



Evaluatieverslag

Mediprudentie uit de startblokken

NVVG-UWV

2010-2012

september 2012

Inhoudsopgave

1. Voorwoord	3
2. Samenvatting.....	4
3. Achtergrond en opzet Mediprudentieproject	5
3.1. Advies Gezondheidsraad.....	5
3.2. UWV: De eerste stappen in de Mediprudentie en de pre-MENU.....	5
3.3. NVVG: “Mediprudentie in de startblokken”	6
3.4. “Mediprudentie uit de startblokken”	6
3.5. Uitgangspunten	7
3.6. De praktische uitvoering van “Mediprudentie uit de startblokken”	7
3.7. Voorgestelde werkwijze.....	7
3.8. Samenstelling MENU gedurende dit project	8
3.9. Aanpassingen aan de werkwijze gedurende dit project.....	8
3.10. Ondersteunende activiteiten aan Mediprudentieproces	9
4. Inleiding	10
5. Opzet en methode.....	11
6. Resultaten	12
6.1. Respons	12
6.2. De opbrengst.....	12
6.3. Het Mediprudentieproces	14
6.3.1. Handreiking.....	14
6.3.2. Ervaringen.....	15
6.3.3. Knelpunten en randvoorwaarden	16
6.3.4. Werkwijze MENU.....	16
6.3.5. Tijdsinvestering	17
6.4. Gebruik en doel van Mediprudentie	17
6.4.1. Ervaren meerwaarde Mediprudentie	17
6.4.2. Stelling over de waarde van Mediprudentie	18
6.5. De toekomst.....	18
6.5.1. Aanpakken knelpunten	18
6.5.2. MENU over de MENU straks.....	19
6.5.3. Toegang Mediprudentie voor derden in de toekomst?	19
6.5.4. EBM	20
7. Beschouwing en conclusie	21
7.1. Doel bereikt.....	21
7.2. Respons	21
7.3. Opbrengst	22
7.4. Proces.....	22
7.5. Handreiking.....	22
7.6. Toegang database	23
8. Aanbevelingen	24
8.1. Tot slot	25
9. Bijlagen	26
9.1. Mediprudentie Format	26
9.2. Format proces Mediprudentie	26
9.3. Format beoordeling door MENU	27
9.4. Format terugkoppeling door MENU.....	28
9.5. Vragenlijst Groepsbegeleiders	28
9.6. Vragenlijst MENU-leden.....	34

De handreiking Mediprudentie is te verkrijgen via het secretariaat NVVG.

1. Voorwoord

In de afronding van het project “Mediprudentie uit de startblokken” kan een evaluatie niet ontbreken. Niet alleen vanuit het oogpunt van verantwoording en explicitering van de bereikte doelen maar vooral ook om lessen te leren voor de toekomst. Hoe kan Mediprudentie in de toekomst vorm krijgen zodat wordt bijgedragen aan de kwaliteit van de verzekeringsgeneeskundige oordelen en adviezen?

In dit evaluatierapport wordt ter oriëntatie op het onderwerp eerst de achtergrond en opzet “Mediprudentie uit de startblokken” geschetst.

Daarna wordt in verkennende en kleinschalige evaluatie teruggekeken op het verloop van dit project, waarvoor NVVG en UWV zich hebben ingezet en de gestelde doelen.

Tot slot worden aanbevelingen gedaan voor de continuïteit van de Mediprudentie.

Deze evaluatie vond plaats in opdracht van de NVVG, als verantwoordelijke voor dit project. De evaluatie lag in handen van een evaluatiecommissie die was benoemd door de stuurgroep van dit project.

Dr. J. Buitenhuis, verzekeringsarts RGA (GAV)

Prof. dr. H. Wind, verzekeringsarts, voorzitter (KCVG)

Drs. H. de Wolff, verzekeringsarts (UWV)

Drs. C. Woldberg, verzekeringsarts, secretaris Mediprudentieproject

2. Samenvatting

Het project “Mediprudentie in startblokken” had tot doel de mediprudentievorming op gang te brengen en een database aan te leggen met te raadplegen casuïstiek. Met 105 becommentarieerde casus, een handreiking voor de mediprudentievorming en een drietal congressen is dit doel met succes bereikt. Gelet op deze doelstelling is het nog te vroeg om het gebruik van de mediprudentie te evalueren.

Het is wenselijk deze ontwikkeling en dit succes vast te houden en verder uit te bouwen. Daarbij worden op grond van de evaluatie op de volgende aspecten een aantal suggesties gedaan:

- Zorg dat de database interessant is en blijft. Stimuleer de inbreng nieuwe casuïstiek, discussie en relatie met evidence.
- Zorg voor blijvende kwaliteitsverbetering. Dit heeft de volgende aspecten:
 - Versterk gebruik en inzet van EBM.
 - Versterk de functie van de MENU en breng deze op een hoger plan.
 - Deze versterking van de MENU functie vraagt om continuïteit en een structurele bezetting.
 - Bekrachtig effectieve werkwijzen.
 - Zorg dat de randvoorwaarden aanwezig zijn om het gebruik van de database in de toekomst te bevorderen.
- Beperk de toegang tot de database/Kennisbank voorlopig tot geregistreerde verzekeringsartsen en Aios ingeschreven in het opleidingsregister en benut TBV voor gerichte informatie over Mediprudentie.

3. Achtergrond en opzet Mediprudentieproject

3.1. Advies Gezondheidsraad

De Gezondheidsraad adviseerde op 4 juni 2007 een systeem van Mediprudentie te bouwen dat bijdraagt aan de professionele kwaliteit van de claimbeoordeling arbeidsongeschiktheidsverzekeringen. Hierbij werd het accent op de uitvoering van de Sociale Verzekering gelegd. De Gezondheidsraad omschreef Mediprudentie als een *“algemeen toegankelijke, dynamische verzameling van geanonimiseerde en deskundig becommentarieerde verzekeringsgeneeskundige rapportages”*¹ en veronderstelde dat Mediprudentie onderdeel kon vormen van een professioneel kwaliteitssysteem. Dit zou positief bijdragen aan de rechtsgelijkheid en rechtszekerheid van de cliënten en de transparantie van het verzekeringsgeneeskundig handelen.

De Gezondheidsraad ontwikkelde een toetsingskader voor het maken van de Mediprudentie met vier casus als eerste verkenning. Een ontwikkelperiode van drie tot vijf jaar werd voorzien om de Mediprudentie in de praktijk te laten wortelen en effecten te evalueren. De trekkersfunctie was toebedeeld aan de beroepsvereniging. Een vakinhoudelijke commissie zou de regie in dit proces voeren en voor de praktische organisatie van de uitvoering zorg dragen, zoals bijvoorbeeld voor het selectie proces, het anonimiseren van geschikte casuïstiek en het kiezen van commentatoren en bevorderen van de kwaliteit van de commentaren en zorgen voor opname in de database. De Minister van SZW nam dit advies over en stimuleerde UWV en NVVG om hiermee aan de slag te gaan en dat is door beiden ook aangepakt.

3.2. UWV: De eerste stappen in de Mediprudentie en de pre-MENU

Het UWV zag Mediprudentie als een potentieel belangrijk instrument voor de professionele kwaliteit. Daardoor werden in dezelfde periode als het project NVVG *“Mediprudentie in de startblokken”*² bij UWV 85 casuïstiekgroepen geformeerd die voor elkaar als spiegelgroepen moesten functioneren en waarvan een belangrijke input werd verwacht. Het ging in deze fase dus vooral om de *vorming* van Mediprudentie. Binnen het UWV fungeerde een commissie als redactie en als aanjager, de pre-MENU. Deze verzamelde de input van de casuïstiekgroepen, vulde de commentaren zo nodig aan en koppelde terug naar de groepen. De pre-MENU ontwikkelde ook de eerste formats. Daarnaast heeft het UWV de ontwikkeling verder willen faciliteren door deelname aan een cursus EBM te bevorderen.

In 2009 werden de eerste ervaringen geëvalueerd met een vragenlijst die was uitgezet bij de groepsbegeleiders van de casuïstiekgroepen.³ De respons bedroeg 83%. Van de geënquêteerde groepsbegeleiders zei 80% ervaring op te hebben gedaan met het maken van Mediprudentie. Men gebruikte daarbij over het algemeen het format van de Gezondheidsraad. Meer dan de helft van het aantal respondenten vond de vorming van Mediprudentie zinvol omdat in de discussies dieper werd ingegaan op de casus en de onderbouwing voor de beoordeling. Dit proces bleek wel een grote tijdsinvestering te vragen met name in de verslaglegging. Een kwart van de respondenten vond het nut onduidelijk of discutabel. De discussie over de werkdruk en de kwaliteit-kwantiteit verhouding kwam daarbij naar voren. Ook wilde men meer concretere handvatten voor de werkwijze aangereikt krijgen. Op basis van deze ervaringen werden een aantal aanpassingen in de

¹ Verzekeringsgeneeskundige Mediprudentie, juli 2007, Gezondheidsraad Den Haag.

² Rapport Voorbereidingscommissie *“Mediprudentie in de startblokken”*, VGI, juli 2009.

³ Evaluatie UWV 2009.

werkwijze doorgevoerd. Het toetsingskader van de Gezondheidsraad werd losgelaten en vervangen door een ander format dat meer focust op één vraag of één dilemma. De constructie met de spiegelgroepen werd losgelaten.

3.3. NVVG: “Mediprudentie in de startblokken”

De NVVG stelde een voorbereidingscommissie in onder voorzitterschap Prof. Dr. J.C.J. Dute. Ook het UWV was daarin vertegenwoordigd. Deze commissie kwam in 2008-2009 vijf maal bijeen. En kwam met aanbevelingen over de werkwijze om tot Mediprudentie te komen en over de inrichting van de redactiecommissie.

Ook adviseerde de commissie om uit te gaan van een periode waarin Mediprudentie zich zou uit ontwikkelen. In deze periode zou Mediprudentie niet openbaar toegankelijk moeten zijn. Deze aanbevelingen waren mede gebaseerd op eigen veldonderzoek (webenquôte en telefonisch semigestructureerd interview en de hierboven genoemde evaluatie bij UWV)⁴.

De commissie meende dat Mediprudentie, geworteld in de beoordelingspraktijk, kon uitgroeien tot een methodiek die professionele ijkpunten oplevert voor de beoordelingen van de arbeidsgeschiktheid.

Hierbij werden van belang geacht: argumentatie, de toepassing richtlijnen en protocollen in de praktijk en informatieverzameling. Een onafhankelijke, multidisciplinaire redactiecommissie (MENU) leek een voorwaarde om dit proces goed te laten lopen.

3.4. “Mediprudentie uit de startblokken”

Op basis van de voorgaande rapporten en adviezen hebben NVVG en UWV hun gedeelde verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van beoordeling genomen. Daarom zijn zij gezamenlijk opgetrokken toen het project “Mediprudentie uit de startblokken” in juli 2012 door een subsidie van het Ministerie van Sociale Zaken mogelijk werd gemaakt.

Dit project (met een looptijd van najaar 2010 tot juli 2012) beoogt tot een soepel lopende manier van Mediprudentievorming te komen, de werkwijze te beschrijven en daarmee een voorraad van 100 becommentarieerde casus aan te leggen die geraadpleegd kunnen worden. Hiermee wordt een methodiek toegevoegd aan het spectrum van methoden en technieken voor de professionele kwaliteit die beoogt bij te dragen aan de transparantie van het verzekeringsgeneeskundig handelen en ijkpunten wil opleveren voor een verbetering van de consensus in de beoordelingen.

Uit het projectplan blijkt dat aan het eind het volgende wordt opgeleverd:

- een verzameling van 100 voorbeeld cases Mediprudentie;
- een eindrapportage waarin opgenomen zijn:
 - een beschrijving van de uitvoering van het project;
 - een evaluatie van het proces, de resultaten en de kwaliteitseffecten van Mediprudentie;
 - voorstellen voor de vorming van Mediprudentie op langere termijn, inclusief organisatie, kosten en financiering.

⁴ Rapport Voorbereidingscommissie “Mediprudentie in de startblokken”, VGI juli 2009.

3.5. Uitgangspunten

Uitgangspunten in dit project waren:

- Mediprudentie wordt vooralsnog gevormd binnen de muren van het UWV.
- Casuïstiek(rapportages) en commentaren zijn gedurende dit project niet openbaar toegankelijk.
- Aansluiten op de, binnen UWV bestaande, verzekeringsgeneeskundige casuïstiekgroepen en hun resultaten en ervaringen.
- Een commissie Mediprudentie NVVG-UWV (verder: MENU) met 11 leden voert de regie over dit project.
- Een stuurgroep vanuit NVVG en UWV monitort en evalueert dit project. Op geleide hiervan kunnen tijdens dit project bijstellingen plaatsvinden.
- Dit project wordt afgesloten met een evaluatie die ook in de eindrapportage naar het Ministerie wordt meegenomen.

3.6. De praktische uitvoering van “Mediprudentie uit de startblokken”

Het project had een doorlooptijd van anderhalf jaar en ging uit van zo’n 18 vergaderingen met een caseload van 11 casus per vergadering. De cases zouden vooral WIA, WAJONG en andere UWV gerelateerde beoordelingstaken betreffen.

