

# Boeken

641

D. WILLEMS, R. VOS, G. PALMBOOM & P. LIPS  
(2007).

**Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid.**

Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 59 p, downloaden via [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl), ga naar Publicaties, en dan naar Signalementen

De resultaten van klinische *trials* zijn door een speling van het lot ooit getooid met de heldhaftige naam *evidence*. Die naam is nogal misleidend.

Immers, dat een interventie bij pakweg 60% van een onderzoekspopulatie beter werkt dan een placebo of de concurrerende interventie, bewijst niet dat patiënt Q ervan op zal knappen. Lijkt Q genoeg op de overige leden van de onderzochte populatie? Lijdt hij eigenlijk wel aan dezelfde kwaal als zij? Kan de interventie in kwestie onveranderd worden verplaatst van de onderzoekssetting naar het leven van Q? Zelfs als al deze vragen met ‘ja’ kunnen worden beantwoord, kan Q behoren tot de 40% van de mensen die niets opschieten met de onderzochte interventie.

Clinici weten dit heel goed. In een spreekkamer spreekt bewijs daarom nooit voor zichzelf. Het wordt er ingekaderd door de expertise van een professional, die bovendien luistert naar de wensen en behoeften van de patiënt.

## Verplaatsingen

In dit boekje wordt dit alles nog maar weer eens rustig uitgelegd, omdat het (vooral in het zorgbeleid) maar al te vaak wordt vergeten. Dan veronderstelt deze of gene dat medische kennis weliswaar uitgebreid, maar toch ook betrekkelijk eenvoudig is. Dat je erop, en ermee kunt rekenen. Dat is ook het verleidelijke van de *clinical trial* als onderzoeksstijl: er komen getallen uit. Die suggereren een telbare feitelijkheid die je kosteloos kunt verplaatsen: van de onderzoekssetting naar elke spreekkamer opnieuw en naar de vergadertafel bovendien.

Valt *evidence* wel vrijelijk te verplaatsen? Liever gezegd: waar is dat verantwoord en waar is de roep om bewijs niet passend meer? Die vragen stellen de auteurs aan de orde, omdat ze bezorgd zijn dat er ongepaste situaties ontstaan als *evidence* wordt losgerukt uit de context waarvoor het gemaakt is – en elders op oneigenlijke wijze wordt ingezet. ‘Als er bewijs bestaat voor de effectiviteit van een interventie,’ zo luidt een klassieke regel, ‘is het goed om die te gebruiken.’ Maar het omgekeerde (‘we moeten alleen dat doen waar bewijs voor bestaat’) is een verdraaiing. Er bestaat immers geen bewijs voor de werkzaamheid van bijvoorbeeld aardigheid. Zo’n bewijs moet je ook niet

willen. Immers, waarom zou aardigheid werkzaam moeten wezen, welk werk zou het moeten doen en aan welke parameters voor succes zou je dat willen afmeten? Als we onze regels zo opstellen dat er geen plaats meer is voor aardigheid zonder dat iemand over bewijzen begint, is er iets grondig mis.

Naast aardigheid, afzien van moraliseren, discretie en andere professionele deugden (die alle andere interventies in de gezondheidszorg horen te vergezellen) zijn er ook zelfstandige interventies waarvoor niet of nauwelijks bewijs bestaat. Sommige daarvan zijn vast weinig zinvol, andere zijn simpelweg lastig te meten. En bij weer andere is het zoeken naar bewijs te duur. Hoe kleiner het verschil tussen twee interventies is, des te duurder is het om te bewijzen dat de ene beter werkt dan de andere. Dat is tegenwoordig een groot probleem voor de farmaceutische industrie. Maar voor andere actoren in de zorg, die stukken minder kapitaalkrachtig zijn, is het een nog veel groter probleem. De eis van bewijsbaarheid, overal en altijd, ondermijnt hele genres van zorg. En ze blokkeert innovatie, omdat innovatie wordt beperkt tot contexten waarin klinisch epidemiologisch onderzoek wordt gedaan. Zulk onderzoek is echter vrijwel alleen nog mogelijk als de kosten later kunnen worden terugverdiend. En, het is niet anders: achter de ingewikkeldste problemen en de ergste ellende zit zelden een koopkrachtige vraag.

