

de probleemanalyse.'

Na de pauze volgden inleidingen over artsaansprakelijkheid van de specialisten Ursula Wandl, Jürgen Steiger en Andreas Steck, met als coreferent Anton Schnyder, jurist. Een zeer inzichtelijk discours waarbij de aansprakelijkheid van de arts in een gecompliceerd geval van een SLE-patiënt gedemonstreerd werd. De mate waarin hier de diagnostiek en behandeling gereconstrueerd werden, was indrukwekkend en toonde voor mij aan dat goede dossiervorming essentieel is en blijft.

Slotspreker was Marcel Weber, filosoof met een prachtig discours. Na een simpel begin ('x is de – of één van de – oorza(a)k(en) van y. Hoe kunnen we dat weten?') liet hij de deelnemers de verschillende benaderingen zien. Van de sceptische benadering van David Hume tot de inductieve gevolgtrekking tot benaderingen van manipuleerbaarheid. Na een betoog over theorieën van evidentie (hypothetisch, deductief, uitsluiten

van bias, theorema van Bayes) gaf hij een voorbeeld uit de moleculaire biologie, waarbij men uiteindelijk de beste verklaring voor een experiment aannam. De beste verklaring = een plausibel mechanisme, maar wat is een plausibel mechanisme? Dat varieert al naar gelang de achtergrond, de stand van de wetenschap, enzovoort. Zijn conclusies: een experiment moet een plausibel mechanisme beschrijven. Een mechanisme is een causaal begrip, dat door achtergrondaannames en achtergrondwetenschap wordt beïnvloed: dus pas op! De geldigheid van onze kennis hangt steeds af van de achtergrondaannames.

Al met al een krachtig pleidooi voor onbevangen en kritisch nadenken over onze argumentatie en conclusies en een mooi symposium over de kern van ons werk.

N.H.Th. Croon

CONGRESVERSLAG

Werkconferentie Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde 2008

In februari 2008 vond de tweede werkconferentie van het Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde AMC-UWV-VUmc (KCVG) plaats. Tijdens deze werkconferentie werden 18 onderzoeksprojecten van het KCVG, TNO en UMCG ter bevordering van de academisering van de verzekeringsgeneeskunde door professionals en onderzoekers besproken. De TBV-lezers zijn hierover al eens geïnformeerd.¹ Wij doen verslag van de voor de beroepsgroep belangrijke discussies over deze academiseringsprojecten.

Op basis van de discussie werden enige tendensen signaleerd:

1. Het accent van de thans lopende projecten ligt op proces- en uitkomstgeoriënteerde onderzoeken bij de verzekeringsgeneeskundige beoordeling.
2. De uitkomstmaten zijn veelal op de effectiviteit gericht; in een minderheid van de projecten wordt ook de kosteneffectiviteit onderzocht.
3. De meetinstrumenten zijn gebaseerd op gegevens en informatie uit vragenlijsten, (semi)gestructureerde interviews, dossiers en databases.

4. De kwaliteit van veel meetinstrumenten is voorafgaand aan het onderzoek onbekend. Als de kwaliteit van meetinstrumenten wel is onderzocht, is dit buiten de verzekeringsgeneeskundige sector gebeurd. Een aantal meetinstrumenten wordt daarom in de loop van het onderzoek ontwikkeld en onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit.
5. Verzekeringsartsen en cliënten krijgen gemiddeld genomen beiden ongeveer dezelfde aandacht in het totale programma. Soms ligt het accent op (het functioneren van) de arts, soms op (beleving, participatie-effecten van) de cliënt, of op beiden.

In de presentaties over de academiseringsprojecten werd aandacht besteed aan de voortgang, soms al compleet met tussentijdse resultaten. De meeste projecten zijn inmiddels toe aan dataverzameling waarbij een beroep wordt gedaan op UWV-collega's in verschillende regio's. Aangezien het verzamelen van data binnen UWV nu eenmaal een tijdsinvestering vraagt, is het voor de onderzoekers werkzaam bij het KCVG van belang om de motivatie en bereidheid onder UWV-collega's, en de UWV-organisatie, levend te houden.