De MENU werd gevormd door UWV, die hiertoe vijf leden uit de “pre-MENU” inbracht en de NVVG, die secretaris en voorzitter aanzocht als ook deelnemers namens bedrijfsgeneeskunde en huisartsgeneeskunde, tezamen ook vijf. Daarmee bestond MENU uit 10 personen.

De eerste wijzigingen traden op bij de start van het project toen bleek dat de beoogde secretaris en initiatiefnemer van dit project naar het buitenland vertrok en één van de bedrijfsartsen ook moest afzeggen. Na overleg werd besloten het secretariaat, gelet op de belasting van de taak, te delen en twee secretarissen aan te stellen, waardoor het aantal MENU-leden op 11 uitkwam. De bedrijfsarts werd vervangen door een verzekeringsgeneeskundige/RGA met achtergrond zowel bij UWV als in de particuliere verzekering. Inbreng vanuit de bedrijfsgeneeskunde was vanuit twee personen gegarandeerd.

Daarnaast werd een stuurgroep ingericht bestaande uit de projectleider Mediprudentie: R. Mentink, de voorzitter MENU: A. Sterk en secretarissen MENU: J. Faas en C. Woldberg en 5 UWV leden: H. Kroneman, R. Broeders, W. Otto, J. Harmsen en G. van Ekeren.

3.7. Voorgestelde werkwijze

In het projectplan werd de werkwijze als volgt beschreven:

1. De door UWV gefaciliteerde casuïstiekgroepen leveren geanonimiseerde casuïstiek en vraagstellingen aan. Daarnaast ook een weergave van de bespreking en reflectie daarop. Het format dat eerder bij UWV werd ontwikkeld, wordt hiervoor gebruikt.
2. Dit wordt voorgedragen aan de MENU, die als redactiecommissie fungeert.
3. De MENU zoekt, tenzij de aangeleverde reflectie als volledig wordt gezien, een commentator aan die, eventueel op suggestie van de MENU, op de casus ingaat en de reflectie professioneel en wetenschappelijk onderbouwt. De commentator geeft geen kwalificatie van de casus zelf. Zo nodig kan de commentator bijgestaan worden door een vakspecialist of wetenschappers. Dit kan ook door de MENU worden voorgesteld. De commentator biedt de aldus verder onderbouwde casus weer aan de MENU aan.

4. De MENU beoordeelt de casus met commentaar in het licht van de bestaande casuïstiek en de uitgangspunten van Mediprudentie.
5. De MENU plaatst zo nodig nog kanttekeningen die de commentator naar beste inzicht en vermogen verwerkt. Bij akkoord wordt de casus met commentaar opgenomen in de database.
6. Eenmaal opgenomen in de database kan de casuïstiek geraadpleegd worden door verzekeringsartsen en aanleiding geven tot verdere discussie op een forum. Als die discussie leidt tot nieuwe inzichten, dan worden deze opgenomen in het commentaar.
7. De MENU adviseert op welke manier inbreng vanuit de cliënten en/of patiëntenverenigingen zinvol kan plaatsvinden.

3.8. Samenstelling MENU gedurende dit project

Namens UWV: Corina van Asselt, Cecile Coumans. Gert van Ekeren, Ton Gerdes, Luuk van Looy - allen verzekeringsarts.

Namens de NVVG: Nettie Blankenstein, huisarts, secretaris: Jim Faas, jurist/verzekeringsarts, voorzitter: Arthur Sterk, verzekeringsarts, Guusje de Vries, verzekeringsarts-RGA, André Weel, bedrijfsarts, secretaris: Tineke Woldberg, verzekeringsarts.

3.9. Aanpassingen aan de werkwijze gedurende dit project

Al snel na de start van de MENU werden aanpassingen voorgesteld op de werkwijze die in het projectplan was voorgesteld. De MENU wilde hiermee aansluiten op de bestaande en bekende routing bij de groepen in het land. Daarnaast stelden de pre-MENU leden voor om eerst terugkoppeling te geven aan de groep die de casus inbracht, met zo nodig het verzoek het eigen commentaar te verbeteren. Pas dan zou eventueel een commentator aangezocht worden. Het idee was de groepen hierdoor meer te betrekken bij het Mediprudentieproces. Dit leek nodig om diverse redenen. Aanvankelijk lag het namelijk voor de hand om Mediprudentie binnen het UWV te koppelen aan de casuïstiekgroepen. Het zou immers goede input kunnen opleveren. Toch bleek na verloop van tijd dat deze werkwijze lang niet altijd aansloot bij de behoefte van de groepen of de individuele leden. Daarnaast bleek onbekendheid van het project, onduidelijkheid over de methode en over de openbaarheid van de te vormen database, de implementatie te belemmeren.

De MENU stemde met deze werkwijze in omdat zij de groepen actief en positief in dit project wilde betrekken. Voor de routing van de Mediprudentie betekende dit praktisch dat de groep casuïstiek met commentaar aanleverde bij de contactpersoon van het CEC-UWV. Die verzorgde de anonimisering en zo nodig de selectie van de casuïstiek. De contactpersoon onderhield ook het contact met de groepsbegeleiders en zorgde voor de plaatsing van casuïstiek op het UWV sharepoint. Dit is een eenvoudige kennisbank die binnen de UWV al eerder ingericht was zodat verzekeringsartsen, die bij UWV werkten mediprudentiecasijs konden raadplegen.

Aan de groepen die casuïstiek inbrachten, werd uitleg gegeven hoe de terugkoppeling vanuit de MENU plaats zou vinden. Daarbij is uitgegaan van de werkwijze van een tijdschriftredactie. De MENU werkte aan de hand van een format (zie format in bijlage).

De reactie van de MENU op de ingebrachte stukken vond schriftelijk plaats (zie format in bijlage) en werd via de contactpersoon van het CEC-UWV aan groepen verzonden. De mogelijkheid werd geboden om met de secretaris MENU telefonisch contact op te nemen voor een nadere toelichting. Hier is nauwelijks gebruik van gemaakt.

Toen na een half jaar bleek dat deze werkwijze het proces erg verlengde en bovendien het tempo daarmee te laag lag om de beoogde 100 casus te halen, is in overleg met MENU en stuurgroep

besloten de werkwijze te verbreden. Groepen werden uitgenodigd om ook op andere manieren aan de slag te gaan (voorleggen vraagstelling ter accordering of vraagstelling direct aan MENU ter verdere behandeling voorleggen).

Deze manieren werden dan ook beschreven in de handreiking, die in mei 2011 uitkwam. Tevens werd dit toegelicht en besproken op het centrale congres Mediprudentie dd. 17 mei 2011, dat door UWV voor een derde maal voor groepsbegeleiders werd georganiseerd. Ook de Nieuwsbrief vermeldde deze verruiming.

De MENU was inmiddels tot de conclusie gekomen dat op meerdere manieren goede input geleverd kon worden. Zou immers een probleembeschrijving of vraagstelling, op basis van een casus, ontvangen worden dan kon dit materiaal ook aanleiding vormen om eerder commentatoren of experts in te zetten en EBM-searches te laten doen. Het mes zou dan aan twee kanten snijden: groepen werden ontlast en de kwaliteit wellicht versterkt.

Daarnaast werden naast de casuïstiekgroepen ook andere bronnen aangeboord, die casuïstiek zouden kunnen leveren, namelijk Bezwaar & Beroep en de opleiding bij de NSPOH.

Overleg met het KCVG vond in het voorjaar 2011 en 2012 plaats en mogelijkheden tot searches werden verkend. Bij de aangeleverde casuïstiek werd geleidelijk aan duidelijk dat de groepen weinig vragen als zodanig uitwerkten, dat deze zich direct voor EBM-search leenden. Ook was niet altijd duidelijk waar in het Mediprudentie oordeel behoefte was aan extra informatie (evidence). Dit vergde een meer educatieve benadering van het uitwerken van een volledige casus als voorbeeld. Dit koste aanzienlijk meer tijd en was ook niet als zodanig in dit project begroot.

3.10. Ondersteunende activiteiten aan Mediprudentieproces

In dit traject werden de volgende ondersteunende activiteiten aangeboden:

Tijdens de pre-MENU in de periode 2007-2010:

- congresdagen voor voorzitters in 2009 en 2010;
- start werkwijzer en aanscherping daarvan;
- format voor de aanlevering van de Mediprudentie werd ontwikkeld en afgestemd met de voorzitters van de casuïstiekgroepen;
- regelmatig werd de stand van zaken werkzaamheden pre-MENU teruggekoppeld aan de voorzitters van de groepen door de contactpersoon CEC.

Tijdens de periode MENU najaar 2010-2012:

- vier Nieuwsbrieven, verspreiding via NVVG en UWV;
- congresdag in 2011 op 17 mei;
- uitgebreide handreiking, verspreiding via NVVG, UWV en de opleiding;
- waar nuttig en gevraagd, werd informatie gegeven door de MENU-leden binnen en buiten UWV;
- introductie van Mediprudentie binnen de vervolgopleiding;
- verschillende publicaties in TBV.

4. Inleiding

Het projectplan “Mediprudentie uit de startblokken” voorzag in een praktische, verkennende en kleinschalige evaluatie. Deze evaluatie vond plaats in opdracht van de NVVG, als verantwoordelijke voor dit project.

De evaluatie lag in handen van een evaluatiecommissie. Deze bestond uit prof. dr. H. Wind (KCVG), voorzitter, dr. J. Buitenhuis (GAV) en drs. H. de Wolff (UWV). Ondersteuning vond plaats door drs. C. Woldberg, secretaris MENU. De evaluatie vond plaats in de periode mei-juli 2012.

Het project “Mediprudentie uit de startblokken” had tot doel om, in de afgelopen twee jaar, een toegankelijke database (bij UWV ‘Kennisbank’ genoemd) te realiseren waarin 100 becommentarieerde casus te consulteren zouden zijn. Deze casus met commentaar kwamen tot stand via de methode van Mediprudentievorming op basis van praktijkcasus in de UWV context. Daarnaast had dit project tot doel de methode verder aan te scherpen en te beschrijven. Op termijn beoogt Mediprudentie (door de Mediprudentievorming *en* consultatie van de database) de kwaliteit van de beoordelingen te verbeteren omdat ijkpunten voor beoordelingen geboden worden en een bijdrage wordt geleverd aan de transparantie van het professionele handelen.

De focus van de evaluatie richt zich op de doelstellingen van de afgelopen projectperiode. Daarnaast worden aanbevelingen gedaan voor de toekomst van Mediprudentie.

Dit betekent dat deze evaluatie aandacht besteedt aan de volgende aspecten:

1. *De database*
Zijn er 100 becommentarieerde casus t.b.v. de database beschikbaar?
Wat kan van de inhoud van de casus en commentaren gezegd worden (relevantie, inhoud, kwaliteit, ontwikkeling)? Zijn deze casus te raadplegen en gebeurt dat ook door verzekeringsartsen?
2. *Het proces van Mediprudentie*
Is de werkwijze om tot Mediprudentie te komen op heldere wijze beschreven en bekend bij de gebruikers? Hoe verliep het proces van Mediprudentievorming gedurende dit project?
3. *Het gebruik van Mediprudentie*
Hoe gebruiken verzekeringsartsen de beschikbare Mediprudentie bij hun beoordeling c.q. advies? Levert Mediprudentie de veronderstelde ijkpunten op voor individuele beoordelingen?
4. *Aanbevelingen voor het vervolg*

5. Opzet en methode

In de periode april-juni 2012 werden vragenlijsten uitgezet bij de groepsbegeleiders van casuïstiekgroepen en bij de leden van de MENU.

Daarnaast werd er door de secretaris en de contactpersoon CEC-UWV een overzicht aangeleverd van feitelijke gegevens van dit project. Ook werd ter oriëntatie voor de evaluatiecommissie een beschrijving gemaakt van de projectachtergrond. Waar de commissie dat nodig vond, is mondeling toelichting gevraagd aan de secretarissen MENU.

Aanvankelijk was de gedachte nog een korte vragenlijst uit te zetten bij de verzekeringsartsen van UWV, waarbij het accent lag op het gebruik van Mediprudentie. Hiervan werd afgezien omdat de database nog maar kort gevuld is en er daarom te verwachten was dat vragen naar gebruik van deze Mediprudentie nog geen bruikbare informatie zou opleveren.

6. Resultaten

6.1. Respons

In totaal zijn 71 vragenlijsten uitgezet bij de, bij UWV bekende, casuïstiekgroepen en er werd twee maal gerappelleerd. De vragenlijsten werden aan de groepsbegeleiders gestuurd maar uit de beantwoording bleek dat deze niet altijd door henzelf waren ingevuld. Soms hebben zij een groepslid⁵ gevraagd dit te doen.

In totaal werden 30 reacties geretourneerd, waarvan in één geval een brief in plaats van een enquête. Uitgaand van de 71 uitgezette vragenlijsten, is dit is een respons van 40%. Dit percentage zou iets hoger kunnen liggen als men in ogenschouw neemt dat een enkele groep twee begeleiders had en dat ook vragenlijsten gestuurd zijn naar deelnemers die op eigen initiatief een casus hebben ingestuurd.

