12. Young DH and Moise P. The Radial Tunnel Syndrome. Int Orthop. 1994;18:268-70.
13. Lawrence T et al. Radial Tunnel Syndrome: A retrospective review of 30 decompressions of the radial nerve. J Hand Surg [Br]. 1995;20B:454-59.
14. Atroshi I, Johnsson R, Ornstein E. Radial Tunnel release. Unpredictable outcome in 37 consecutive cases with 1-5 year follow-up. Acta Orthop Scan. 1995;66:255-57.
15. Jebson PL and Engber WD. Radial Tunnel Syndrome: long-term results of surgical decompression. J. Hand Surg [Am]. 1997;22A:889-96.
16. Smet De L, Raebroekx van T, Ransbeeck van H. Radial Tunnel release and Tennis elbow: disappointing results? Acta Orthop Belg. 1999;65:510-13.
17. Sotereanos DG et al. Results of surgical treatment for Radial Tunnel Syndrome. J Hand Surg. 1999;24A:566-70.
18. Plate AM and Green SM. Compressive Radial Neuropathies. AAOS Instructional Course Lectures. 2000;49:295-304.
19. Kaplan PE. Posterior Interosseous Neuropathies: natural history. Archiv. Phys. Med. Rehabil. 1984;65:399-400.
20. Rossum van et al. Tennis elbow- a Radial Tunnel Syndrome? J Bone Joint Surg. 1978;60B:197-98.
21. Heyse-More GH. Resistant Tennis elbow. J Hand Surg 1984;9B:64-66.
22. Jalovaara P and Lindholm RV. Decompression of the posterior interosseous nerve for Tennis elbow. Arch Orthop Trauma Surg. 1989;108:243-45.
23. Verhaar J and Spaans F. Radial Tunnel Syndrome: An investigation of compression neuropathy as a possible cause. J Bone Joint Surg. 1991;73A:539-43.
24. Rosenbaum R. Disputed Radial Tunnel Syndrome. Muscle & Nerve. 1999;22:960-67.
25. Henry M and Stutz Ch. A unified approach to Radial Tunnel Syndrome and Lateral Tendinosis. Techniques in Hand and Upper Extremity Surgery. 2006;10(4):200-205.
26. Higgs PhE, Mackinnon SE. Repetitive Motion Injuries. Annu Rev Med. 1995;46:1-16.

Onderstaand artikel bestaat gedeeltelijk uit een samenvatting van het oorspronkelijke rapport, aangepast en aangevuld voor toepassing binnen de particuliere verzekeringsgeneeskunde. Het oorspronkelijke rapport kan gedownload worden op http://www.nvvg.nl/download/content/medipriudentie_in_de_startblokken-rapport_PDF.pdf Red.

Mediprudentie in de GAV

Adviesrapport naar aanleiding van het rapport "Mediprudentie in de startblokken"

Bewerking Astrid Blaauw-Hoeksma

1 Inleiding

De Voorbereidingscommissie Mediprudentie van de NVVG heeft een rapport uitgebracht op verzoek van de NVVG over hoe het advies 'Mediprudentie' van de Gezondheidsraad (Gr) in de praktijk kan worden uitgevoerd. De Gezondheidsraad concludeerde in zijn rapport *'Beoordelen, behandelen, begeleiden. Medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid'* dat het medisch handelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid verbetering behoefde onder andere door de verzekeringsgeneeskundige oordeelsvorming te ondersteunen met verzekeringsgeneeskundige protocollen en de opbouw van verzekeringsgeneeskundige mediprudentie. Dat laatste betreft het opstellen van casusbeschrijvingen waarin de argumentatie expliciet is uitgewerkt en van gezaghebbend commentaar is voorzien. De Gezondheidsraad adviseerde om de ontwikkeling van mediprudentie te laten trekken door een commissie mediprudentie vanuit de beroepsverenigingen van verzekeringsartsen.

De commissie is voor haar werk uitgegaan van de definitie van verzekeringsgeneeskundige mediprudentie (kortweg: mediprudentie), zoals opgesteld door de Gezondheidsraad:
'een algemeen toegankelijke, dynamische verzameling van geanonimiseerde en deskundig becommentarieerde verzekeringsgeneeskundige rapportages'.

2 Mediprudentie bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid

Mediprudentie maakt zichtbaar wat de professionele standaard is bij de beoordeling van individuele

gevallen. De professionele standaard heeft betrekking op argumentatie, kennis, het toepassen van richtlijnen in de praktijk en de informatieverzameling. Mediprudentie kan de toepassing laten zien van wetenschappelijke kennis, normen en protocollen in de praktijk. Met mediprudentie hoeft de beoordeling niet langer te steunen op individuele inzichten, maar kan zij worden gebaseerd op breder binnen de beroepsgroep levende opvattingen. Dit alles geeft de verzekeringsarts houvast en ideeën voor zijn werk, en reduceert tevens de interdoktervariatie.

