking van een vraagstelling of dilemma

Stel vast hoe u de reflectie op de vraag of dilemma op een hoger plan wilt brengen, of u daarbij nog specifieke kennisvragen hebt en welke methode u gaat gebruiken. Niet iedere (zoek)methode is voor iedere (kennis)vraag geschikt.

Een pure kennisvraag kan deel uitmaken van een mediprudentiecasi. Het antwoord op de kennisvraag wordt wel vervolgens toegepast op de casus.

Enkele voorbeelden:

- *gezondheidskundige vragen, (sociaal) medische kennis en statistisch epidemiologische vragen:* literatuuronderzoek volgens de zoekstrategie van de EBM-methodiek
- *juridische vragen:* vragen over de toepassing van wet- en regelgeving of gezondheidsrechtelijke vragen: wetsteksten; memories van toelichting; jurisprudentie; beleidsnotities en instructies: kijk bijvoorbeeld eens op 'rechtspraak.nl' en in 'BijBlijven'
- *ethische dilemma's:* bijvoorbeeld de methode moreel beraad

voorbeeld van een medische kennisvraag:

'wat is de beste behandeling van een impingement syndroom?'

voorbeeld van een juridische kennisvraag:

'bij welk verzuimrisico kunnen er door de arbeidsdeskundige geen reële functies meer worden geduid?'

Stel vast of u dat als casuïstiekgroep² zelf kunt en wilt doen of wiens hulp u daarbij zou willen invoeren. In het laatste geval kunt u aan de MENU een suggestie doen, bijv. voor een EBM-search of een ingewikkelde juridische vraag. De MENU zal dan bekijken of hiervoor een deskundige kan worden ingeschakeld.

Als het gaat om een weging van argumenten kun je bijvoorbeeld de methode intervisie of krachtenanalyse gebruiken.

Wanneer het om een dilemma gaat wordt dit binnen de groep bediscussieerd. Het is mooi als de groep tot consensus kan komen over hoe te handelen bij een dilemma. Consensus is echter geen doel op zich. Als geen consensus kan worden bereikt, is een goed beargumenteerd discours over de dissensus ook waardevol.

In eerste aanleg wordt bij de uitwerking van de vraagstelling of het dilemma de aanwezige kennis en de meningen van alle deelnemers gebruikt.

De volgende stap is het toetsen van het oordeel van de groep door middel van literatuuronderzoek. Hiertoe bepaalt de groep de zoekstrategie.

¹ Een dilemma is een praktijksituatie waarin op grond van wetgeving, professionele richtlijnen en morele waarden twee of meer handelingsopties aanwezig zijn en de keuze wordt bemoeilijkt doordat elke optie schade of nadeel voor een of meer betrokken partijen met zich mee lijkt te brengen. Het is dus niet op voorhand duidelijk wat de beste optie is.

² overal waar gesproken wordt over 'casuïstiekgroep' kan buiten UWV ook uitgegaan worden van een andere samenstelling

Streef bij bespreking in een groep naar een actieve deelname van de gehele groep aan de ontwikkeling van de mediprudentiecásus. Taken kunnen over de groepsleden worden verdeeld.

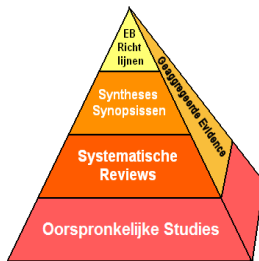
Er zijn verschillende werkafspraken mogelijk voor het opzoeken van de literatuur en het uitwerken van de mediprudentiecásus.

5. Zoeken van literatuur: zoekstrategie

Als er evidence-based richtlijnen of protocollen over het gekozen onderwerp aanwezig zijn, kan meestal worden volstaan met een uitwerking wat in het protocol of richtlijn wordt vermeld.

Als er geen richtlijnen aanwezig zijn biedt de zoekpiramide van de EBM cursus handvatten.

Het is intussen wel duidelijk geworden dat er weinig onderzoek is gedaan is over aandoeningen in relatie tot arbeid. Dit is voor de meeste collega's voldoende reden om niet verder te zoeken. Maar ook het *niet* vinden van evidence kan een belangrijk antwoord zijn. Het laat ruimte voor het ontwikkelen van consensus. Consensus is altijd beter dan de opinie van één expert of de totale afwezigheid van evidence.