Alle MENU-leden ontvingen ook een vragenlijst welke allemaal werden ingevuld, een 100% respons. Zowel voor de groepsbegeleiders als voor de MENU-leden valt op dat niet alle vragen werden beantwoord, waardoor de respons per vraag kan variëren.

Daarnaast werd een overzicht van feiten door de secretaris MENU en de contactpersoon CEC-UWV ontvangen; waar de commissie dat nodig vond, is mondeling toelichting gevraagd.

6.2. De opbrengst

Een eerste projectresultaat betreft het aantal casus in de database, de aard daarvan en de mogelijkheid om deze te raadplegen.

Op 7 juli 2012 waren 102 casus afgerond. Een drietal casus is twee keer uitgewerkt op verschillende manieren. Dit brengt het totaal op 105. Cas-codes en trefwoorden worden in het format door de inbrengers bij het commentaar aangeleverd. De MENU stelt vast. Ook heeft de MENU aan het eind van deze projectperiode de binnengekomen casus naar type vraagstelling ingedeeld (tabel 1). Tabel 2 toont wie door de MENU werden ingeschakeld. Tabel 3 laat de herkomst van de ingebrachte casuïstiek zien.

Tabel 1 Inhoud van de Mediprudentie casuïstiek

De verdeling naar soorten vragen (n=88)

In het project Mediprudentie uit de startblokken.	11 x	Gezondheidskundig algemeen
	57 x	Gezondheidskundig verzekeringsgeneeskunde
	3 x	Gezondheidskundig bedrijfsgeneeskunde
	37 x	Juridisch (wetstechnisch en administratief)
	10 x	Ethisch dilemma

De top-5 van veel voorkomende diagnoses op basis van de Cas-code (n=88)

In het project Mediprudentie uit de startblokken.	9 x	Psychische aandoeningen
	6 x	Migraine
Een casus kan meerdere Cas-codes hebben, die worden dan ook gescoord.	5 x	Causaal verband zwangerschap
	4 x	CVS
	3 x	Mamma carcinoom;
	3 x	Hartfalen;
	3 x	Reuma;
	3 x	Moeheid;
	3 x	HIV

⁵ In deze evaluatie wordt in het vervolg uitsluitend gesproken over groepsbegeleiders ter wille van de leesbaarheid.

De top-5 uit de trefwoorden (zonder Cas-codes) (n=86 casus)

In het project Mediprudentie uit de startblokken.	14 x	Urenbeperking
	10 x	Ziektewet
Een casus heeft gewoonlijk meerdere trefwoorden.	8 x	Wajong
	6 x	GDBM
	5 x	Belastbaarheid;
	5 x	Herstelgedrag; Participatiegedrag;
	5 x	IVA

Pas in de laatste fase van het project werd een verdeling naar type vraagstelling gemaakt. Een casus kan aspecten van deze vragen combineren, dat werd dan dubbel gescoord. De hoge score van de juridische vragen is opvallend.

Het blijkt dat in de aangeboden casuïstiek alle categorieën uit de Cas-codes voorkwamen behalve de 'huid'.

De top-5 van de diagnoses Cas-codes wordt aangevoerd door de “Psychische aandoeningen” die hier niet nader gespecificeerd kunnen worden. “Migraine” en “Causaal verband met de zwangerschap” worden opvallend vaak genoemd.

“De urenbeperking”, een bekend verzekeringsgeneeskundig punt van discussie, scoort het hoogst in de top-5 van trefwoorden, gevolgd door de “Ziektewet” en de “Wajong”.

Tabel 2 Inschakeling derden door MENU

Inschakeling commentator	64
Inschakeling externen	3 x uitgezet, reacties ontvangen, nog niet verwerkt
Inschakeling EBM search	0

Het valt op dat geen externe EBM-searches ingezet zijn. Uit navraag bij de MENU blijkt dat de groepen vooral protocollen en richtlijnen gebruikten. Volgens de MENU werd, op een uitzondering na, door de casuïstiekgroepen, niet systematisch naar literatuur gezocht. Ook is van de groepen geen verzoek ontvangen tot een aanvullende literatuursearch.

Soms vond de MENU het commentaar onvoldoende afgerond of wilde men een accent leggen of iets toevoegen. Dan werd een noot⁶ geplaatst. Dit gebeurde in 16 gevallen.

Tabel 3 De opbrengst naar herkomst

UWV casuïstiek SMZ-groepen pre-MENU	25	Ingediend in periode 2007-2010: geaccepteerd
UWV casuïstiek SMZ-groepen pre-MENU	17	Ingediend in periode 2001-2010: afgewezen ⁷
UWV casuïstiek SMZ-groepen MENU	67	Ingediend in periode 2010-2012: waarvan 52 afgerond, 3 geparkeerd en 8 in afronding
UWV B&B MENU	23	Ingediend in periode 2011-2012: waarvan 22 afgerond en 1 in afronding
NSPOH MENU	8	Ingediend in najaar 2001: waarvan 3 afgerond en 5 in afronding

Wat de herkomst van de casus betreft, valt het relatief grote aantal casus door B&B in het afgelopen jaar op. De input vanuit de SMZ groepen, waarvan bij de start in 2007 met 85 groepen veel werd verwacht, maakt deze verwachting niet waar.

In totaal ontving de contactpersoon CEC-UWV in de projectperiode “Mediprudentie uit de startblokken” casuïstiek van 39 (n=71, 54%) groepen.

⁶ Een NOOT is een inhoudelijke toevoeging van de MENU aan het commentaar dat door een casuïstiekgroep werd geleverd.

⁷ De 17 afgewezen casus dateren uit de pre-MENU-fase en bevatten onvoldoende gegevens en/of kwaliteit om Mediprudentie van te maken.

Een exact overzicht van actieve en niet-actieve groepen blijkt niet aanwezig.

Uit de respons bij de groepsbegeleiders blijkt dat men zesmaal (n=24, 25%) meer dan twee casus instuurde, negenmaal (37 %) twee casus en negenmaal (37%) één casus (GB vraag 8).

Zowel de MENU als de groepsbegeleiders gaven hun mening over de door hen ervaren kwaliteit. De groepsbegeleiders blijken in het merendeel, 16 (n=25, 64%), enigszins tevreden over de door hen geproduceerde vraagstellingen en commentaar. Een kleine groep zes (25%) is zeer tevreden. Een toename van de kwaliteit van de vraagstellingen met commentaar wordt door de groepsbegeleiders niet zo sterk beleefd. Men is (enigszins) tevreden twaalf (n=22, 47%) dan wel ontevreden negen (n=22, 42%). De MENU is eveneens enigszins tevreden met de kwaliteit. In tegenstelling tot de groepsbegeleiders ziet een ruime meerderheid van de MENU-leden (meer dan 70%) dat de kwaliteit van vraagstelling en commentaar zich positief ontwikkelt.

Op dit moment kunnen artsen werkzaam bij het UWV via "Sharepoint" de Mediprudentie in de Kennisbank raadplegen. De NVVG heeft een database voor Mediprudentie laten inrichten. Met het UWV worden nog nadere afspraken gemaakt over het beschikbaar stellen van de rapportages en de commentaren. De nieuwe database wordt beveiligd en gekoppeld aan de NVVG-website. Het is de bedoeling dat alleen geregistreerde verzekeringsartsen en de artsen die ingeschreven staan in het opleidingsregister toegang krijgen, mits zij lid zijn van de NVVG.

Volgens de informatie van het UWV wordt de Kennisbank Mediprudentie, sinds november 2011, maandelijks door zo'n 55 à 65 maal geraadpleegd. Uit de respons van de groepsbegeleiders komt 23 maal (n= 25, 82%) naar voren dat men de Kennisbank van het UWV wel eens had geraadpleegd. Een ruime meerderheid van de geënquêteerden (n=25, 73%) is tevreden tot zeer tevreden over de toegang tot het systeem.

6.3. Het Mediprudentieproces

Tijdens de projectperiode "Mediprudentie uit de startblokken" kwam geleidelijk meer informatie beschikbaar op welke wijze meer systematisch Mediprudentie kon worden verkregen. De handreiking van juni 2011 was in dit verband belangrijk omdat niet alleen de verbeterde informatie werd gebundeld, maar ook nieuwe mogelijkheden werden geboden om casus aan te leveren bij de MENU. Daarom werd zowel aan de groepsbegeleiders als bij de MENU gevraagd naar de wijze van werken.

6.3.1. Handreiking

Op de vraag of men in de afgelopen projectperiode meer helderheid had verkregen over de manier waarop men Mediprudentie kon vormen antwoordde 22 personen (n=27, 86%) ja, drie personen nee en twee personen twijfelen daarover.

De werkwijze voor de vorming van Mediprudentie is beschreven in de handreiking Mediprudentie. Deze is opgeleverd tijdens het congres Mediprudentie van het UWV in mei 2011. Dit is een MENU product op basis van de ervaringen in de periode 2010-2011 en bouwt voort op de producten van de pre-MENU. De handreiking blijkt bekend bij 23 (n=27, 85%) groepsbegeleiders en 4 groepsbegeleiders hebben er wel eens van gehoord. Suggesties voor verbetering worden niet genoemd. De handreiking wordt 13 maal (n=29, 44%) als hulpmiddel genoemd. Het congres wordt 12 maal (n=29, 41%) genoemd. "Misschien moet ik er toch maar eens heen..." schrijft een respondent.

De MENU-leden zijn allen tevreden tot zeer tevreden over de handleiding. Er is één aanbeveling, namelijk om de stappen in het commentaar meer gestructureerd te beschrijven. Een ander brengt de kwaliteitsontwikkeling in verband met het beschikbaar komen van de handreiking.

Samenvattend kan gezegd worden dat zowel de handreiking als de centrale bijeenkomst worden gewaardeerd en het proces van Mediprudentie vorming ondersteunen.

Omdat in mei 2011 een verruiming van de wijze van werken is voorgesteld, werd bij de evaluatie geïnventariseerd in welke mate dit bekend is bij de groepsbegeleiders zie tabel 4:

**Tabel 4 Nieuwe aanvoerroutes Mediprudentie bekend bij de groepsbegeleiders
n=27**

	Ja	nee
U kunt alleen een vraagstelling en een casus inleveren bij de MENU	15	12
U kunt vragen een commentator-specialist in te schakelen bij een concrete casus	19	8
U kunt vragen een EBM search te laten doen bij een concrete casus	16	9
Ook individuen kunnen een Mediprudentie casus inleveren bij de MENU	9	18

De bekendheid met de nieuwe manieren om casus aan te leveren (alleen een vraagstelling inleveren of individueel een casus aanbrenge) blijken veel minder bekend.

De mening over het nut van deze verruiming van de wijze van werken is verdeeld. De ruime meerderheid (79%) meent dat de vorming van Mediprudentie hierdoor enigszins kan verbeteren. Uiteindelijk werd van die alternatieve aanvoermethodes niet veel gebruik gemaakt. Wel heeft het aanboren van nieuwe productiebronnen (NSPOH en B&B) een aantal relevante casus met commentaren opgeleverd, via de NSPOH 8 en vanuit B&B 23 casus.

6.3.2. Ervaringen

Op de vraag naar de ervaring van de groepen met Mediprudentie werden 12 antwoorden ontvangen, waarin het woord “moeizaam” opvallend vaak voorkwam. Mediprudentie vorming wordt ervaren als veel werk en is woekeren met de tijd. Deze moeite wordt ook wel beloond, hetgeen tot uiting komt in omschrijvingen als “nuttig”, “interessant”, “zinnig”. Een enkeling vindt het “onzin”. Ook wordt er weerstand gerapporteerd, in discussies over zin en onzin en door het blijven hangen in procedurele kwesties.

Op de vraag naar wat goed gaat, komen antwoorden als “*interessante besprekingen*”, “*duidelijke dilemma's*” en “*...dat we uiteindelijk een product hebben afgescheiden..*”, “*dat er goed samen gewerkt werd en dat de leden van de groep trots waren op het eindresultaat*” en “*...bereid ... taken op zich te nemen en onderling te verdelen...*”. Ook wordt genoemd “*...casuïstiek gedeelte gaat vanaf start goed ..*” en “*... toenemende belangstelling EBM...*”.

De vraag naar ervaring van het begeleiden levert weinig respons op. Op de vraag wat beter kon aangaande de begeleiding kwamen de volgende suggesties: stabiliteit groep, samenstelling, overzichtelijke groep, continuïteit, duidelijke taakverdeling, meer initiatief bij de individuele leden, meer gebruik EBM, meer waardering organisatie en reële inschatting tijdens de inspanning.

6.3.3. Knelpunten en randvoorwaarden

Zowel de MENU als de groepsbegeleiders werden gevraagd naar de ervaren knelpunten.