Een equivalent van mediprudentie bij arbeidsongeschiktheid kan worden getrokken naar beoordelingen in de letselschade en andere terreinen in de particuliere verzekeringsgeneeskunde.

3 De vorm en presentatie van mediprudentie

De functie van mediprudentie wordt gerealiseerd bij een grote verzameling gemakkelijk toegankelijke en herkenbare voorbeelden van casuïstiek uit de praktijk. Mediprudentie laat in een individuele casus zien hoe het op een goede manier kan en schrijft niet voor hoe het in het algemeen moet. Voor ieder relevant aspect van de uitvoering moeten er daarom meerdere voorbeelden zijn. De casuïstiek moet herkenbaar zijn voor de doelgroep. Wel moet de casus afdoende zijn geanonimiseerd.

De commissie adviseert dat een van alle betrokken partijen onafhankelijke commissie mediprudentie de redactiecommissie vormt. Zij moet er zorg voor dragen dat er deskundig en leerzaam commentaar aan de casus wordt toegevoegd. Uitgangspunt voor het mediprudentiecommentaar bij UWV is het toetsingskader van de Gezondheidsraad en de daarin benoemde vier taken van de verzekeringsarts. Binnen de GAV zal moeten worden nagedacht over het toetsingskader dat van toepassing dient te worden geacht voor de beoordeling van casuïstiek in de particuliere verzekeringszaken. De recent verschenen richtlijn advisering claim AOV kan hierbij een goede leidraad zijn.
Uitgangspunt bij het commentaar is dat het wordt gefocust op leerpunten, kritisch opbouwend is en met concrete handreikingen. Het commentaar is nadrukkelijk open voor nadere inzichten, en *niet* (primair) gericht op de vraag of de conclusie al dan niet juist is.
Het commentaar is nadrukkelijk zonder oordeel over wat niet wordt besproken. Het is niet de bedoeling dat mediprudentie op alle denkbare slakken zout legt. Duidelijk moet dan ook zijn dat “geen commentaar” niet betekent “boven kritiek verheven”.

Het commentaar in mediprudentie geeft aan waarom en hoe een bepaalde argumentatie of aanpak wenselijk of te verbeteren is. Bestaande richtlijnen, maar ook regels, jurisprudentie, wetenschappelijke publicaties, ethische principes en opvattingen van externe deskundigen kunnen daarin worden opgevoerd. Uit elke casus zouden één of hooguit enkele leerpunten moeten worden gelicht en van commentaar worden voorzien. De rest van de casus wordt dan als gegeven beschouwd.

Het commentaar dient bij voorkeur gericht te zijn op de argumentatie. Daarin komt het geheel van de beoordeling tot uiting en dat biedt aanknopingspunten naar zowel de informatieverzameling als de evidence, de normen en de conclusie. Commentaar op de argumentatie biedt ook de mogelijkheid om alternatieven aan te bieden die de casus als geheel leerzaam maken.De toon van het commentaar moet niet belerend zijn, maar constructief en zakelijk worden gehouden.

Mediprudentie wordt digitaal, via internet, aangeboden. Het zou in eerste instantie op het besloten deel van de website kunnen worden geplaatst, maar doel is uiteindelijk een algemeen toegankelijke database van becommentarieerde casuïstiek.

De werkwijze in de beginfase, zoals ook door de commissie in haar rapport geformuleerd, is als volgt:
1. In een casusgroep ontstaat een casus waarvan de groepsleden van mening zijn dat deze interessant is om aan de beroepsgroep bekend te maken. Zij maken de casus compleet en voorzien hem desgewenst van (een begin van) commentaar, leerpunten of vragen.
2. De casus wordt aangeboden aan een redactiecommissie voor opname in de mediprudentie. Deze commissie beziet of de casus interessant genoeg is en duidt zonodig interessante (aanvullende) leerpunten aan.
3. De redactiecommissie zoekt een commentator aan die, eventueel op suggestie van de commissie, op de casus ingaat en deze van (verder) commentaar voorziet. De commentator kan worden ondersteund door vakspecialisten, wetenschappers etc, al naar gelang wat gewenst is voor het commentaar. Ook worden trefwoorden vastgesteld. Voor zover nog nodig wordt de casus hier ook van de juiste opmaak voorzien. De commentator biedt de casus aan aan de redactiecommissie.
4. De redactiecommissie beoordeelt de casus met commentaar in het licht van de bestaande casuïstiek en de uitgangspunten van mediprudentie. De redactiecommissie plaatst zo nodig nog kanttekeningen die de commentator naar beste inzicht en vermogen verwerkt. Bij akkoord wordt de casus met commentaar opgenomen in het bestand.
5. Eenmaal opgenomen in het bestand kan de casus met commentaar aanleiding geven tot verdere discussie op een forum. Als die discussie leidt tot nieuwe inzichten, dan worden deze opgenomen in het commentaar.