EBM informatie piramide:

- Evidence based richtlijnen waaronder Verzekeringsgeneeskundige Protocollen
- Synopsis (TRIP/Uptodate) korte toelichting
- Systemic reviews en meta-analyses
- Primaire studies: Pubmed en Embase

Als onderste en breedste laag van de EBM piramide wordt meestal 'expert opinion' toegevoegd. Dit is in het kader van de mediprudentie ontwikkeling uiteraard ook een zinvolle laag.

Voor de EBM Tool voor Verzekeringartsen (ETV) en diverse links zie bijlage 1. Kijk ook eens op de verzekeringsgeneeskundige overzichtspagina van het UWV.

6. Het samenstellen van de mediprudentiecásus

Als al het materiaal verzameld is kan de casus in een format worden 'gegoten' .

Dit format is belangrijk om de database snel toegankelijk te maken voor de lezers. De MENU stelt het op prijs de casus met commentaar ook in het format aangeleverd te krijgen en wel in de volgende volgorde: trefwoorden, vignet, samenvatting, commentaar, literatuur als bijlagen en de rapportage/ advies.

Voor het *schrijfproces* wordt een andere volgorde aanbevolen namelijk: 1. commentaar, 2. samenvatting, 3. vignet, 4. trefwoorden en 5. anonimiseren van de verzekeringsgeneeskundige rapportage. In deze volgorde wordt onder 7 de opbouw van het commentaar besproken.

7. Commentaar-samenvatting-vignet-trefwoorden-rapportage/advies.

7.1 Commentaar

In het commentaar bespreekt u de vraagstelling die de casus heeft opgeroepen. Bij een kennisvraag bespreekt u welke wegen u hebt bewandeld om het antwoord op de vraag te vinden wat uw zoektocht heeft opgeleverd. Als u een dilemma hebt geformuleerd, beschrijft u welke handelingsalternatieven er zijn. In beide gevallen weegt u de diverse mogelijke standpunten en komt u tot een conclusie.

Een uitgebreide beschrijving met tips hoe een commentaar te schrijven vindt u in bijlage 2. Hoe u naar literatuur verwijst vindt u in bijlage 3.

7.2 Samenvatting van de verzekeringsgeneeskundige rapportage

De samenvatting begint met: 'Betrokkene is een .. jarige man/vrouw werkzaam als .. voor ... uur per week uitgevallen per ... met de volgende klachten. Eventueel lengte dienstverband vermelden en/ of arbeidsleven. Het betreft een beoordeling in het kader van ZW/WIA/WAO/ WAJONG.'

Daarna volgen de gegevens uit de casus die voor de vraagstelling of het dilemma, dat in de mediprudentiecasijs behandeld wordt, van belang zijn. Probeer deze samenvatting zo kort mogelijk te houden en denk er aan deze ook te anonimiseren (zie bijlage). Bedenk dat als iemand, die nog aanvullende gegevens wenst, immers altijd nog de gehele verzekerings-geneeskundige rapportage kan raadplegen die het slot vormt van het Mediprudentie format.

7.3. Het vignet

Het vignet bestaat uit: 1. de vraagstelling of het dilemma, 2. de overweging en 3. het antwoord op de vraagstelling of de keuze in het dilemma.

Het antwoord of de keuze moet in één of twee zinnen weergegeven worden. Eigenlijk is het vignet dus een vraag met een antwoord met daartussenin een beknopt weergegeven overweging.

Het commentaar op casus (zie format) begint altijd met de vraagstelling of het dilemma, daarna volgt een zoektocht naar het antwoord. Het is niet de bedoeling dat deze zoektocht in het vignet terecht komt doch slechts de uitkomst van deze zoektocht en dan wel zo kort mogelijk.

Het vignet kan pas gemaakt worden als het dilemma is opgelost en het commentaar volledig is uitgewerkt en de vraag of het dilemma is opgelost. Het vignet is geen samenvatting van hoe men aan een antwoord is gekomen. Het vignet omvat in totaliteit niet meer dan 5-6 regels: streef naar maximaal 60 woorden.