Tabel 5 Ervaren knelpunten	MENU (n=11)		Groepen (n=26)	
Geringe belangstelling onder verzekeringsartsen	7	64%	17	65%
De werkwijze is onvoldoende bekend	4	36%	7	29%
Te veel accent op de verplichting van casuïstiekgroepen	7	64%	7	29%
Het is te onzeker voor wie de resultaten toegankelijk worden	4	36%	7	29%
Stimulans door de organisatie wordt niet ervaren	2	18%	8	31%
Schrijven commentaar kost te veel tijd	7	64%	20	71%
Formulieren van bruikbare vraagstellingen is lastig	5	45%	9	35%
Het aantal commentaren is te klein om te gebruiken	2	18%	2	7%
Niet vaardig genoeg met EBM toepassing	n.v.t.		10	38%
EBM toepassing te weinig benut	7	64%	n.v.t.	
Implementatie heeft weinig aandacht gekregen	4	36%	5	20%

De MENU en groepsbegeleiders zijn eensgezind in hun signalering van knelpunten. Beiden constateren een geringe belangstelling van hun collegae. Beiden erkennen dat het schrijven van een commentaar veel tijd kost. Ook het knelpunt rond EBM komt naar voren, al ligt het accent daar anders en zijn niet exact dezelfde vragen gesteld.

De nadruk op de verplichting van de casuïstiekgroepen wordt wel door de MENU verondersteld maar zichtbaar in veel minder mate door de casuïstiekgroepen ervaren.

De groepsbegeleiders 27 (n=29) benoemen een aantal randvoorwaarden als belangrijk. Bovenaan staan factoren als belangstelling van collegae 22 maal (81%) en tijd 21 maal (77%), gevolgd door ondersteuning management 15 maal (55%) en het kunnen uitbesteden van zoekopdrachten 11 maal (40%).

Er werd specifiek gevraagd naar de belangstelling op de UWV-kantoren. Een krappe meerderheid 14 (n=25, 56%) meldt (enige) belangstelling.

Door de MENU wordt vijfmaal gewezen op het belang van de motivatie van de groepsleden. Verder komt uit de beantwoording door de MENU-leden geen uniform beeld naar voren op dit punt. Faciliteren met tijd en ondersteuning bij search, inschakelen deskundigheid en het inregelen van een goede redactie worden als ondersteunend genoemd. Diegenen uit de MENU die groepen extra voorlichting gaven, menen dat dit verhelderend en positief werkt. Uitgangspunt is dat de database makkelijk en snel werkt.

6.3.4. Werkwijze MENU

De terugkoppeling aan de groepen was cruciaal in de opzet. Daarom werd naar hun ervaring gevraagd. De tevredenheid over de snelheid van afhandelen, verdeelt zich gelijk tussen enigszins tevreden en ontevreden. Over de inhoud van de feedback tenderen de groepen meer naar tevredenheid, 16 (n=20, 80%). Dit geldt ook voor de wijze waarop men feedback kreeg, 17 maal is men hierover (redelijk) tevreden (n=19, 89%).

Uit de toelichtingen op de vragen wordt duidelijk dat het gewaardeerd wordt als feedback snel(ler) volgt.

De MENU-leden ervaren dat er in de MENU prettig en goed wordt samengewerkt. De inbreng van andere disciplines wordt ervaren als meerwaarde. De samenstelling was voldoende afwisselend. De vergaderfrequentie lag in dit project hoog en wordt op termijn niet als haalbaar gezien.

6.3.5. Tijdsinvestering

Zowel bij de MENU als bij de groepsbegeleiders werd een indruk verkregen over de tijdsinvestering voor de vorming van Mediprudentie. De groepsbegeleiders schatten de tijd voor het schrijven van een commentaar rond de drie tot zes uur (12 maal, n=22, 54%) en zes tot twaalf uur (8 maal, n=22, 36%). Men meldt 15 maal (n=25, 60%) altijd literatuur te zoeken en vijfmaal (n=25, 20%) dat soms te doen. Het zoeken en verwerken van evidence wordt door de groepsbegeleiders 15 maal (n=22, 68%) geschat op drie tot zes uur. In vier gevallen had men geen idee van de tijdsinvestering. De MENU-leden schatten in dat het in een krappe meerderheid (7 maal, n=11, 54%) van de gevallen drie tot zes uur duurt om een commentaar te schrijven maar geeft tegelijk aan dat dit sterk per casus kan verschillen.

6.4. Gebruik en doel van Mediprudentie

Tijdens dit project werd de database (Kenniskbank UWV) gevuld. Daarom konden in deze fase nog niet veel casus geraadpleegd worden. Dat is de reden waarom in de evaluatie niet specifiek naar het gebruik van Mediprudentie is gevraagd. Wel werd gevraagd naar de ervaren waarde en de verwachtingen ten aanzien van Mediprudentie. Ook hier werden zowel van de groepsbegeleiders als van de MENU antwoorden ontvangen.

6.4.1. Ervaren meerwaarde Mediprudentie

89% beantwoordde de open vraag naar de ervaren meerwaarde. Statements zijn:

"...groot omdat het een verdieping geeft als je met een groep gemotiveerde collega's langer over een casus spreekt..." en "... diepte ingaan. Komen tot meer eenduidige/meer uniforme oordeelsvorming. Goed voor argumentatieve ontwikkeling..."

De overlap met onderlinge toetsing wordt gezien en Mediprudentie moet dus iets meer/anders opleveren:

"...met betrekking tot kwaliteit zijn we bezig met veel varianten van hetzelfde (casuïstiek/OT), twijfel over de toegevoegde waarde; raadplegen van een andere casus kan zinvol zijn..."

Het onderscheid met andere kwaliteitsinstrumenten (OT e.a.) zit dan in:

"... de meerwaarde van Mediprudentie is voor mij aanwezig in het feit dat het maken van Mediprudentie een leerzame bezigheid is waarin EBM wordt gehanteerd en gereflecteerd wordt onder collega's. Dit maakt het beleid in de toekomst bij dergelijke cliënten makkelijker".
".. het kunnen bekijken van argumentatie van andere collega's bij een bepaalde probleemstelling".
".. dat ik bij dilemma's kan terug vallen op bewijs en argumentatie/afwegingen in soortgelijke casuïstiek..."

In een enkel geval zijn de omstandigheden te slecht om iets op te leveren:

"... niet aanwezig, omdat er meer negatieve effecten zijn: weerbarstige collegae, weinig waardering en tweespalt"

Ook de MENU vindt dat Mediprudentie verder gaat dan het op zich nuttige leerproces van het zoeken van de casus, de bespreking en verdieping ervan. De mogelijkheid om vergelijkbare gevallen te consulteren, is een belangrijke meerwaarde. Mediprudentie kan een handreiking bieden door een goede vraagstelling, analyse en heldere argumentatie van complexe beslissingen. Dit stelt eisen aan de kwaliteit van de vraagstelling en het commentaar. Ook is nog onvoldoende duidelijk in welke mate kennislacunes zichtbaar worden en aanzet vormen tot nadere onderzoek.

6.4.2. Stelling over de waarde van Mediprudentie

Aan de groepsbegeleiders en MENU-leden werd gevraagd hun mening te geven over de meerwaarde van Mediprudentie (tabel 6 en 7) aan de hand van stellingen.

Tabel 6 Uitkomst van de groepen (n wisselt bij beantwoording)

Stelling	Zeer oneens	Enigszins mee oneens	Enigszins mee eens	Zeer mee eens
Op termijn biedt Mediprudentie de verzekeringsarts ijkpunten bij de beoordeling		1	16	9
De vorming van Mediprudentie stimuleert deskundigheidsbevordering	1	1	11	14
Verwerken van een Mediprudentie casus zou gewaardeerd moeten worden in de deskundigheidsbevordering	1	2	7	13

Tabel 7 Uitkomst van de MENU-groepen (n=11)

Stelling	Zeer oneens	Enigszins mee oneens	Enigszins mee eens	Zeer mee eens
Op termijn biedt Mediprudentie de verzekeringsarts ijkpunten bij de beoordeling			3	8
De vorming van Mediprudentie stimuleert deskundigheidsbevordering			1	10
Verwerken van een Mediprudentiecassus zou gewaardeerd moeten worden in de deskundigheidsbevordering			2	8

Gemiddeld genomen zijn de leden van de MENU-groep het meer eens met deze stelling dan de vertegenwoordigers van de Mediprudentiegroepen. Toch blijkt er een duidelijke overeenstemming dat Mediprudentie meerwaarde heeft. De uitkomst van de stellingen sluiten aan bij de antwoorden zoals die bij de open vragen (zie het kopje *ervaren meerwaarde*, 5.4.1) werden gegeven.

6.5. De toekomst

6.5.1. Aanpakken knelpunten

Zowel groepsbegeleiders als MENU-leden noemden meerdere knelpunten die zeker moeten worden opgepakt als Mediprudentie een doorstart maakt.

Tabel 8 Aanpak knelpunten bij doorstart

	MENU n=11		Groepsbegeleiders N=22	
Weet ik niet	1		2	
Niets	0		1	
Meer evidence in de commentaren verwerken	6	54%	5	23%
Toegang database verbeteren	5	45%	8	36%
Casuïstiek rond dilemma's protocollen verwerken	6	54%	10	45%
Toegang besloten houden voor verzekeringsartsen	4	36%	9	41%
Mediprudentie niet neerzetten als de norm	6	54%	10	45%
Meer aandacht en informatie geven	8	72%	9	41%
Geen verplichting tot deelname	5	45%	n.v.t.	

Het meest opvallende is dat de MENU-leden hoger scoren op het punt “meer aandacht en informatie geven over Mediprudentie” dan de groepsbegeleiders. In de toelichting worden geen nieuwe invalshoeken benoemd.

6.5.2. MENU over de MENU straks

De MENU-leden stellen dat zij wellicht meer regie kunnen en moeten nemen als het gaat om het raadplegen van specialisten en het doen van EBM. Ook wordt een kleinere MENU-groep mogelijk geacht, met leden op afroep. Tevens wordt gedacht aan specialisaties van groepen bijvoorbeeld met andere disciplines.

De terugkoppeling naar de groepen/inbrengers vraagt in de toekomst aandacht: dit moet sneller en efficiënter.

De secretarisfunctie bleek een zeer belangrijke spilfunctie maar vergde ook een stevige tijdsinvestering. Als het “beter” loopt schat men in dat de frequentie van de MENU-bijeenkomsten wel omlaag kan.

6.5.3. Toegang Mediprudentie voor derden in de toekomst?

Van meet af aan is dit een punt van stevige meningsverschillen. In tabel 9 en 10 treft u de reacties op stellingen over de openbaarheid en eventuele inbreng cliëntenverenigingen aan.

Tabel 9 Uitkomst van de groepen (n wisselt bij beantwoording)

Stelling	Zeer oneens	Enigszins mee oneens	Enigszins mee eens	Zeer mee eens
Mediprudentie zou toegankelijk moeten zijn voor verzekeringsartsen die niet bij UWV werken	9	3	7	7
De Mediprudentie zou niet voor iedereen toegankelijk moeten zijn (ook niet op termijn)	6	6	2	11
Ook cliënten en anderen zouden onderwerpen en casuïstiek moeten kunnen aanbrengen bij de MENU	14	3	5	2
Het betrekken van cliëntenverenigingen bij de vorming van Mediprudentie heeft meerwaarde	16	4	5	1

Tabel 10 Uitkomst van de MENU-groepen (n=11)

Stelling	Zeer oneens	Enigszins mee oneens	Enigszins mee eens	Zeer mee eens
Mediprudentie zou toegankelijk moeten zijn voor verzekeringsartsen die niet bij UWV werken			2	9
De Mediprudentie zou niet voor iedereen toegankelijk moeten zijn (ook niet op termijn)	2	3	3	3
Ook cliënten en anderen zouden onderwerpen en casuïstiek moeten kunnen aanbrengen bij de MENU	2	2	4	3
Het betrekken van cliëntenverenigingen bij de vorming van Mediprudentie heeft meerwaarde	2	4	5	

Zowel voor de groepsbegeleiders als de MENU-leden blijft de openbaarheid van Mediprudentie een punt van discussie waarover de meningen sterk verdeeld zijn.

De MENU-leden zijn eensgezind in hun opvatting dat verzekeringsartsen, die niet bij UWV werken, ook toegang moeten hebben tot de Mediprudentie. De groepsbegeleiders zijn op dit punt verdeeld. Zowel bij de MENU als bij de groepsbegeleiders komt in de toelichting naar voren dat openstelling

voor een bredere groep ook betekent dat men een actieve bijdrage in de Mediprudentievorming verwacht.

Ook over de inbreng van cliëntenverenigingen aan de Mediprudentie bestaat verdeeldheid bij beide groepen. De MENU-leden zijn iets positiever gestemd over een mogelijke bijdrage en inbreng van cliëntenverenigingen. Uit de toelichtingen komt enerzijds naar voren dat de Mediprudentie nog niet sterk genoeg is ontwikkeld en dat de inbreng van cliënten geschiedt vanuit een ander perspectief en belangen, waardoor informatie gekleurd is. Anderzijds komt naar voren *“Als je een echt vak bent, heb je niets te verbergen, al kan het wel verkeerd begrepen worden...”*.

6.5.4. EBM

Op verzoek van het KCVG zijn aanvullende vragen gesteld over EBM aan de groepsbegeleiders. Het KCVG rapporteert daar zelf over. De hoofdlijn is dat men niet twijfelt aan het belang van EBM voor een steviger onderbouwing van de Mediprudentie en het beroepsmatig handelen in meer algemene zin. Hoewel 80% (n=24) van de respondenten een EBM opleiding heeft gevolgd en vertrouwt in eigen kunnen, ziet iets meer dan de helft daarvan toch mogelijkheden voor zichzelf om het gebruik van EBM in de toekomst te verbeteren. Dat sluit aan bij antwoorden uit andere vragen. Daaruit komt naar voren dat meer oefening en tijd nodig is om EBM goed in te zetten. Daarnaast zou het uitbesteden van een search nuttig kunnen zijn.

