

De ontwikkeling van 'Ontwikkelingsgeneeskunde': medisch-antropologische kanttekeningen

Annemiek Richters

De Nederlandse Ziekenfondsraad is zowel een adviesorgaan als een bestuursorgaan op het gebied van de sociale ziektekostenverzekering, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Ziekenfondswet. Naast het uitbrengen van adviezen aan de regering over allerlei zaken betreffende de sociale ziektekostenverzekeringen, zoals de premie, de samenstelling van een verzekeringspakket en administratieve aspecten, heeft de Ziekenfondsraad ook een bestuurstaak. Bij deze adviserende en besturende werkzaamheden wordt de Ziekenfondsraad regelmatig geconfronteerd met de autonome groei van de gezondheidszorg. De vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen neemt toe en er komen nieuwe voorzieningen bij door de ontwikkeling van de medische wetenschappen. De confrontatie tussen beperkte financiële middelen en de uitbreiding van de gezondheidszorg heeft bij de Ziekenfondsraad enige jaren geleden geleid tot het uitbrengen van een advies over 'de grenzen aan de groei van het verstrekkingspakket'. De conclusie van dit advies was dat de doelmatigheid in de gezondheidszorg vergroot kon worden en dat daarbij niet ontkomen kon worden aan het stellen van prioriteiten. Een probleem daarbij is echter vaak het ontbreken van gegevens over effectiviteit, kosten, en spreiding van de gezondheidszorg en over de behoefte aan zorg. Kennis van daarmee samenhangende vraagstukken van ethische, juridische en maatschappelijke aard is vaak eveneens gebrekkig. Naar de mening van de Raad geschiedt besluitvorming daarom lang niet altijd op grond van rationele overwegingen, temeer daar politieke factoren soms een rol spelen en het doelmatigheidsbesef bij een deel van de zorgverleners ontbreekt.

In 1987 heeft de toenmalige staatssecretaris van het Ministerie van Wetenschap, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) de Ziekenfondsraad advies gevraagd over de regeling Verantwoordelijkheid voor academische ziekenhuizen. De Raad heeft toen geadviseerd om ontwikkelingsgeneeskunde meer te plaatsen in het kader van de wettelijke ziektekostenverzekering. 'Ontwikkelingsgeneeskunde' is daarbij gedefinieerd als "het wetenschappelijk evaluatie-onderzoek van nieuwe of reeds langer bestaande methoden en technieken binnen de patiëntenzorg ten behoeve van een te nemen besluit." Hieronder vallen niet: dierproeven, experimenten/fundamenteel onderzoek, algemene versterking van onderzoeksstructuur, protocolontwikkeling zonder evaluatie van effecten en kosten, capaciteitsuitbreiding uitsluitend ten behoeve van patiëntenzorg, en 'clinical trials' met geneesmiddelen of medische apparatuur. De Raad heeft toen voorgesteld om jaarlijks 75 procent van dit onderzoek te financieren uit de kassen van de AWBZ en de Ziekenfondswet tot een

jaarlijks maximum van 27 miljoen gulden. Dit advies is door het Ministerie overgenomen en heeft tot gevolg gehad dat WVC en Raad tezamen jaarlijks tot een bedrag van 36 miljoen beschikbaar stellen voor patiëntgebonden onderzoeksprojecten met een looptijd van drie jaar, met een minimum van f 400.000,- per project.

Jaarlijks kunnen aanvragen worden ingediend bij de Commissie Ontwikkelingsgeneeskunde van de Ziekenfondsraad, die bestaat uit klinisch hoogleraren, een epidemioloog, deskundigen op het gebied van de sociale verzekeringen, economen en een medisch-ethicus. In 1989 werden 123 aanvragen ingediend, waarvan er elf werden toegekend; voor 1990 was dit 53/12 en voor 1991 93/18. De Commissie concludeert daarbij dat er sprake is van een onderbesteding van de voor het onderzoek beschikbare gelden en stelt in een schrijven aan de Minister van WVC d.d. 15-1-1990 vast: "Hoewel de commissie ook dit jaar de kwaliteit van de aanvragen weer verbeterd acht, zou zij graag zien dat aan de methodologie en aan het normatieve kader van patiëntgebonden evaluatie-onderzoek veel meer aandacht zou worden besteed. Het stimuleren van dit soort onderzoek is van groot belang. Meer aandacht voor een integrale benadering van de diverse onderzoeksvragen binnen de projecten zou gewenst zijn. De verschillende onderdelen worden in de meeste gevallen specifiek benaderd en vormen onvoldoende eenheid, zodat de methodologische opzet daaronder te lijden heeft." Ze merkt eveneens op dat aanvragen voor projecten van verschuivingen binnen de gezondheidszorg achterblijven.