7.4 Trefwoorden

De trefwoorden worden aan het eind van het schrijfproces gekozen. De kunst is om trefwoorden zo te kiezen, dat ze aansluiten bij de omschreven vraagstelling of het dilemma.

Het is aan te raden om synoniemen van trefwoorden te benoemen om de kans op het vinden van soortgelijke vraagstellingen of dilemma's te bevorderen. De trefwoorden (inclusief CAS-codes) worden in het Nederlands en in alfabetische volgorde neergezet.

Het is raadzaam de laatste versie van de trefwoordenlijst van de MENU te raadplegen en zoveel mogelijk aan te sluiten bij al gebruikte trefwoorden.

7.5 Verzekeringsgeneeskundige rapportage /advies

Hier wordt de volledige compleet geanonimiseerde casus/ rapportage geplaatst voor geïnteresseerden. Maak voor de anonimisering gebruik van de aanwijzingen in de zgn. anonimiseerlijst (zie bijlage 4).

8. Routing

8.1 bij UWV

De coördinatie van mediprudentieontwikkeling ligt bij het CEC van SMZ. De voorzitters van de casuïstiekgroepen sturen aan de contactpersoon op deze afdeling (Joke Harmsen) de door hen ontwikkelde mediprudentiecasijs. De contactpersoon stuurt deze vervolgens door aan MENU en koppelt de feedback van de MENU terug aan de voorzitter van de groep. Ook indien er daarna verschillende vervolgacties zijn, treedt de contactpersoon van het CEC steeds op als linking pin tussen de mediprudentie/ casuïstiekgroepen en MENU. Na definitieve vaststelling van een mediprudentiecasijs verzorgt CEC plaatsing van deze casus op de Kennisbank Mediprudentie Casuïstiek.

8.2 voor andere verzekeringsartsen

U kunt uw casuïstiek, met vraag en dilemma en commentaar direct aanmelden bij het secretariaat van de MENU. Van de MENU ontvangt u altijd een reactie.

9. Werkwijze MENU

9.a reactie n.a.v. commentaar

De MENU probeert te werken zoals de redactie van een vaktijdschrift, die commentaar levert op ingezonden kopij. Dat zal ook voor de MENU vallen en opstaan zijn. De MENU staat dan ook open voor suggesties. Kritiek op papier komt soms harder over dan is bedoeld. Het leveren van kritiek is een kunst op zich. Ook hier is het zoeken naar een efficiënte werkvorm.

Als u ooit wel eens kopij hebt ingestuurd naar de redactie van een tijdschrift weet u dat het zelden voorkomt dat uw manuscript in één keer akkoord wordt bevonden.

Als reactie zal de MENU – in voorkomende gevallen - voornamelijk een uittreksel meesturen uit het verslag van de MENU-vergadering waarin de casus is besproken.

Contact: schroom niet om naar aanleiding van het commentaar van de MENU -als er behoefte is aan een nadere toelichting, verduidelijking of hulp van welke aard dan ook- rechtstreeks contact op te nemen met de MENU. Dat kan zowel gaan over de inhoud als over de verdere procedure. Mail of bel in zo'n geval met één van de secretarissen van de MENU: mediprudentie@nvg.nl of bel met **J.Faas** of **T. Woldberg** of neem contact op met het **secretariaat NVVG (030 68 68 764)**. Zij verwijzen u door.

9.b afronding

Als de MENU aanvullende opmerkingen en reacties heeft ontvangen, worden deze besproken. Wordt besloten, dat voor dit moment ingestemd kan worden met het aangevulde commentaar of dat er 'niets' meer uit de casus te halen is op dat moment, dan krijgt de casus de status 'afgerond'. In een aantal gevallen blijkt uit de discussie binnen de MENU dat de MENU zelf ook nog een opmerking of een reactie kwijt wil. Deze wordt toegevoegd in een 'noot'.

10. samenvatting in schema

project **Mediprudentie**: 100 casus met commentaar jan 2012

Wat wordt aangeleverd MENU ?