### **Wensenpakket**

Een van de meest dubieuze verplaatsingen, zo signaleren de auteurs, is die waarbij ‘bewijs’ wordt losgemaakt uit de

spreekkamer (waar het een hulpmiddel was voor het opstellen van behandelplannen) en neergelaten in vergaderkamers, waar men regels vastlegt voor de financiering. Daarbij dreigt zich in Nederland iets bizars voor te doen. Beleidsmakers willen alleen nog ‘bewezen interventies’ in het basispakket, dat collectief wordt gefinancierd. (Aardigheid en een praatje maken horen daar niet bij. De tijd per consult wordt steeds korter.) Voor het aanvullend pakket daarentegen gelden heel andere regels: daarin mogen professionals naar hartenlust ‘onbewezen’ interventies uitvoeren. Sterker nog, ze moeten leveren waar patiënten om vragen, zelfs als dat ‘bewezen onwerkzaam’ is. Dat ondermijnt het professionele moreel. De auteurs vragen aandacht voor deze *double bind* maar ze lijken zich er zelf niet helemaal uit te hebben losgemaakt. Nadat ze scherp hebben geanalyseerd wat de bezwaren van de eis van ‘bewijsbaarheid’ zijn, vragen ze er zelf om – teneinde tegenwicht te bieden aan de logica van de markt. Bewijsbaarheid is hun liever dan het adagium ‘U vraagt, wij draaien.’

Het was interessant geweest als de auteurs deze analyse hadden doorgezet. Want dit is een leerzaam moment: hier botsten twee modellen van zorg. In het ene is de deugdelijkheid van een interventie gebaseerd op klinisch epidemiologische kennis; in het andere geval zijn interventies producten waar consumenten al dan niet voor kunnen kiezen. In het ene geval geeft bewijs zekerheid en zwijgen patiënten, in het andere geval is er gemakkelijk uit te leggen productinformatie en heeft de klant altijd gelijk.

Terwijl ze keihard botsen, vertonen deze modellen een spiegelbeeldige gelijk-nis en zijn ze beide even rationalistisch. Wat valt daarvan te leren? Moeten we, in plaats van ertussen heen en weer te schuiven, niet liever aan beide ontsnappen? De auteurs roepen deze vragen op, maar beantwoorden ze niet. Het zij zo. Het betreft hier immers geen filosofisch traktaat, maar een signalement dat het beleid adresseert.

Zal het werken als signalement? Ik ben benieuwd. De aanbevelingen zijn beheerst en verstandig genoeg: waardevolle zorgvormen die niet in *clinical trials* bewezen zijn, verdienen bescherming en daartoe moet gedifferentieerd worden omgegaan met de eis van bewijsbaarheid. In de spreekkamer moet ruimte blijven voor de inbreng van zowel professionals als patiënten. Disciplines waarin de kennisvorming achterblijft, behoeven een stimulans, en die hoeft niet per se een epidemiologische te zijn: de te ontwikkelen kennis kan ook andere vormen krijgen dan die van het 'bewijs'. Bewijzen maken de zorg niet goedkoper, alleen al omdat *clinical trials* zelf zo duur zijn. En er moet gauw een einde komen aan de tegenstrijdigheid dat financiering in het basispakket afhangt van bewijsbaarheid, terwijl wie zich aanvullend verzekerd heeft, ook bewezen onwerkzame interventies kan krijgen.

Wat zal er met deze aanbevelingen gebeuren? In Den Haag lijken kwantitatieve onderzoekers die roepen dat ze alles dat van waarde is in getallen kunnen uitdrukken, meer gehoor te vinden dan kwalitatieve onderzoekers die de vraag opwerpen waar getallen passen en waar ze ongepast zijn. Zou dat ooit nog veranderen? Of

zijn daar behalve ethische vragen, stellige antwoorden voor nodig? Hoe dit ook zij: voor professionals die liever nadenken dan gehoorzamen aan regels (nu eens *evidence based* dan weer 'marktconform') is dit een inspirerende tekst. Laat u niet gek laten maken.

#### ANNEMARIE MOL

Socrates hoogleraar Politieke filosofie,  
Universiteit Twente, Enschede

S. JANNES (2007).

#### Psychiatrie op mensenmaat.

Leuven / Voorburg: Acco, 310 p., € 32,-

Stijn Jannes is psychiater en hoogleraar aan de Universiteit van Gent. Het werken met patiënten en cursisten, zo schrijft hij in het voorwoord, is voor hem een inspirerende zoektocht. Zijn uitgangspunten zijn: echt luisteren zonder vooroordelen, alles benaderen vanuit een hypothese en niet vanuit een of ander dogma, erg voorzichtig zijn vooraleer je iets bestempelt als 'ziek' of 'abnormaal' en altijd de persoon centraal stellen – niet diens ziekte of stoornis. Hij noemt dit boek de neerslag van zijn werk in de psychiatrie en van de cursussen die hij gaf. Hij spreekt zich niet uit over de vraag voor wie dit boek bedoeld is of wie er iets aan zou kunnen hebben.

Hoewel Jannes zegt dat hij geen encyclopedisch werk heeft willen schrijven, gaat hij uit van de DSM IV-TR: hij bespreekt de stoornissen in de volgorde van die classificatie, en citeert de beschrijving van de stoornissen letterlijk – compleet met cijfercodering. Door de DSM zo als