Voordeel van deze werkwijze is dat er flexibel capaciteit kan worden ingezet om de commentaren op te stellen. Risico daarvan is dat mogelijk 'hobbyisme' van commentatoren kan ontstaan. Dat risico wordt verminderd door het hanteren van de uitgangspunten zoals in dit advies vastgesteld en door de redactiecommissie de vaste redactie te laten voeren.

Deze aanpak vooronderstelt een aantal zaken:
1. Vanuit de beroepsgroep (GAV) moeten voldoende rapportages worden voorgesteld die ook voldoende compleet en gedetailleerd zijn om als basis te dienen voor mediprudentie.
2. Er moeten voldoende professioneel gekwalificeerde commentatoren zijn die ook de tijd kunnen nemen voor het opstellen van de commentaren. Bij voorkeur zijn zij verzekeringsarts en/of RGA, met ruime praktische ervaring en liefst wetenschappelijk onderlegd. Ook moeten commentatoren de nodige wetenschappelijke ondersteuning kunnen krijgen en de ruimte hebben om vakspecialisten in te schakelen. Het is denkbaar dat hiervoor een passende honorering noodzakelijk is.
3. Het mediprudentiecommentaar en de forumdiscussie zijn niet anoniem. Inbrengers van commentaar en reacties daarop moeten binnen het forum naar persoon herkenbaar zijn.
4. De redactiecommissie moet voldoende onafhankelijk en deskundig zijn om het stempel mediprudentie van waarde te laten zijn. Binnen de GAV zal dit nader moeten worden uitgewerkt. De redactiecommissie kan een statuut opstellen om de onafhankelijkheid te waarborgen.
5. Er moet een moderator zijn die discussies volgt en bewaakt, beoordeelt wanneer commentaar moet worden bijgesteld en discussies kan sluiten. De redactiecommissie kan bijvoorbeeld aan de commentatoren vragen dit op zich te nemen. Alternatief is dat de discussie via de moderator wordt gevoerd, bijvoorbeeld door het plaatsen van vragen bij het commentaar. Daardoor wordt de discussie overzichtelijker maar wel minder levendig.

4 Advies opzet mediprudentie in de particuliere verzekeringen

1. Het verdient aanbeveling een coördinator van het project mediprudentie binnen de GAV aan te stellen die o.a. zorg draagt voor:
   - het beantwoorden van vragen van leden over mediprudentie, of zo mogelijk doorverwijst
   - het initiëren van casuïstiekverzameling met bijbehorend commentaar (vanuit ict-groepen?)
   - een advies m.b.t. de samenstelling van een redactiecommissie
   - een advies m.b.t. de realisatie van de plaatsing van mediprudentie op de GAV-website
   - het opstellen van een lijst van commentatoren/ deskundigen
   - het onderhouden van contact met de NVVG c.q. de (nog op te richten) CMN (redactiecommissie m.b.t. mediprudentie UWV)

Gezien het traject mediprudentie tot nu toe en de raakvlakken met de sociale verzekeringen, verdient het de voorkeur in dit stadium deze taak aan een medisch adviseur aov toe te bedelen. Registratie als verzekeringsarts, bekendheid (en contacten) met de sociale verzekeringen en NVVG zijn hierbij een pre.

2. In de CMN (redactiecommissie mediprudentie NVVG) zijn zetels te verdelen onder verzekeringsartsen die niet werkzaam zijn bij UWV. Het is van belang ernaar te streven ten minste een zetel door een GAV lid te laten bezetten om de aansluiting te behouden. Op termijn is het streven om samenvoeging van de redactiecommissies te realiseren.

Ingezonden

N.a.v. verzekeringsgeneeskundig protocol CVS GAVscoop 2009 dec; 3: 75-79

Repliek: chronisch vermoeidheidssyndroom

Een juridisch of een breder vakinhoudelijk probleem?

Aanleiding

Collega Elemans vergelijkt in zijn artikel 'Verzekeringsgeneeskundig protocol CVS in strijd met vaste rechtspraak CRvB en het schattingsbesluit Arbeidsongeschiktheidswetten'[1] in GAVscoop 2009/3, het verzekeringsgeneeskundig protocol *'Chronische-vermoeidheidssyndroom'* van de Gezondheidsraad (2) met de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep (CRvB). Hij komt tot de conclusie dat het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS) niet als een stoornis opgevat mag worden. Verder dat het protocol er – gezien de jurisprudentie – ten onrechte van uitgaat dat op medische gronden naar objectieve maatstaven gemeten beperkingen vastgesteld kunnen worden. Ik plaats enige kanttekeningen. De discussie over het chronisch vermoeidheidssyndroom raakt aan het