- casus met vraagstelling, verzoek tot uitwerking door commentator
- casus met commentaar voor behandeling MENU

Vragen: neem contact op met Joke Harmsen of Jim.Faas@uwv.nl
Of met het secretariaat NVVG tel. 030 68 68 764

'AANPAK' VOOR MEDIPRUDENTIE PROCES

Oriëntatie

stap 1. Verhelder de 'casus' of 'probleem situatie' met de 'casuïstiek' groep.

- Zijn er voldoende (en anonieme) gegevens aanwezig voor een duidelijk beeld?

stap 2. Analyseer de casus die is ingebracht op verschillende relevante aspecten:

- Met welke kennisaspecten (sociaal)medisch, juridisch, statistisch epidemiologisch kan het handelen of het advies meer onderbouwd worden?
- Welk handelingsdilemma (ethische vraag) speelt?

Plan van aanpak

stap 3. Kies één aspect ter reflectie en stel daarbij één concrete vraag (eventueel vragen in elkaars verlengde).

stap 4. Stel vast hoe je de reflectie op je vraag op een hoger plan wilt brengen. Daarbij blijkt dat niet iedere methode voor iedere vraag geschikt is. Hieronder volgen voorbeelden.

- (sociaal) medische kennis en statistisch epidemiologisch vragen: *EBM*
- juridische kennis vragen: *kijk eens op 'rechtspraak .nl' en 'Bijblijven'*
- dilemma's: *methode moreel beraad*
- weging argumenten: *methode intervisie en krachtenanalyse*

Stel vast of je dat zelf kunt en wilt doen of wiens hulp je zou willen inroepen. In dat geval kun je aan de MENU suggesties doen.

Uitvoering

stap 5. Verzamel informatie en pas de geëigende methode toe.

stap 6. Beschouw de casus / gevalsbehandeling / kwestie in het licht van de gevonden kennis en trek conclusies op basis van argumenten. Doe eventueel aanbevelingen voor toekomstig handelen.

Tips voor het schrijven van commentaar kunt u lezen in de volgende nieuwsbrief (juni).

Evaluatie

stap 7.

Reflecteer op de sterkte en zwakte, reikwijdte van je conclusies en proces.

HET SCHRIJVEN VAN COMMENTAAR

Start met het kernachtig formuleren van de conclusie

conclusie

- *Op welke vraag is de conclusie een antwoord?*

En waarom is dat voor ons vak belangrijk (relevant)?

inleiding

- *Hoe werd de zoektocht naar antwoorden aangepakt?*

aanpak

- *Wat werd er bij deze zoektocht gevonden?*

uitwerking:

of literatuur – theorie

of andere mediprudentie

of handelingsalternatieven

- *Wat moeten we met deze informatie?*

Afweging van argumenten voor en tegen

beschouwing -(discussie)

- *suggesties en opmerkingen bijvoorbeeld voor nader onderzoek , voor andere casuïstiek*

- **literatuurverwijzing**

VIGNET

In ongeveer 60 woorden: de vraag met een antwoord met daartussenin de overweging

aanleveren in format

1. trefwoord
2. vignet
3. samenvatting casus
4. commentaar
5. rapportage -Advies
6. literatuurverwijzing
7. PM: aandachtspunten, dilemma's,
8. evt. bijlagen

Bijlage 1

Het schrijven van een overtuigend commentaar

Er zijn diverse manieren om een commentaar te schrijven, maar onze voorkeur gaat uit naar deze methode: " *Val met de deur in huis en geef meteen je conclusie weg. Bespreek vervolgens je zoekstrategie en de gevonden resultaten of, bij een dilemma, de diverse handelingsalternatieven en de voor- en nadelen van de verschillende opties.*"

Deze methode heeft als voordeel dat de lezer meteen bij de les is. De gehaaste of de gemakzuchtige lezer kan natuurlijk al snel afhaken, met als risico dat hij alleen de conclusie leest en het betoog overslaat, maar een goed geformuleerd begin nodigt uit tot verder lezen. Wilt u de lezer boeien, dan zijn vooral de eerste zinnen erg belangrijk. Besef ook dat de lezer het proces in de groep niet heeft meegemaakt.