Het zal geen verbazing wekken dat een medisch antropoloog die kennis kan nemen van wat er in het kader van 'Ontwikkelingsgeneeskunde' met een onderzoekspot van 36 miljoen gebeurt, die informatie met kritische belangstelling leest. De eerste vraag die opkomt is uiteraard: waarom spreekt men hier van *ontwikkelingsgeneeskunde*? Het antwoord daarop is teleurstellend. Het gaat in feite uitsluitend om de ontwikkeling van kennis die de toename van de kloof tussen de zorgvraag en de beschikbare financiële middelen zou kunnen afremmen of verkleinen. Er wordt dus iets 'ontwikkeld' om iets af te remmen. Die doelstelling hoeft niet per definitie onjuist te zijn. Vooruitgang lijdt maar al te dikwijls aan de 'lest-best' drogrede, waarbij aangenomen wordt dat de laatste kennis of techniek per definitie beter is dan de voorafgaande. Het bevorderen van een permanente kritische reflectie op de vooronderstellingen van een ontwikkeling en een gedegen evaluatie van het (vermeende) effect van nieuwe kennis, methoden en technieken, is daarom een goede zaak.

Niet goed lijkt mij de methode die gehanteerd wordt bij de beoordeling van aanvragen voor onderzoekssubsidie. Deze pretendeert neutraal te zijn, terwijl ze in feite bepaald wordt door politieke begin- en randvoorwaarden. Als uitsluitend een bepaald type onderzoek voor subsidie in aanmerking komt is er reden om alarm te slaan. Op het eerste gezicht lijkt er geen reden tot argwaan. De Commissie maakt zich namelijk sterk voor een 'integrale' benadering van de ontwikkelingsgeneeskunde. Ze merkt daar zelfs over op dat die in de meeste aanvragen uit het oog verloren wordt en dat pas in de laatste fase van de ontwikkeling van de onderzoeksvoorstellen expertise van de disciplines wordt aangetrokken (Advies Ontwikkelingsgeneeskunde 1991: 18). Maar hoe integraal is 'integraal' voor de Commissie? Als de term 'de disciplines' uitsluitend naar biomedische differentiatie verwijst, worden veel

wetenschappen buiten de deur gehouden, hoewel ze belangrijke bijdragen zouden kunnen leveren aan de 'ontwikkeling' van de gezondheidszorg, zowel preventief als curatief.

In plaats van biomedische intradisciplinariteit zou dan interdisciplinariteit bevorderd worden. Het is niet onbekend dat veel ingezetenen van de Citadel het daar moeilijk mee hebben. De introductie van de ziel in de geneeskunde (psychoanalyse), en van de psyche (psychologie) zijn met veel tegenstand gepaard gegaan. Nu ook de samenleving (sociologie) en de cultuur (antropologie) nog toelaten, zou voor velen de muur rond het biomedische fort geheel slechten en een heilloze 'Wende' veroorzaken. Dan komt immers aan de orde dat bij elk soort planmatige ontwikkeling vooronderstellingen en theorieën over mens en samenleving een rol spelen. En onvermijdelijk komt dan aan het licht voor welke theorieën de beleidmakers kiezen en welke belangen daarmee gediend en geschaad worden. Het zou dan tevens mogelijk zijn de zogenaamde neutraliteit en universaliteit van het biomedisch model ter discussie te stellen. Dat alles blijft in het huidige beleid onzichtbaar, maar is uiteraard wel aanwezig. De neutraliteit van de selectieprocedure is dan ook, al dan niet bedoeld, slechts schijn.

Een voorbeeld hiervan is de wijze waarop de commissie zich uitlaat over aanvragen inzake geestelijke gezondheidszorg. In haar advies (p. 22) stelt de commissie dat naar aanleiding van een vijftal aanvragen een discussie binnen haar gelederen heeft plaatsgevonden over de vraag in hoeverre op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg wellicht andere methodologische eisen gesteld dienen te worden. Op dit onderzoeksgebied zijn immers relevante vraagstellingen aanwezig. De lezer wordt echter teleurgesteld. De discussie heeft slechts opgeleverd dat de 'kwaliteit' van de voorstellen bij de beoordeling de doorslag geeft en wat de Commissie daarmee bedoelt zegt ze duidelijk: "de methodologische eisen die aan gedragswetenschappelijk onderzoek gesteld worden, kunnen niet anders zijn dan welke gelden voor niet-gedragswetenschappelijk onderzoek binnen de geneeskunde."