7. Beschouwing en conclusie

7.1. Doel bereikt

Het gestelde projectdoel om een te consulteren database te vullen met tenminste 100 becommentarieerde casus is gehaald. De Kennisbank is toegankelijk voor artsen die bij het UWV werken. De NVVG werkt in overleg met UWV aan het beschikbaar stellen van de Mediprudentie database voor meer verzekeringsartsen. De Handreiking “Hoe maken we Mediprudentie”⁸ beschrijft de stappen in het Mediprudentieproces en biedt verschillende aanvoerroutes voor de input. De commissie Mediprudentie NVVG-UWV (MENU) heeft ervaring opgedaan met de beoordeling van de casuïstiek en het commentaar aan de hand van formats en ontwikkelde criteria. Ondanks de beperkte respons van de groepsbegeleiders bieden deze enquêtes een aantal aanknopingspunten voor optimalisatie van dit proces. Het raadplegen en het gebruik van Mediprudentie bij de beoordelingen in de dagelijkse praktijk komt hier niet aan de orde omdat het juist tot het projectdoel behoorde om een database te vullen.

7.2. Respons

Deze evaluatie is een beperkt kleinschalig onderzoek van een selecte groep, namelijk diegenen die de afgelopen jaren met Mediprudentie gewerkt hebben. Deze keuze werd gemaakt vanuit de aanname dat de makers van Mediprudentie vanwege hun nauwe betrokkenheid bij het proces, belangrijke informatie kunnen leveren voor de vervolgaanpak.

In dit licht valt een respons van 40% bij de groepsbegeleiders tegen en is die van de MENU-leden zoals verwacht. Het beeld dat oprijst uit de enquêtes en het trage tempo waarmee de 105 casus zijn verkregen, werpt de vraag op of verzekeringsartsen deze ontwikkeling wel omarmen. Op basis van deze evaluatiegegevens kan geen verklaring worden gegeven. De vraag overdenkend, zouden de volgende aspecten van belang kunnen zijn.

Door destijds aansluiting te zoeken bij de casuïstiekgroepen, was onvoldoende duidelijk of voldaan werd aan factoren die nu van belang blijken, zoals motivatie, inspanning en vasthoudendheid om verdieping te bereiken en deze ook voor anderen toegankelijk vast te leggen. Dit klemt temeer omdat gedurende de projecten “Mediprudentie in en uit de startblokken” ook ervaring werd opgedaan met de werkwijze. Deze werkwijze is op punten behoorlijk bijgesteld gedurende deze perioden. Daardoor werd een extra inspanning en flexibiliteit van de deelnemers gevraagd. Het hele traject Mediprudentie kent een lang, wat slepend verloop. Het is niet ondenkbaar dat hierdoor, samen met andere aspecten, het onderwerp Mediprudentie wat aan momentum heeft ingeboet.

De mogelijke openbaarheid van Mediprudentie blijft ook nu een punt van discussie met een sterke lading. Mogelijk heeft dit invloed op de bereidheid tot deelname en actieve inzet, zoals in een enkel antwoord werd aangegeven.

Het is voorstelbaar dat er een onderscheid te maken is in “gebruikers” en “makers” van Mediprudentie en dat zij een andere soort betrokkenheid hebben. De ene zoekt praktisch nut en de ander is meer gericht op het proces van Mediprudentievorming. Dit zou invloed kunnen hebben op de mening en houding ten aanzien van het Mediprudentieproces. In deze evaluatie hebben we daar geen gegevens over omdat het accent lag op de vorming van Mediprudentie.

⁸ Handreiking “Hoe maken we Mediprudentie” (2011) is voor leden van de NVVG te verkrijgen bij het secretariaat NVVG.

Tot slot mag niet vergeten worden dat het bij Mediprudentie om een nieuw concept ging, dat uitwerking behoefde en waarvoor draagvlak verkregen moest worden. Dat kost tijd.

Ondanks het moeizame proces en de trage vulling van de database, lijkt er een beweging op gang te zijn gekomen. Wie energie in het proces van de vorming van Mediprudentie steekt, lijkt ook de vruchten te kunnen plukken omdat het tevens een leerproces biedt, dat niet altijd gemakkelijk is, maar wel als nuttig en inspirerend ervaren kan worden. Daarom concludeert de evaluatiecommissie dat het de moeite waard is om Mediprudentie een doorstart te geven en daarbij onderstaande aanbevelingen mee te nemen.

7.3. Opbrengst

De top-5 van trefwoorden en Cas-codes, laat zien dat casuïstiek in de breedte van het vak aan de orde komt. Nadere analyse van deze gegevens en ordening zou informatie kunnen opleveren voor het ontwikkelen of bijstellen van richtlijnen of protocollen, of onderzoek.

Ook de vraagstellingen zijn in de breedte verdeeld, met een duidelijk juridisch accent. Hoewel het voor de hand ligt om dit toe te schrijven aan de grote inbreng van B&B, valt dit ook op in de andere casuïstiek. Het is daarom ook de vraag of dit te maken heeft met een behoefte of dat deze vragen nu eenmaal in deze fase van Mediprudentie gemakkelijker door de groepen zijn aan te pakken. Het kan de taak van de MENU zijn om in de toekomst hier sturing aan te geven.

7.4. Proces

Hoewel men tevreden lijkt met de kwaliteitsontwikkeling van commentaren, valt hier nog winst te behalen. De MENU kan ordening op een geaggregeerd niveau aanbrengen en actiever sturen. Tot nu toe hield men zich vooral bezig met het verzamelen en reageren op commentaren omdat het accent lag op de vulling van de database. Op basis van analyse van de database kunnen in de toekomst bijvoorbeeld witte vlekken of onderbelichte onderwerpen worden onderkend die vervolgens gericht met passende casuïstiek kan worden gevuld. De MENU kan hierin een sturende en coördinerend rol vervullen.

De inzet van EBM searches is veel lager dan verwacht. Dit lijkt te maken te hebben met de diversiteit aan vraagstellingen die aan de MENU werd aangeboden. EBM is niet altijd de geëigende methode voor verdieping. Bovendien was uit de aangeboden vraagstelling niet altijd duidelijk waar in het Mediprudentie oordeel behoefte was aan meer wetenschappelijke onderbouwing. Het blijkt dat casuïstiekgroepen wel toetsen aan protocollen en richtlijnen maar het zoeken naar literatuur kan systematischer plaatsvinden.

Daarnaast blijkt dat er naast opleiding meer nodig is voor een goede praktijktoepassing. Gedacht wordt aan ervaring opdoen en feedback krijgen en aanwezigheid randvoorwaarden (tijd en waardering).

Het volgen van een cursus is geen garantie voor een succesvolle toepassing in de praktijk van de Mediprudentie.

7.5. Handreiking

In de Handreiking “Hoe maken we Mediprudentie” staan de stappen voldoende helder beschreven en inmiddels staan meer wegen open om casuïstiek aan te leveren en commentaar te genereren. Dit is geen reden om stil te zitten. Het is en blijft belangrijk om gerichte informatie te bieden en daarnaast zullen ontwikkelingen tot bijstellingen leiden. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de aanpak

EBM in Mediprudentie en indiceren en commentaar verwerken externen, invulling regietaken. Een goede en bijgestelde handreiking kan het draagvlak voor Mediprudentie versterken en het systeem levend te houden.

7.6. Toegang database

De database is op dit moment alleen voor de artsen werkzaam voor het UWV toegankelijk. Het is toe te juichen dat de NVVG vanuit zijn verantwoordelijkheid voor de professionele kwaliteit en gelet op de belangstelling vanuit het veld, de database wil inrichten en openstellen voor alle geregistreerde verzekeringsartsen en Aios uit het opleidingsregister.

Het draagvlak voor een bredere toegang op dit moment ontbreekt en geeft verdeeldheid en discussie in het veld. Met de MENU-leden is de evaluatiecommissie van mening dat openbaarheid op enigerlei wijze noodzakelijk is om de doelstelling “transparant handelen” te halen.

De commissie is zich bewust van het spanningsveld waarin een beoordeling plaatsvindt. Daarom meent de commissie dat andere manieren op dit moment wellicht meer bijdragen aan de openbaarheid, dan een algehele toegang tot de database. Publicaties in TBV via de MENU in overleg met de inbrenger(s) zijn daar een goed voorbeeld van en vragen om navolging. Bij het openbaar maken van het commentaar, is het wellicht niet nodig de rapportages zelf te publiceren, als een goede beschrijving van de praktijkcasus aanwezig is.

8. Aanbevelingen

Bij de voortgang van de Mediprudentie ontwikkeling zijn op grond van de evaluatie naar de mening van de evaluatiecommissie de volgende punten van belang om de ontwikkelingen van Mediprudentie en het gebruik ervan te stimuleren.

1. Zorg dat de database interessant is en blijft.

Meer dan 100 casus is een mooi begin maar het is niet genoeg. Voldoende nieuwe input voor de database/Kennisbank is van belang voor de dynamiek in het systeem. Daarnaast wordt daarmee de aantrekkelijkheid voor de potentiële gebruikers bevorderd. Bovendien is meer regie op inhoud gewenst. De MENU kan deze taak op zich nemen.

2. Zorg voor blijvende kwaliteitsverbetering.

Kwaliteitsverbetering betekent aandacht voor een aantal facetten. Daarbij wordt voor de volgende vijf facetten aandacht gevraagd.

- **Helpdesk EBM en inzet specialisten.**

Wat de individuele casus betreft, is het aan te bevelen om de indeling op aard van de vraag te handhaven. Hierdoor wordt ook duidelijker in welke gevallen EBM meer en beter kan worden ingezet.

Om EBM meer systematisch in te zetten voor Mediprudentie lijkt het wenselijk als inbrengers (groepen en anderen) gebruik kunnen maken van goede educatieve voorbeelden, waarin ook de context van de verzekeringsgeneeskunde is uitgewerkt. Ook is het aan te bevelen na te gaan of een helpdesk EBM ondersteuning kan bieden. Ook de MENU zou hier gebruik van kunnen maken. Het is duidelijk dat opleiding alleen niet volstaat. Geregelde ervaring in de praktijk en feedback zijn nodig voor competentieontwikkeling.

De inzet van specialisten verdient meer aandacht. Daarbij is het raadzaam om de behoefte van de praktijk in het oog te houden. Het zou nuttig kunnen zijn indicatie voor de inzet hiervan te benoemen en een format te ontwikkelen om hun commentaar in op te nemen.

- **Versterk de functie van de MENU en breng deze op een hoger plan.**

Tot nu toe verzamelde en reageerde de MENU op de input die men kreeg. Naar de toekomst toe is een rol wenselijk waarin meer regie genomen wordt om sturing te geven aan de kwaliteit. Dat betekent dat niet alleen de verzameling en verbetering van de individuele commentaren wordt nagestreefd maar ook op geaggregeerd niveau inhoudelijke ordening wordt aangebracht (bijvoorbeeld naar dilemma's, protocollen, richtlijnen etc.), lacunes worden opgespoord en vragen worden uitgezet. Het is wenselijk daarbij niet alleen oog te hebben voor beoordelingsvraagstukken maar ook voor participatievraagstukken en professionele discussies bij het realiseren van ketenkwaliteit.

- **Deze versterking van de MENU functie vraagt om continuïteit en een structurele bezetting,** waarbij de secretarisfunctie extra aandacht vraagt en administratieve ondersteuning gewenst is. Het blijft van belang dat korte en open communicatielijnen bestaan met inbrengers van commentaren en dat snel gereageerd wordt op input en/of vragen.

Dit betekent dat er structureel middelen beschikbaar moeten zijn om dit ook mogelijk te maken. Ook valt te overwegen om de Mediprudentie een plek te geven in een Kwaliteitsbureau waar afstemming met andere kwaliteitsinstrumenten en methoden van deskundigheidsbevordering kan plaatsvinden en geborgd wordt.

- **Effectieve werkwijze.**

Het is van belang om diegenen die nu met plezier aan de Mediprudentie bijgedragen hebben actief te houden en mee te nemen in de verdere kwaliteitsontwikkeling.

Succesvolle werkwijzen uit de afgelopen periode zouden bevorderd moeten worden. Dit betekent concreet dat groepen, met een grootte van vier tot maximaal acht gemotiveerde deelnemers en duidelijke taakverdeling die een resultaatverplichting willen aangaan, ondersteuning verdienen. B&B blijkt bijzonder gemotiveerd en effectief te kunnen bijdragen, wat richting de toekomst moet worden gecontinueerd en wellicht uitgebouwd. Mogelijk kan de input vanuit de opleiding geoptimaliseerd worden.

Effectieve aanvoerroutes van commentaren kunnen open blijven staan. Faciliteer daarom individuen of gelegenheidssamenstellingen die resultaatgericht willen werken. Verken de grensgebieden waar met andere disciplines wordt gewerkt (bedrijfsarts, arbeidsdeskundige etc.). De MENU kan hierop toezien en bevorderen dat hier adequaat commentaar op wordt gegeven.