Er zijn een aantal kernvragen:

- **conclusie:** start met een zo kernachtig mogelijk weergegeven conclusie, val met de deur in huis
- **inleiding:** op welke vraag is de conclusie een antwoord? en waarom is dat voor ons vak belangrijk of relevant?
- **aanpak:** waar heb ik gezocht om het antwoord op mijn vraag te vinden?
- **uitwerking:** wat ben ik op mijn zoektocht tegen gekomen?
- **beschouwing / discussie:** wat moeten we met deze informatie? afweging van argumenten voor en tegen.
- **wat is mijn uiteindelijke conclusie?**
- **Reflecteer op de casus in het licht van de gevonden gegevens. Wat zijn de sterke en zwakke punten?**
- **suggesties/opmerkingen/aanbevelingen:** bijvoorbeeld voor nader beleid of onderzoek

Bedenk dat de kans dat een betoog gelezen wordt in sterke mate afhangt van de lengte van het betoog. Dus houd de lengte in de gaten. Als de lengte meer dan (ongeveer) anderhalve pagina bedraagt en je daaraan echt nog niet genoeg hebt, dan is het verstandig tussenkopjes in te voegen, dat trekt weer de aandacht. Maar ook bij een korter betoog hoeven tussenkopjes niet te misstaan. Let ook op de lengte van de zinnen, hak lange zinnen desnoods doormidden in plaats van een bijzin toe te voegen en probeer ook maat te houden bij het gebruik van passieve zinsconstructies: 'ik zocht/ wij zochten in PubMed met de volgende zoektermen' leest echt veel gemakkelijker dan "door ons werd in PubMed gezocht..."

Voorbeeld (casus 8_40): tijdens de zwangerschap ontstaan gewrichtsklachten; de diagnose reumatoïde artritis wordt gesteld. Is er een causale relatie tussen reumatoïde artritis en zwangerschap? In deze mediprudentiecasijs beslaat het commentaar ongeveer één pagina en daar staat alles wel zo'n beetje in.

Opbouw van het commentaar:

1. reumatoïde artritis blijkt zich vaker te presenteren in de tijd rondom zwangerschap en bevalling dan in andere levensfasen. Bovendien blijkt de ziekte zowel te kunnen verbeteren als te kunnen verslechteren tijdens zwangerschap en in de postpartum periode. We moeten er dus van uit gaan dat er een geassocieerd verband is tussen zwangerschap en reumatoïde artritis en dat de klant dus recht heeft op de gevraagde uitkering (*met de deur in huis vallen*)
2. (*waarin is dit onderwerp van belang?*)
 - a. bij een causale relatie bestaat er recht op ziekengeld, waarbij door UWV uitkering wordt verstrekt van 100% van het dagloon
 - b. betrekkelijk zeldzame aandoening op deze leeftijd; een causale relatie met zwangerschap is niet het eerste waar je aan denkt bij deze ziekte
3. om de vraag of er een causale relatie bestaat tussen zwangerschap / kraambed en reumatoïde artritis hebben we de volgende zoekstrategie opgezet: (zie casus op Sharepoint) (*waar hebben we gezocht?*)
4. uit de literatuur blijkt het volgende (*wat heb ik gevonden?*)
 - a. wel vaker ontstaan R.A tijdens postpartum periode dan in andere levensfasen
 - b. niet vaker ontstaan R.A tijdens zwangerschap
 - c. tijdens zwangerschap vaak verbetering van de klachten van RA
5. Afweging van de argumenten voor en tegen de stelling dat er een causale relatie bestaat. Probeer ook dit gedeelte zo kort en krachtig mogelijk te formuleren! (*Afweging*)
6. De conclusie is dat niet duidelijk is dat er een causale relatie bestaat, maar R A en zwangerschap zijn wel aan elkaar geassocieerd en dat is, volgens de jurisprudentie, voldoende om te concluderen dat R.A het gevolg is van de zwangerschap (*Conclusie*)
7. (*terug naar de casus*) De klant heeft dus recht op de gevraagde uitkering. Deze verzekerde heeft nog een werkgever, dus die is, samen met zijn ARBO-dienst, verantwoordelijk voor de re-integratie. Eventueel zou je kunnen opmerken dat mevrouw weliswaar arbeidsongeschikt is voor het eigen werk, maar dat passend werk wel tot de mogelijkheden behoort
8. (*suggesties?*) Lijkt in dit geval niet zo relevant.