Daarnaast kwam een aantal andere aspecten aan bod die extra aandacht behoeven voor de uitvoering van het onderzoek in de praktijk, waaronder:

- I Vooral bij UWV-kantoren in de grote steden kan een groot percentage van respondenten onder cliënten bestaan uit allochtone cliënten die geen of onvoldoende Nederlands beheersen en daarom buiten het onderzoek vallen. Dit is ongewenst, omdat de problematiek van deze groep meestal relevant voor de probleemstelling is. Misschien moet in de toekomst meer specifiek onderzoek onder allochtone cliënten plaatsvinden met behulp van een tolk of door middel van vertaalde vragenlijsten.
- I Nieuwe interventies (in experimentele groep) die in het kader van een 'randomized controlled trial' (gaan) worden geëvalueerd, worden soms ook in de 'usual care'-interventies (in controlegroep) toegepast, omdat er op dit moment veel ontwikkelingen ten aanzien van bijscholing en beroepsuitoefening gaande zijn. Lastig is dat door deze contaminatie het contrast tussen de te vergelijken interventies minder wordt. Voorbeelden van academiseringsprojecten die hiermee geconfronteerd (gaan) worden, zijn onder andere de projecten 'implementatie van VG-protocollen' en 'evidence-based medicine voor verzekeringsartsen'.
- I De rol van de aanwezigheid van comorbiditeit bij cliënten krijgt in veel projecten nog

niet veel aandacht, terwijl comorbiditeit in de praktijk veel voorkomt. Tot dusver richten deze zich vooral op een specifiek ziektebeeld om het onderzoeksdesign niet te gecompliceerd te maken.

- I Bij het uitvoeren van vragenlijstonderzoek onder cliënten ten aanzien van hun mening over verzekeringsartsen treden soms meetproblemen op als de cliënt kort daarvoor ook al beïnvloed is door een gesprek met de arbeidsdeskundige. Het vergt omvangrijker onderzoek om beide aspecten – mening over het contact met de verzekeringsarts en mening over dat met de arbeidsdeskundige – goed uit elkaar te houden.

Deze moeilijke, maar interessante vraagstukken binnen de onderzoekspraktijk van de verzekeringsgeneeskunde vragen om creatieve oplossingen van onderzoekers en professionals. Gezien de positieve evaluatie van de werkconferentie lijken dit uitstekende punten om aan bod te laten komen in toekomstige KCVG-werkconferenties en in het werkveld.

*A.J.M. Schellart en J.L. Hoving,
senior onderzoekers bij het Kenniscentrum
Verzekeringsgeneeskunde*

LITERATUUR

1. Hoving JL, Meijer WT, Willems JHBM. Onderzoek in de verzekeringsgeneeskunde in de lift. Tijdschr Bedrijfs Verzekeringsgeneeskde 2006; 14: 462–465.

NIEUWS

Vrouwelijke artsen luisteren beter

Vrouwelijke artsen luisteren beter naar patiënten dan hun mannelijke collega's. Ook geven vrouwelijke artsen meer informatie en stellen zij meer vragen zodat patiënten beter worden betrokken bij de behandeling. Dit schrijft mw. prof.dr. Toine Lagro-Janssen in het *NTvG* van zaterdag 17 mei 2008.

Volgens de hoogleraar Vrouwenstudies medische wetenschappen van UMC St Radboud in Nijmegen communiceren vrouwen anders dan mannen. Mannen zijn vaker taak- en oplossingsgericht, terwijl vrouwen zich meer richten op de persoon en vaker probleemgericht zijn. Dit uit zich erin dat vrouwelijke artsen meer moeite doen om een gelijkwaardige relatie op te bouwen met hun patiënten door naar hun mening te vragen en hen verbaal aan te moedigen. Ook zijn vrouwelijke

artsen in hun aanpak gericht op het verkleinen van bestaande statusverschillen, terwijl mannen deze juist benadrukken. Hierdoor blijken de patiënten van vrouwelijke artsen meer tevreden dan patiënten van mannelijke artsen.

Mannelijke artsen schrijven vaker en in hogere doses antidepressiva en slaapmiddelen voor dan vrouwelijke artsen. Beiden zien klachten vaker als psychisch bij vrouwelijke dan bij mannelijke patiënten. Waar mannelijke artsen dan eerder kalmerende middelen voorschrijven, gaan vrouwelijke artsen juist praten.

Lagro-Janssen pleit naar aanleiding van de verschillen in werkwijzen voor meer onderzoek naar de aanpak van vrouwelijke en mannelijke artsen.

Bron: Mednet.nl; 16 mei 2008