- **Zorg dat de randvoorwaarden aanwezig zijn om het gebruik van de database in de toekomst te bevorderen.**

Een snelle toegang tot de database, een heldere vormgeving, een goede zoekfunctie en makkelijke navigatie maken gebruik van de database aantrekkelijker. Gemak dient de mens. Dit blijft een punt van aandacht.

Om het gebruik van Mediprudentie en verdere ontwikkeling te bevorderen, is een implementatieplan nodig. Het gaat niet vanzelf, blijkt ook uit dit project. Het is daarbij van belang om onderwerpkeuze, presentatie en werkwijze aan te laten sluiten bij wat verzekeringsartsen als nuttig en ondersteunend ervaren bij hun beoordelingen. Het is zeer goed denkbaar dat een meer sturende rol van de MENU ook hier van nut is.

In dit plan kunnen ook activiteiten opgenomen worden als informatieverstrekking (bijvoorbeeld via nieuwsbrief en website), bijdrage aan congressen, publicaties, mogelijkheid voorlichtingsbijeenkomst van groepen en opleiding.

Het lijkt verstandig om energie te steken in het blijven vergroten van motivatie en betrokkenheid van verzekeringsartsen. Vrijwillige deelname is belangrijk evenals waardering en snelle terugkoppeling aan degenen die ook daadwerkelijk een bijdrage leveren.

3. Houd de toegang tot de database/Kennisbank voorlopig beperkt tot geregistreerde verzekeringsartsen en Aios ingeschreven in het opleidingsregister.

Artsen die bij het UWV werken hebben toegang tot de Kennisbank. Dit blijft onveranderd. Het is wenselijk de Mediprudentie database ook toegankelijk te maken voor geregistreerde verzekeringsartsen en Aios die niet bij het UWV werken. Dit kan via de NVVG. Het is in het belang van de ontwikkeling en de verspreiding van de methodiek om een bredere groep te laten aansluiten en hen uit te nodigen een bijdrage te leveren.

Openbaarheid is van belang om het verzekeringsgeneeskundige handelen meer transparant te maken en te zien als een onderdeel van professionalisering. Het is een illusie te denken dat in de huidige wereld van Internet en sociale netwerken sociaal-medische beoordelingen “geheim” kunnen worden gehouden. Voorlopig kan dit worden bevorderd door publicaties in TBV.

8.1. Tot slot

Mediprudentie vergt inspanning. Het is een professionele methode voor deskundigheidsbevordering. Het is het waard om te onderzoeken op welke manier dit in het traject van herregistratie gewaardeerd kan worden. De rubriek “overige deskundigheidsbevordering” biedt daarvoor mogelijkheden. Dit is wellicht mogelijk als het visitatietraject de komende twee jaar ontwikkeld gaat worden.

9. Bijlagen

9.1. Mediprudentie Format

Het Mediprudentie Format begint met **Trefwoorden**. Zit daar iets tussen wat interesseert of wat aansluit bij het onderwerp waarop men in de database zoekt, gaat men verder; als dat niet zo is, hoeft men niet nader te kijken en kan men desgewenst de trefwoordenstrategie aanpassen. Dit kost zeer weinig tijd.

Om te zien of doorlezen zin heeft, is er het **Vignet**. In het Vignet wordt het dilemma of het vraagstuk beschreven als mede het (korte) antwoord daarop. Men kan dan zeer snel zien of de casus antwoorden of informatie in zich bergt die voor de zoekvraag een antwoord zouden kunnen bieden.

Voorafgaande aan het 'Commentaar' is er de **Samenvatting Verzekeringsgeneeskundige Rapportage**. In de Samenvatting Verzekeringsgeneeskundige Rapportage wordt de casus geschetst met alleen die informatie die voor het begrip van het dilemma of vraagstuk van belang is, als inleiding voor het commentaar.

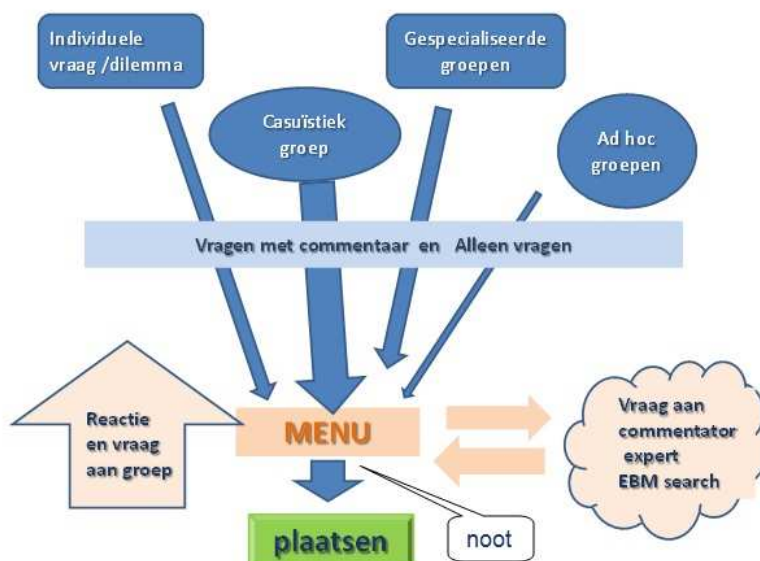
Het één na laatste onderdeel is dus het **Commentaar**. In het Commentaar wordt het vraagstuk of het dilemma geschetst, aangegeven (door middel van voetnoten) hoe naar gegevens en antwoorden is gezocht (protocollen, richtlijnen, EBM, spiegelgroepen) en tot welke conclusie men is gekomen.

Het schrijven van een commentaar

- Start met het kernachtig formuleren van de conclusie
 - Op welke vraag is de conclusie een antwoord?
 - En waarom is dat voor ons vak belangrijk (relevant)?
 - Hoe werd de zoektocht naar antwoorden aangepakt?
 - Wat werd er bij deze zoektocht gevonden?
- conclusie
inleiding
- aanpak
uitwerking:
of literatuur - theorie
of andere Mediprudentie
of handelingsalternatieven
beschouwing -(discussie)
- Wat moeten we met deze informatie?
 - Afweging van argumenten voor en tegen
 - Suggesties en opmerkingen bijvoorbeeld voor nader onderzoek, voor andere casuïstiek
 - **Literatuurverwijzing**

Ten slotte volgt de oorspronkelijke, geanonimiseerde **Verzekeringsgeneeskundige Rapportage** waarin men zich, indien gewenst, op de vaak complexe materie aangaande de oorspronkelijke beoordeling, tot in detail kan verdiepen.

9.2. Format proces Mediprudentie



9.3. Format beoordeling door MENU

Beoordelingspunten Casus + Commentaar door MENU

Tips bij het schrijven van het commentaar

Algemeen:
Anoniem?
Vorm en taal

Gegevens van natuurlijke personen als van rechtspersonen zullen worden geanonimiseerd indien en voor zover zij de belanghebbende direct kunnen identificeren. Dat geldt ook voor gegevens van personen in dienst van een rechtspersoon, van familieleden, zaakwaarnemer etc.
Naam, adres woonplaats [cliënt A] of [woonplaats B].
Kantoor, naam verzekeringsarts weglaten.
Van 1^e ziekte dag alleen jaar en maand vermelden.
Gezinsituaties: alleen globaal beschrijven.
Geboortedata vervangen door geboortejahr, eventueel leeftijd + of - 5 jaar aanpassen.
Sofinummer, paspoortnummer, nummer identiteitskaarten etc. verwijderen.
Gegevens derden, zoals behandelaars, ziekenhuizen, instituten vervangen door huisarts [C], ziekenhuis [D].

Trefwoorden:
Relevant?
Aanvullen?

Denk aan: Kernpunt van de vraag - dilemma
Denk verder aan: - Cas-code, - diagnose, - kader wet-regelgeving,
- toepassing protocol/richtlijn

Vignet:
Vraag/ dilemma
Eén duidelijke vraag?
Vraag voldoende herkenbaar ?
Relevant ?

Het vignet beschrijft kort en bondig vraag en antwoord.
Let op: hier ligt dus de kern van deze Mediprudentiecassus.
Als lezer besluit je hier: lees ik door of niet....
Het geheel wint aan duidelijkheid als men zich hier beperkt tot één vraag- dilemma.

*In het proces van Mediprudentie "maken" blijkt het niet zo simpel om tot het kernprobleem te komen en dat dan helder te beschrijven. Toch wint de casus aan kracht als dit lukt! Want dan vormt het een stevige basis voor uw commentaar. Besteed voldoende aandacht aan het onderzoeken en het formuleren van het probleem.
Vraag een ander eens om feedback, neem eens afstand en kijk dan weer....*

Samenvatting:
Bondig genoeg?

Hier staat een goede casusschets waar relevante info op casusniveau te vinden is.
Na deze samenvatting begrijpt u het dilemma op het niveau van de individuele casus.

Commentaar:
Aanwezig?
Kernpunt geraakt?
Voldoende niveau?
- voldoende heldere argumenten?
- kracht en geldigheid
- evidence aanwezig?
- verwijzing naar onderliggende stukken duidelijk?
- conclusie sluit aan?

Het vraagstuk dilemma wordt hier voorzien van commentaar uit meerdere invalshoeken.
- Wat zijn argumenten voor en tegen?
- Wat is de kracht en geldigheid van deze argumenten?
De argumenten worden logisch met elkaar verbonden en afgewogen.
Daarmee wordt de eindconclusie onderbouwd en ook goed te volgen voor de lezer.
Indien aanwezig wordt dit aangevuld met literatuurverwijzingen, gegeven zoals dat algemeen gebruikelijk is bij publicaties.

VA Rapportage:
Opmerkingen?

Hier kunt u de hele rapportage of het advies toevoegen.
Niet iedereen zal dit op den duur lezen, maar voor de MENU is het nu noodzakelijk om goed commentaar te schrijven.

Verdieping gewenst?

Welk punt zou verder moeten worden uitgewerkt?

Nog andere aspecten/dilemma's interessant voor toekomstige uitwerking?

Komt u kennislacunes tegen, of andere interessante punten voor nadere uitwerking?
Noteer deze dan.

HOE VERDER (acties MENU)

Afgerond: Plaatsen

Vervolg:

Naar groep met vraagstelling
Naar commentator met vraagstelling
Naar expert met vraagstelling
Eindbewerking door secretariaat (evt. noot MENU)
Niet geschikt, omdat...

9.4. Format terugkoppeling door MENU

Terugkoppeling MENU naar inbrenger n.a.v. commentaar:

Codenummer Casus

Datum ontvangst en inhoudelijke reacties
MENU

Datum en reactie van de Mediprudentiegroep

9.5. Vragenlijst Groepsbegeleiders

Vragenlijst evaluatie groepsbegeleiders April 2012 looptijd project 2010-2012

NAAM <i>Niet verplicht</i>	Telefoonnummer waarop u terug gebeld wilt worden, indien nodig (<i>Niet verplicht</i>)			
De feiten				
1	1a) Uit hoeveel leden bestaat uw casuïstiekgroep?			
	Tot 6	6 tot 9	Meer dan 9	
	1b) Hoe lang bestaat uw casuïstiekgroep?			
	Bestaat niet meer	2 tot 5 jaar	Minder dan 2 jaar	
	1c) Hoe vaak bent u in de laatste 12 maanden bijeen gekomen?			
	Nooit	1-3 keer	3-6 keer	Vaker dan 6 keer
Uw ervaring				
2	2a) Hoe heeft uw casuïstiekgroep het ontwikkelen van een Mediprudentie casus ervaren?			
	2b) Wat goed ging is....			
	2c) Wat beter kan is...			
3	3 a) Hoe heeft u het begeleiden van de casuïstiekgroep ervaren t.b.v. Mediprudentie?			
	3b) Wat goed ging is....			
	3c) Wat beter kan is...			
4	4) Geef aan in welke mate u op uw kantoor onder de groep artsen belangstelling ervaart voor Mediprudentie? <i>Plaats een X om uw antwoord aan te geven.</i>			
	Geen enkele belangstelling	Geringe belangstelling	Enige belangstelling	Veel belangstelling
	Toelichting:			
Werkwijze duidelijk				
5	5a) Heeft u de afgelopen twee jaar meer helderheid gekregen over de manier waarop Mediprudentie gevormd kan worden? <i>Plaats een X om uw antwoord aan te geven.</i>			
	Ja	Nee	Twijfelachtig	