Bijlage 2

Verwijzing naar literatuur in het commentaar

Het is wenselijk om alle verwijzingen op te nemen in een literatuurlijst aan het einde van het commentaar. Dat betekent dat u de tekst van het commentaar moet coderen als een aparte -sectie. Bronvermelding volgens APA richtlijnen. Dat doet u als volgt:

- Codeer in WORD¹ het einde van het commentaar als einde van een sectie. Ga met je muis onder de laatste regel van het commentaar staan, klik daar op. Ga vervolgens met je muis naar de Werkbalk → Beeld → Eindmarkeringen → Sectie-einde → Doorlopend
- Klik met je muis direct achter het woord waar je de verwijzing achter wilt zetten, ga naar Werkbalk → Invoegen → Verwijzing → Voetnoot → Eindnoot → Invoegen na sectie-einde. Klinkt ingewikkeld, maar is echt super gemakkelijk, probeer het maar!
- Nummer de verwijzingen via deze route met (gewone, d.w.z. Arabische) cijfers. Dat is overzichtelijker dan te werken met woorden of Latijnse cijfers, zeker als je naar meerdere literatuurbronnen verwijst

Gebruik alleen dit hulpmiddel in WORD om naar literatuur te verwijzen. Handig en iedere lezer begrijpt meteen wat u bedoelt, want in ieder medisch tijdschrift doen ze het ook zo. Gebruik geen andere methodes; zet dus geen sterretjes, letters of cijfers tussen haakjes; dat geeft alleen maar verwarring. Nummer de verwijzingen in de volgorde waarin ze in de tekst voorkomen.

Naar medische literatuur verwijst u als volgt:

1. Naam auteurs – als het er veel zijn kun je alleen de eerste of de eerste twee noemen, gevolgd door “e.a.”. Eerst de achternaam van de auteur (s), dan de initialen zonder puntjes er tussen
2. Titel publicatie – *in cursieve letters*
3. Naam tijdschrift of boek. De naam van tijdschriften kunt u afkorten
TBV – tijdschrift voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde
NTVG - Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

Andere afkortingen vindt u in de *List of journals indexed in Index Medicus*. Zie hiervoor www.nlm.nih.gov.

Overigens vindt u ook in het bedoelde tijdschrift zelf altijd wel hoe de titel afgekort moet worden.

Als u naar een boek verwijst, vermeld dan niet alleen de naam van het boek, maar ook de plaats waar het boek is verschenen, de uitgever en het jaartal van uitgifte.

4. Jaartal en paginanummer

Dus naar tijdschrift verwijst u als volgt: zie². En naar een boek: zie³.

En hoe verwijst u naar juridische literatuur?

Dat is minder geformaliseerd dan de wijze waarop je naar medische literatuur verwijst. Gebruikelijk is:

1. naam juridische instantie, waarbij er enkele vaste afkortingen zijn:
 - a. CRvB = Centrale Raad van Beroep
 - b. Rb = rechtbank, altijd gevolgd door de plaatsnaam, dus Rb 's Hertogenbosch
 - c. HR = Hoge Raad
2. jaartal en datum
3. indien relevant, dan functie specificeren, zoals Vz (voorzitter)
4. zo nodig verwijzing naar boek of tijdschrift⁴ als je de jurisprudentie daar hebt gevonden
5. indien je de jurisprudentie op www.rechtspraak.nl hebt gevonden, dan LJN-nummer vermelden (zie⁵)

¹ Zo werkt WORD 2002, de versie die op UWV-computers is geïnstalleerd. Andere WORD-versies of andere tekstverwerkingsprogramma's kunnen net iets anders werken, maar dat wijst zich meestal vanzelf. Raadpleeg hiervoor de handleiding van je tekstverwerkingsprogramma.