Er is dus geen discussie geweest over methodologie en, gezien de disciplines die in de beoordelingscommissie vertegenwoordigd zijn, kan een dergelijke discussie ook niet plaatsgevonden hebben. Ziekte, ziek-zijn, genezen, diagnostiek en therapie zijn voor de ontwikkelingsgeneeskunde kennelijk onderwerpen die positivistisch (biomedisch) moeten worden aangepakt. Ongetwijfeld boekt het biomedisch onderzoeksmodel soms spectaculaire resultaten die terecht als 'ontwikkeling' in de zin van vooruitgang beschouwd kunnen worden. Ook erken ik dat het voorkómen van onnodige kosten in de gezondheidszorg als een juiste 'ontwikkeling' gezien moet worden. Maar wat ik afkeur, is dat in de donkere kamer van de ontwikkelingsgeneeskunde een 'kostenplaatje' ontwikkeld wordt dat zowel een over- als onderbelicht beeld van de werkelijkheid geeft. Door de noodzaak van bezuiniging als beginvoorwaarde van het onderzoek te stellen, worden de financiële aspecten van de gezondheidszorg overbelicht. Door de filosofie, de psychologie, de sociologie en de culturele antropologie buiten te sluiten wordt de kritische potentie van de gezondheidszorg onderbelicht. Het gaat daarbij niet alleen om de belangen van sommige categorieën van de bevolking (vrouwen, autochtonen, bejaarden, geestelijk afwijkenden of lichamelijk gehandicapten), maar ook om de gezondheidsproblemen

die het gevolg zijn van de moderne samenleving in het algemeen, en die treffen de gehele bevolking.

Bij de bespreking van aanvraag 91-088 inzake de behandeling van chronische lage rugpijn (Instituut voor Revalidatievraagstukken Hoensbroek) brengt de commissie zelf deze problematiek naar voren. Als de oorzaak van het Chronisch Pijn Syndroom stelt zij dat in de huidige maatschappij steeds hogere eisen gesteld worden aan het menselijk functioneren. Het gevolg daarvan is dat mensen sneller gespannen raken en deze spanningen langduriger moeten volhouden, hetgeen leidt tot moeheid, uitputting en instorting. Op den duur ontwikkelt zich chronisch lijden van psychofysiologische en/of cognitieve aard, waarvoor geen anatomisch substraat aanwijsbaar is of waarbij een forse discrepantie bestaat tussen de klacht en de objectieve bevindingen (p. 36). De ziektekosten die daarmee gepaard gaan zijn inmiddels opgelopen tot 2,7 miljard gulden voor de periode 1975-1984. De commissie Pijn van de Gezondheidsraad heeft in 1986 aan het Ministerie van WVC voorgesteld, voor de behandeling van deze patiënten interdisciplinaire pijnmanagement-centra op te richten die hun behandeling moeten richten op reactivatie en resocialisatie.

Daar zullen zeker veel patiënten baat bij hebben, maar mij dunkt dat men zich bij ontwikkelingsgeneeskunde nog iets anders zou mogen voorstellen dan het bekende 'Kurieren am Symptom'. Ik meen dat het op zijn minst ook ruimte zou moeten bieden aan onderzoeken die kunnen bijdragen aan de in Nederland vrijwel uitgestorven filosofische antropologie van de geneeskunde. Vrijwel uitgestorven omdat ze, met haar interpretatieve, reflexieve methodologieën zich onvoldoende te weer heeft kunnen stellen tegen de positivistische methodologie van de natuurwetenschappen. Vrijwel uitgestorven omdat ze aanzet tot een vorm van 'na'-denken die vraagtekens zet bij het primaat dat binnen het medisch model zo dikwijls aan het handelen gegeven wordt. Vrijwel uitgestorven omdat ze teruggrijpt op de basisvragen van de filosofische antropologie: wat en waartoe is de mens? Vrijwel uitgestorven omdat ze niet alleen het positivisme, maar ook het rationalisme, het sciëntisme, het anthropocentrisme en het eurocentrisme van die geneeskunde aan de orde wil stellen. Kortom, omdat ze die geneeskunde wil de-construeren voor wat het ideologisch karakter van haar vooronderstellingen, methoden, concepten en technieken betreft. Een deconstructie waaraan ook de medische antropologie haar bijdrage kan leveren. Ondanks de vele nuttige bevindingen die in het kader van het ontwikkelingsgeneeskundeproject naar voren zullen komen, doet, gezien de enorme sociale, culturele en ecologische problematiek die op ons afkomt, het geheel daarom meer denken aan het herarrangeren van de dekstoelen op de Titanic, dan aan het wijzigen van de onjuiste koers. De aanvraag uit Hoensbroek is overigens voorlopig afgewezen.

Literatuur

Advies

- 1991 Advies van de Commissie Ontwikkelingsgeneeskunde van de Ziekenfondsraad. Amstelveen: Ziekenfondsraad.

Anoniem

- 1991 Een onoverbrugbare kloof in de gezondheidszorg tussen het beschikbare budget en de vraag naar zorg. *NRC-Handelsblad* 23 april 1991, p. 3.

Brief

- 1990 Brief van de Ziekenfondsraad aan de directies van academische, algemene en categorale ziekenhuizen. 12 november 1990.

Kooy, S. van der

- 1990 Ontwikkelingsgeneskunde in ontwikkeling. *Mediator* 1 (3): 3-6.