	<p>5b) Wat heeft daarbij geholpen: (denk daarbij o.a. aan handreiking, centrale bijeenkomst, toelichting door een lid MENU)</p> <p>5c) Wat heeft u gemist:</p>												
6	<p>Bent u bekend met de volgende mogelijkheden in de werkwijze? Meerdere antwoorden mogelijk. <i>Plaats een X om uw antwoord aan te geven.</i></p> <p>6 a) U kunt alleen een vraagstelling en een casus inleveren bij de MENU</p> <table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nee</td> </tr> </table> <p>6b) U kunt vragen een commentator-specialist te schakelen bij een concrete casus</p> <table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nee</td> </tr> </table> <p>6c) U kunt vragen een EBM search te laten doen bij een concrete casus</p> <table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nee</td> </tr> </table> <p>6d) Ook individuen kunnen een Mediprudentie casus inleveren bij de MENU</p> <table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nee</td> </tr> </table> <p>6e) De hier bovengenoemde uitbreiding van de werkwijze verbetert de vorming van Mediprudentie</p> <table border="1"> <tr> <td>Helemaal oneens</td> <td>Enigszins oneens</td> <td>Enigszins eens</td> <td>Helemaal eens</td> </tr> </table> <p>Toelichting</p>	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Ja	Nee	Helemaal oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Helemaal eens
Ja	Nee												
Ja	Nee												
Ja	Nee												
Ja	Nee												
Helemaal oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Helemaal eens										
Handreiking													
7	<p>7a) De "handreiking" Mediprudentie is mij bekend <i>Plaats een X om uw antwoord aan te geven.</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Ja</td> <td>Nee</td> <td>Wel eens gezien /gehoord</td> </tr> </table> <p><i>Als u met Ja hebt geantwoord, beantwoord dan ook 7b en 7c:</i></p> <p>7b) De handreiking beschrijft de processtappen van de Mediprudentievorming helder</p> <table border="1"> <tr> <td>Helemaal oneens</td> <td>Enigszins oneens</td> <td>Enigszins eens</td> <td>Helemaal eens</td> </tr> </table> <p>7c) Indien u verbetering van de handreiking aanbeveelt, aan welke punten zou dan gewerkt moeten worden?</p>	Ja	Nee	Wel eens gezien /gehoord	Helemaal oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Helemaal eens					
Ja	Nee	Wel eens gezien /gehoord											
Helemaal oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Helemaal eens										
Aangeleverde casuïstiek													
8	<p>Hoeveel casus heeft uw casuïstiekgroep in totaal ingeleverd bij de MENU? <i>Plaats een X o</i></p> <p>0 één casus Heeft u geen casus in geleverd bij de MENU, ga dan nu door naar vraag 15 0 twee casus Heeft u een of meer casus ingeleverd, beantwoord dan onderstaande vragen 0 meer dan twee</p>												
9	<p>Over de kwaliteit van de door ons aangeleverde vraagstellingen ben ik <i>Plaats een X om uw antwoord aan te geven</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Zeer ontevreden</td> <td>Enigszins ontevreden</td> <td>Enigszins tevreden</td> <td>Zeer tevreden</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p>	Zeer ontevreden	Enigszins ontevreden	Enigszins tevreden	Zeer tevreden								
Zeer ontevreden	Enigszins ontevreden	Enigszins tevreden	Zeer tevreden										
10	<p>Over de kwaliteit van de door ons aangeleverde commentaren ben ik</p> <table border="1"> <tr> <td>Zeer ontevreden</td> <td>Enigszins</td> <td>Enigszins</td> <td>Zeer</td> </tr> </table>	Zeer ontevreden	Enigszins	Enigszins	Zeer								
Zeer ontevreden	Enigszins	Enigszins	Zeer										

	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>ontevreden</td> <td>tevreden</td> <td>tevreden</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p>		ontevreden	tevreden	tevreden										
	ontevreden	tevreden	tevreden												
11	<p>Gedurende de looptijd van dit project vind ik de kwaliteit van de vraagstellingen</p> <table border="1"> <tr> <td>Verslechterd</td> <td>Geen verandering</td> <td>Enigszins verbeterd</td> <td>Sterk verbeterd</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p>	Verslechterd	Geen verandering	Enigszins verbeterd	Sterk verbeterd										
Verslechterd	Geen verandering	Enigszins verbeterd	Sterk verbeterd												
12	<p>Gedurende de looptijd van dit project vind ik de kwaliteit van de commentaren</p> <table border="1"> <tr> <td>Verslechterd</td> <td>Geen verandering</td> <td>Enigszins verbeterd</td> <td>Sterk verbeterd</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p>	Verslechterd	Geen verandering	Enigszins verbeterd	Sterk verbeterd										
Verslechterd	Geen verandering	Enigszins verbeterd	Sterk verbeterd												
Tijdsbesteding															
13	<p>13a) Hoeveel tijd kost het maken van een Mediprudentiecassus gemiddeld?</p> <table border="1"> <tr> <td>2 bijeenkomsten</td> <td>3 bijeenkomsten</td> <td>4 of meer bijeenkomsten</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p> <p>13b) Hoeveel tijd kost het schrijven van het commentaar gemiddeld?</p> <table border="1"> <tr> <td>1-3 uur</td> <td>3 -6 uur</td> <td>6-12 uur</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p> <p>13c) Zoekt de groep literatuur om het commentaar mee te onderbouwen?</p> <table border="1"> <tr> <td>Nooit</td> <td>Incidenteel</td> <td>Soms</td> <td>Altijd</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p> <p>13d) Hoeveel tijd kost het zoeken/verwerken van evidence gemiddeld?</p> <table border="1"> <tr> <td>Geen idee</td> <td>1-3 uur</td> <td>3 -6 uur</td> <td>6-12 uur</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p>	2 bijeenkomsten	3 bijeenkomsten	4 of meer bijeenkomsten	1-3 uur	3 -6 uur	6-12 uur	Nooit	Incidenteel	Soms	Altijd	Geen idee	1-3 uur	3 -6 uur	6-12 uur
2 bijeenkomsten	3 bijeenkomsten	4 of meer bijeenkomsten													
1-3 uur	3 -6 uur	6-12 uur													
Nooit	Incidenteel	Soms	Altijd												
Geen idee	1-3 uur	3 -6 uur	6-12 uur												
Feedback MENU															
14	<p>14a) Over de snelheid van afhandelen van onze casus door de MENU ben ik <i>Plaats een X om uw antwoord aan te geven.</i></p> <table border="1"> <tr> <td>Zeer ontevreden</td> <td>Enigszins ontevreden</td> <td>Enigszins tevreden</td> <td>Zeer tevreden</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p> <p>14 b) Over de inhoud van de feedback van de MENU ben ik</p> <table border="1"> <tr> <td>Zeer ontevreden</td> <td>Enigszins ontevreden</td> <td>Enigszins tevreden</td> <td>Zeer tevreden</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p> <p>14c) Met de manier waarop ik feedback kreeg (schriftelijk) ben ik</p> <table border="1"> <tr> <td>Zeer ontevreden</td> <td>Enigszins ontevreden</td> <td>Enigszins tevreden</td> <td>Zeer tevreden</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p> <p>14d) Mijn verbeter suggesties zijn:</p>	Zeer ontevreden	Enigszins ontevreden	Enigszins tevreden	Zeer tevreden	Zeer ontevreden	Enigszins ontevreden	Enigszins tevreden	Zeer tevreden	Zeer ontevreden	Enigszins ontevreden	Enigszins tevreden	Zeer tevreden		
Zeer ontevreden	Enigszins ontevreden	Enigszins tevreden	Zeer tevreden												
Zeer ontevreden	Enigszins ontevreden	Enigszins tevreden	Zeer tevreden												
Zeer ontevreden	Enigszins ontevreden	Enigszins tevreden	Zeer tevreden												
Gebruik Mediprudentie commentaren															
15	<p>Heeft u de Kennisbank Mediprudentie bij het UWV wel eens geraadpleegd?</p> <p>0) ja , ga door met vraag 16</p> <p>0) nee, indien nee, wilt u dit toelichten? Ga dan door met vraag 18</p>														

16	<p>16a) Over de toegankelijkheid van de Mediprudentie resultaten (commentaar en casus) op de Kennisbank UWV ben ik</p> <table border="1" data-bbox="320 253 1220 320"> <tr> <td>Zeer ontevreden</td> <td>Enigszins ontevreden</td> <td>Enigszins tevreden</td> <td>Zeer tevreden</td> </tr> </table> <p>Toelichting:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Systeem is snel genoeg <input type="checkbox"/> Indeling is duidelijk <input type="checkbox"/> Ik kan op verschillende manier zoeken <input type="checkbox"/> Anders, namelijk <p>16b) Over de kwaliteit van de commentaren die nu op de Kennisbank staan ben ik</p> <table border="1" data-bbox="320 546 1220 613"> <tr> <td>Zeer ontevreden</td> <td>Enigszins ontevreden</td> <td>Enigszins tevreden</td> <td>Zeer tevreden</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p>	Zeer ontevreden	Enigszins ontevreden	Enigszins tevreden	Zeer tevreden	Zeer ontevreden	Enigszins ontevreden	Enigszins tevreden	Zeer tevreden
Zeer ontevreden	Enigszins ontevreden	Enigszins tevreden	Zeer tevreden						
Zeer ontevreden	Enigszins ontevreden	Enigszins tevreden	Zeer tevreden						
17	<p>De commentaren die er nu op de kennisbank te vinden zijn voor mijn beoordelingen</p> <table border="1" data-bbox="320 712 1220 779"> <tr> <td>Van geen betekenis</td> <td>Enigszins bruikbaar</td> <td>Bruikbaar</td> <td>Zeer bruikbaar</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Behandelde onderwerpen spreken mij niet aan <input type="checkbox"/> Kwaliteit commentaren vind ik onvoldoende <input type="checkbox"/> Andere bronnen en methoden leveren meer op voor mijn oordeelsvorming <input type="checkbox"/> Anders, namelijk 	Van geen betekenis	Enigszins bruikbaar	Bruikbaar	Zeer bruikbaar				
Van geen betekenis	Enigszins bruikbaar	Bruikbaar	Zeer bruikbaar						
<p>Gebruik Mediprudentie bevorderen</p>									
18	<p>Wat zou zeker gedaan moeten worden om het <i>gebruik</i> van Mediprudentie databank commentaren te bevorderen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Weet ik niet <input type="checkbox"/> Niets <input type="checkbox"/> De volgende punten (<i>meerdere antwoorden mogelijk</i>) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Meer evidence in de commentaren verwerken <input type="checkbox"/> Toegang database verbeteren <input type="checkbox"/> Casuïstiek rond dilemma's protocollen ordenen <input type="checkbox"/> Toegang besloten houden voor verzekeringsartsen <input type="checkbox"/> Mediprudentie niet neerzetten als <i>de</i> norm <input type="checkbox"/> Meer aandacht en informatie geven <p>Mijn aanvulling:</p>								
<p>Ontwikkeling bevorderen</p>									
19	<p>Welke knelpunten spelen er op dit moment bij de <i>vorming / ontwikkeling</i> van Mediprudentie?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Weet ik niet <input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> De volgende punten... (<i>meerdere antwoorden mogelijk</i>) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Geringe belangstelling onder verzekeringsartsen <input type="checkbox"/> De werkwijze is onvoldoende bekend <input type="checkbox"/> Te veel accent op de verplichting van casuïstiekgroepen <input type="checkbox"/> Het is te onzeker voor wie de resultaten toegankelijk worden <input type="checkbox"/> Stimulans door de organisatie wordt niet ervaren <input type="checkbox"/> Het schrijven van commentaar kost veel tijd <input type="checkbox"/> Formuleren van bruikbare vraagstellingen is lastig <input type="checkbox"/> Het aantal commentaren is te klein om te gebruiken <input type="checkbox"/> Niet vaardig genoeg met EBM toepassing <input type="checkbox"/> Implementatie heeft weinig aandacht gekregen <p>Mijn aanvulling:</p>								

20	<p>Welke randvoorwaarden vindt u noodzakelijk om tot goede Mediprudentie te komen?</p> <p>0 Tijd 0 Ondersteuning management 0 Belangstelling motivatie in de eigen groep collegae 0 Kunnen uitbesteden van EBM searches 0 Anders, namelijk...</p>																				
Meerwaarde Mediprudentie																					
21	<p>De meerwaarde van Mediprudentie is voor mij</p>																				
22	<p>Geef aan in welke mate u het met de volgende stellingen eens bent en vul aan. <i>Plaats een X om uw antwoord aan te geven.</i></p> <p>22 a) Mediprudentie biedt de verzekeringsarts op termijn ijkpunten bij de beoordeling</p> <table border="1" data-bbox="319 678 1235 745"> <tr> <td>Zeer mee oneens</td> <td>Enigszins oneens</td> <td>Enigszins eens</td> <td>Zeer mee eens</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p> <p>22 b) De vorming van Mediprudentie stimuleert deskundigheidsbevordering</p> <table border="1" data-bbox="319 844 1235 911"> <tr> <td>Zeer mee oneens</td> <td>Enigszins oneens</td> <td>Enigszins eens</td> <td>Zeer mee eens</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p>	Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens	Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens												
Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens																		
Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens																		
Stellingen																					
23	<p>Geef uw mening over de volgende stellingen:</p> <p>23a) Mediprudentie moet ook toegankelijk zijn voor verzekeringsartsen die niet bij UWV werken <i>Plaats een X om uw antwoord aan te geven.</i></p> <table border="1" data-bbox="319 1140 1235 1207"> <tr> <td>Zeer mee oneens</td> <td>Enigszins oneens</td> <td>Enigszins eens</td> <td>Zeer mee eens</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p> <p>23b) De resultaten van Mediprudentie behoren ook op termijn <u>niet</u> openbaar te zijn voor iedereen</p> <table border="1" data-bbox="319 1332 1235 1400"> <tr> <td>Zeer mee oneens</td> <td>Enigszins oneens</td> <td>Enigszins eens</td> <td>Zeer mee eens</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p> <p>23c) Ook cliënten (en anderen) zouden onderwerpen en casuïstiek voor Mediprudentie ontwikkeling moeten kunnen aanbrengen bij de MENU</p> <table border="1" data-bbox="319 1525 1235 1592"> <tr> <td>Zeer mee oneens</td> <td>Enigszins oneens</td> <td>Enigszins eens</td> <td>Zeer mee eens</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p> <p>23d) Het betrekken van cliëntenverenigingen bij de <i>vorming</i> van Mediprudentie heeft meerwaarde</p> <table border="1" data-bbox="319 1695 1235 1762"> <tr> <td>Zeer mee oneens</td> <td>Enigszins oneens</td> <td>Enigszins eens</td> <td>Zeer mee eens</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p> <p>23e) Het uitwerken van een Mediprudentiecasijs dient gewaardeerd te worden in de deskundigheidsbevordering (i.v.m. herregistratie)</p> <table border="1" data-bbox="319 1888 1235 1955"> <tr> <td>Zeer mee oneens</td> <td>Enigszins oneens</td> <td>Enigszins eens</td> <td>Zeer mee eens</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p>	Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens	Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens	Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens	Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens	Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens
Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens																		
Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens																		
Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens																		
Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens																		
Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens																		