² Kuijer PM, Frings – Dresen HW: *FCE en werkgeschiktheid: is de meetkwaliteit voldoende voor gebruik in de praktijk?* TBV 2011; pag. 168 – 171.

³ Ruedi TP, Buckley RE e.a.: *AO Principles of Fracture Management*, 2e expanded edition, New York; Thieme; 2007; pag. 43-50

⁴ Op dezelfde wijze als je naar medische boeken of tijdschriften verwijst

⁵ CRVB, 4/2/11. LJN: BP3493, 09/4159 WIA. (Voor geïnteresseerden: een uitspraak over de duurzaamheid van de arbeidsbeperkingen, ofwel het verschil tussen WGA en IVA)

Bijlage 3

Hoe anonimiseren?

Waarom anonimiseren?

Het ter beschikking stellen van Mediprudentie op intranet of internet kan worden aangemerkt als een uitwerking van het in de grondwet verankerde beginsel van openbaarheid van procesvoering. Het feit dat casus op dit moment op een website worden (Sharepoint) bewaard en tezamen kunnen worden geraadpleegd, heeft tot gevolg dat een 'gestructureerd geheel van persoonsgegevens dat betrekking heeft op verschillende personen' zoals gedefinieerd in artikel 1 van de Wet bescherming persoonsgegevens kan ontstaan. Dat brengt de noodzaak tot het nemen van maatregelen ter bescherming van het recht op privacy met zich mee, samengevat als: anonimiseren.

Wat is anonimiseren?

Anonimiseren is het veranderen van persoonsgegevens zodat een casus niet meer op een cliënt kan worden herleid. Idealiter zou cliënt zichzelf niet meer in het verhaal moeten kunnen herkennen. Dat zou echter betekenen dat ook zaken als ziektegeschiedenis en diagnose veranderd moeten worden, hetgeen niet zinvol is. Anonimiseren betekent dus ook dat over gegevens die reden- of richtinggevend zijn voor het oordeel of het dilemma in de casus, steeds een zorgvuldige afweging gemaakt moet worden tussen het belang van een goed begrip van dat oordeel of dilemma en het risico op schenden van privacy. Als dat risico te groot is, komt de casus niet voor publicatie in aanmerking.

Welke gegevens moeten worden geanonimiseerd?

Uitgangspunt is *maximale* anonimisering. Dit betekent dat zowel de gegevens van natuurlijke personen als van rechtspersonen zullen worden geanonimiseerd indien en voor zover zij de belanghebbende direct kunnen identificeren. Dat geldt tevens gegevens van personen in dienst van een (rechts)persoon, van familieleden, van zaakwaarnemers etc. Concreet betekent dit het volgende:

- naam, adres en woon-, vestigings-, en geboorteplaats worden vervangen door omschrijvingen zoals [cliënt A] of [woonplaats]
- kantoor en naam van de verzekeringsarts wordt verwijderd
- van de 1^e ziektegedag worden alleen maand/jaar vermeld
- gezinssituatie: wordt globaal beschreven, bij voorkeur geen aantal/ leeftijd kinderen vermelden, wel dient rekening gehouden te worden met de relevantie van deze informatie voor het beantwoorden van de vraagstelling ihkv mediprudentie
- geboortedata worden vervangen door een geboortjaar, bijvoorbeeld [1975] of leeftijd aanpassen, bijv + of – 5 jaar
- sofinummers, paspoortnummers, registratienummers en nummers van identiteitskaarten worden verwijderd
- gegevens van derden zoals behandelaars, ziekenhuizen, instituten worden zodanig aangepast dat hun rol en aandeel in de oordeelsvorming zichtbaar blijft
- overige namen van natuurlijke personen die in een casus voorkomen zullen zoveel mogelijk worden vervangen door woorden die hun hoedanigheid weergeven: [boekhouder van cliënt], [moeder van belanghebbende], etc.

Bronnen

www.rechtspraak.nl/Uitspraken/Anonimiseringsrichtlijnen/

www.bezwaarschriftenocw.nl/Images/Anonimiseringsrichtlijn%20012008_tcm300-72981.pdf