Wilt u zo vriendelijk zijn deze aanvullende vragen (24- 31) over EBM ook te beantwoorden ten behoeve van onderzoek door het KCVG?			
24	Heeft u EBM onderwijs gehad in het verleden? <i>Plaats een X om uw antwoord aan te geven.</i>	Ja	Nee
	Zo ja, welke cursus? 0 EBM Expert cursus	0 Andere cursus, nl	
25	Was er EBM deskundigheid in uw Mediprudentieteam?	Ja	Nee
26	Hoe belangrijk vindt u het om evidence (info uit richtlijn, Pubmed, review) te gebruiken in Mediprudentiecasuïstiek? <i>Zet één kruis bij het cijfer in de reeks hieronder (0 betekent 'niet belangrijk' en 10 'buitengewoon belangrijk').</i>		
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
	Niet Buitengewoon		
27	Hoeveel vertrouwen heeft u in uw eigen kennis en vaardigheden om evidence (info uit richtlijn, Pubmed, of review) te zoeken en toe te passen in Mediprudentie? <i>Zet één kruis bij het cijfer in de reeks hieronder (0 betekent 'niet belangrijk' en 10 'buitengewoon belangrijk').</i>		
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		
	Geen Buitengewoon		
28	Ziet u mogelijkheden om het gebruik van evidence in Mediprudentiecaser te verbeteren? Ja Nee Beschrijf welke mogelijkheden:		
29	Welke stappen in het proces van zoeken en toepassen van evidence in Mediprudentie beheerst u al?		
	a) Het formuleren van een beantwoordbare medische vraag in een Mediprudentiecaser	ja	nee
	b) Het zoeken van evidence in medische literatuur (bv richtlijn, Pubmed, Cochrane Library) n.a.v. een Mediprudentiecaser	ja	nee
	c) Het beoordelen van de medische literatuur op kwaliteit	ja	nee
	d) Het vertalen van de evidence in literatuur naar de eigen Mediprudentiecaser	ja	nee
30	Waar draagt het gebruik van evidence in een Mediprudentiecaser volgens u aan bij?		
	a) Volledigheid van de Mediprudentiecaser	ja	nee
	b) Geloofwaardigheid van de Mediprudentiecaser	ja	nee
	c) Onderbouwing VG oordeel in Mediprudentiecaser	ja	nee
	d) Andere bijdrage, namelijk		
31	Het gebruiken van evidence bij Mediprudentie verbetert voor mij als verzekeringsarts		
	Mijn professionaliteit	Ja	nee
	Het plezier in mijn werk	Ja	nee
	Andere verbetering, namelijk		
Het laatste woord aan u			
Wat wilt u nog in overweging geven aan de evaluatiecommissie?			
Hartelijk dank voor uw medewerking!			

9.6. Vragenlijst MENU-leden

Vragenlijst evaluatie MENUleden April 2012 looptijd project 2010-2012

NAAM <i>Niet verplicht</i>									
	Uw ervaring								
1.	Geef in een paar zinnen uw voornaamste ervaring met Mediprudentie in de MENU weer.								
	Meerwaarde								
2	De meerwaarde van Mediprudentie zit volgens mij vooral in (vul aan)								
3	<p>In welke mate bent u het eens met de volgende stellingen op grond van uw ervaring in de MENU: <i>Plaats een X om uw antwoord aan te geven.</i></p> <p>3a) Mediprudentie biedt de verzekeringsarts op termijn ijkpunten bij de beoordeling</p> <table border="1"> <tr> <td>Zeer mee oneens</td> <td>Enigszins oneens</td> <td>Enigszins eens</td> <td>Zeer mee eens</td> </tr> </table> <p>3b) De vorming van Mediprudentie stimuleert deskundigheidsbevordering</p> <table border="1"> <tr> <td>Zeer mee oneens</td> <td>Enigszins oneens</td> <td>Enigszins eens</td> <td>Zeer mee eens</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p> <p>Heeft u nog opmerkingen naar aanleiding van deze stellingen? Of wilt u er een stelling aan toevoegen?</p>	Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens	Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens
Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens						
Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens						
	Ingebracht materiaal								
4	<p>Als lid van de MENU heeft u veel casus in verschillende stadia langs zien komen. In welke mate bent u het eens met de volgende stellingen: <i>Plaats een X op de plaats om uw antwoord aan te geven.</i></p> <p>Over de kwaliteit van de aangeleverde vraagstellingen ben ik</p> <table border="1"> <tr> <td>Zeer ontevreden</td> <td>Enigszins ontevreden</td> <td>Enigszins tevreden</td> <td>Zeer tevreden</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p>	Zeer ontevreden	Enigszins ontevreden	Enigszins tevreden	Zeer tevreden				
Zeer ontevreden	Enigszins ontevreden	Enigszins tevreden	Zeer tevreden						
5	<p>Over de kwaliteit van het aangeleverde commentaren ben ik</p> <table border="1"> <tr> <td>Zeer ontevreden</td> <td>Enigszins ontevreden</td> <td>Enigszins tevreden</td> <td>Zeer tevreden</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p>	Zeer ontevreden	Enigszins ontevreden	Enigszins tevreden	Zeer tevreden				
Zeer ontevreden	Enigszins ontevreden	Enigszins tevreden	Zeer tevreden						
6	<p>Gedurende de looptijd van dit project vind ik de kwaliteit van de vraagstellingen</p> <table border="1"> <tr> <td>Verslechterd</td> <td>Geen verandering</td> <td>Enigszins verbeterd</td> <td>Sterk verbeterd</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p>	Verslechterd	Geen verandering	Enigszins verbeterd	Sterk verbeterd				
Verslechterd	Geen verandering	Enigszins verbeterd	Sterk verbeterd						

7	<p>Gedurende de looptijd van dit project vind ik de kwaliteit van de commentaren</p> <table border="1"> <tr> <td>Verslechterd</td> <td>Geen verandering</td> <td>Enigszins verbeterd</td> <td>Sterk verbeterd</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p>	Verslechterd	Geen verandering	Enigszins verbeterd	Sterk verbeterd
Verslechterd	Geen verandering	Enigszins verbeterd	Sterk verbeterd		
Tijdsbesteding					
8	<p>Kunt u op grond van uw eigen ervaring een inschatting geven hoeveel tijd de revisie van een <i>gemiddelde</i> commentaar op een casus kost?</p> <table border="1"> <tr> <td>Geen idee</td> <td>1-3 uur</td> <td>3-6 uur</td> <td>6-12 uur</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p>	Geen idee	1-3 uur	3-6 uur	6-12 uur
Geen idee	1-3 uur	3-6 uur	6-12 uur		
Bevorderen vorming en gebruik Mediprudentie					
9	<p>Welke knelpunten spelen er op dit moment bij de vorming/ontwikkeling van Mediprudentie?</p> <p><input type="checkbox"/> Weet ik niet</p> <p><input type="checkbox"/> Geen</p> <p><input type="checkbox"/> Ik meen dat het volgende van invloed is: (meerdere antwoorden mogelijk)</p> <p><input type="checkbox"/> Geringe belangstelling onder verzekeringsartsen</p> <p><input type="checkbox"/> De werkwijze is onvoldoende bekend</p> <p><input type="checkbox"/> Te veel accent op de verplichting van casuïstiekgroepen</p> <p><input type="checkbox"/> Het is te onzeker voor wie de resultaten toegankelijk worden</p> <p><input type="checkbox"/> Stimulans door de organisatie wordt niet ervaren</p> <p><input type="checkbox"/> Het schrijven van commentaar kost veel tijd</p> <p><input type="checkbox"/> Formulieren van bruikbare vraagstellingen is lastig</p> <p><input type="checkbox"/> Het aantal commentaren is te klein om te gebruiken</p> <p><input type="checkbox"/> EBM toepassing wordt te weinig benut</p> <p><input type="checkbox"/> Implementatie heeft weinig aandacht gekregen</p> <p>Mijn aanvulling:.....</p>				
10	<p>Wat zou zeker gedaan moeten worden om het gebruik van Mediprudentie te bevorderen?</p> <p><input type="checkbox"/> Weet ik niet</p> <p><input type="checkbox"/> Niets</p> <p><input type="checkbox"/> Mijn suggesties zijn...(meerdere antwoorden mogelijk)</p> <p><input type="checkbox"/> Meer evidence in de commentaren verwerken</p> <p><input type="checkbox"/> Toegang database verbeteren</p> <p><input type="checkbox"/> Casuïstiek rond dilemma's protocollen ordenen</p> <p><input type="checkbox"/> Toegang besloten houden voor verzekeringsartsen</p> <p><input type="checkbox"/> Mediprudentie niet neerzetten als <i>de</i> norm</p> <p><input type="checkbox"/> Geen verplichting tot deelname bij vorming Mediprudentie</p> <p><input type="checkbox"/> Meer aandacht en informatie geven</p> <p>Mijn aanvulling</p>				
11	<p>Welke randvoorwaarden vindt u noodzakelijk om tot goede Mediprudentie te komen?</p>				
12	<p>Over de manier waarop de handreiking nu de Mediprudentie processtappen beschrijft ben ik</p> <table border="1"> <tr> <td>Zeer ontevreden</td> <td>Enigszins ontevreden</td> <td>Enigszins tevreden</td> <td>Zeer tevreden</td> </tr> </table> <p>Indien u verbetering van de handreiking aanbeveelt, aan welke concrete punten zou dan gewerkt moeten worden?</p>	Zeer ontevreden	Enigszins ontevreden	Enigszins tevreden	Zeer tevreden
Zeer ontevreden	Enigszins ontevreden	Enigszins tevreden	Zeer tevreden		

	De MENU nu en straks																				
12	Wat zijn uw ervaringen met de samenstelling van de huidige MENU en de werkwijze (denk aan samenstelling MENU, vergaderfrequentie, werkwijze)?																				
13	Welke aandachtspunten/verbeterpunten heeft u voor de grootte, samenstellingen werkwijze (incl. vergaderfrequentie) van een toekomstige MENU?																				
	Stellingen																				
14	<p>Geef uw mening over de volgende stellingen:</p> <p>14a) Mediprudentie moet ook toegankelijk zijn voor verzekeringsartsen die niet bij UWV werken</p> <table border="1"> <tr> <td>Zeer mee oneens</td> <td>Enigszins oneens</td> <td>Enigszins eens</td> <td>Zeer mee eens</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p> <p>14b) De resultaten van Mediprudentie behoren ook op termijn <u>niet</u> voor iedereen toegankelijk te zijn</p> <table border="1"> <tr> <td>Zeer mee oneens</td> <td>Enigszins oneens</td> <td>Enigszins eens</td> <td>Zeer mee eens</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p> <p>14c) Ook cliënten (en anderen) zouden onderwerpen en casuïstiek voor Mediprudentie ontwikkeling moeten kunnen aanbrengen</p> <table border="1"> <tr> <td>Zeer mee oneens</td> <td>Enigszins oneens</td> <td>Enigszins eens</td> <td>Zeer mee eens</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p> <p>14d) Het betrekken van cliëntenverenigingen bij de <i>vorming</i> van Mediprudentie heeft meerwaarde</p> <table border="1"> <tr> <td>Zeer mee oneens</td> <td>Enigszins oneens</td> <td>Enigszins eens</td> <td>Zeer mee eens</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p> <p>14e) Het uitwerken van een Mediprudentiecasis dient gewaardeerd te worden in de deskundigheidsbevordering (i.v.m. herregistratie)</p> <table border="1"> <tr> <td>Zeer mee oneens</td> <td>Enigszins oneens</td> <td>Enigszins eens</td> <td>Zeer mee eens</td> </tr> </table> <p>Toelichting...</p>	Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens	Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens	Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens	Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens	Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens
Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens																		
Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens																		
Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens																		
Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens																		
Zeer mee oneens	Enigszins oneens	Enigszins eens	Zeer mee eens																		
	Het laatste woord aan u																				
15	Wat wilt u nog in overweging geven voor de evaluatie?																				
Hartelijk dank voor uw medewerking!																					