

DICK WILLEMS

Europese Conferentie over Filosofie van Geneeskunde en Gezondheidszorg

Op 20 en 21 augustus vond in Maastricht de oprichtingsconferentie plaats van de European Society for Philosophy of Medicine and Health Care. De vorming van deze vereniging was een initiatief van een aantal leden van de (Nederlandse) Vereniging voor Filosofie en Geneeskunde, en kan worden gezien als een teken van groeiende belangstelling voor dit nog jonge terrein van onderzoek.

Vragen

Tot nu toe is vooral in de Verenigde Staten enige ervaring opgedaan met onderwijs en onderzoek op het grensgebied van filosofie en geneeskunde/gezondheidszorg. In Nederland bestaat aan de medische faculteiten van Amsterdam (VU), Maastricht en Rotterdam een vakgroep voor Filosofie, al dan niet gecombineerd met Ethiek. Enkele belangrijke probleemvelden zijn:

- Onderzoek naar de grondslagen van de medische kennis en het medisch handelen. Het gaat hierbij om vragen als: wat betekenen begrippen als gezondheid en ziekte, is de constatering van een ziekte een feitelijke constatering of is er altijd een waardeoordeel mee gemoeid? Ander grondslagonderzoek betreft bijvoorbeeld de ontwikkeling van ziekteclassificaties, de vooronderstellingen die daaraan ten grondslag liggen en de richting die ziekteclassificaties geven aan het medisch handelen.

- Wetenschapsfilosofische vraagstukken. Hoe heeft de medische wetenschap zich ontwikkeld, welke rationele en niet-rationele factoren hebben het ontstaan van het begripensysteem beïnvloed waarmee artsen tegenwoordig werken? Wat onderscheidt de geneeskunde van andere wetenschappen? Wat voor diversiteit aan verklaringstypen hanteren artsen in de praktijk?

- Onderzoek naar de politieke en maatschappelijke rol van de geneeskunde (of van sectoren binnen de geneeskunde).

- Ethische problemen, niet alleen de bekende 'topics' als abortus en euthanasie, maar ook vragen rond bijvoorbeeld de verdeling van zorg, rond veranderingen in de relaties tussen artsen en patiënten.

Deze en dergelijke vragen zijn van belang voor de geneeskunde als geheel: de huisartsgeneeskunde roept ook eigen vragen op (die overigens in de meeste medisch-filosofische literatuur nog niet erg aan de orde komen). Enkele voorbeelden:

- Wat is, gezien de epidemiologie en het soort vragen, waarmee de huisarts wordt

geconfronteerd, het belang en de reikwijdte van het medisch-causale verklingsmodel? Welke andere typen 'verklaringen' (bijvoorbeeld verhaalanalyse, analyse van gezinsinteracties) hanteert een huisarts?

- Daarmee samenhangend: wat is het belang van een ziekteclassificatie die grotendeels gebaseerd is op klinische geneeskunde, voor de huisartsgeneeskunde?

- Welke gevolgen hebben veranderingen in de epidemiologie en in de betekenis die mensen aan ziekte hechten, voor de relatie tussen huisartsen en hun patiënten? Welke transformaties ondergaat de betekenis van een klacht in het contact met de huisarts? Wat is in dat verband het gevolg van een ontwikkeling als protocollering van de huisartsgeneeskunde?

Groei van medische kennis

De conferentie in Maastricht had als thema: de groei van medische kennis. De lezingen rond dit thema waren in vier hoofdgroepen ingedeeld. Twee historische lezingen, drie wetenschapsfilosofische, twee ethische en tenslotte drie anthropologische. Ondanks deze poging het gebeuren tijdens de conferentie onder één noemer te brengen, was er toch een grote diversiteit aan invalshoeken, waarbij de relatie met het thema soms onduidelijk was.

De lezing van de Maastrichtse hoogleraar Ten Have ging over het negentiende-eeuwse conflict tussen de contagionistische (besmettings-) theorie en de miasmatische, beide modellen ter verklaring van het optreden van cholera-epidemieën. De groei van kennis bleek in dit voorbeeld geen lineair proces van gestage toename en verbetering, maar een strijd tussen twee totaal verschillende opvattingen over de aard van epidemische ziekten. Dat aan het eind van de negentiende eeuw de besmettingstheorie haar concurrent definitief verdrong, had behalve met wetenschappelijke rationele factoren ook zeer veel met politiek te maken. In zeker opzicht ging deze overwinning van de besmettingstheorie zelfs tegen de rationaliteit in, omdat de miasmatische door haar nadruk op omgevingsfactoren effectiever was gebleken.

De Leidse hoogleraar Thung vroeg zich in zijn lezing af, of de groei van medische kennis grenzen kent. Zijn antwoord luidde uiteindelijk, dat de groei in de huidige richting (steeds verdere verfijning van hoog-technologische geneeskunde) aan zijn eind zal komen, wanneer de praktische effecten steeds kleiner worden: 'science stops when it becomes pointless'. Naar zijn mening zal de groei van

kennis zich op dat moment gaan richten op de ziekten die numeriek het belangrijkste zijn: malaria, tbc, ondervoeding. Daaraan zou overigens nog wel iets toe te voegen zijn: de derde-wereldziekte AIDS en de ziekten die het dagelijks werk van de huisarts bepalen.

Het belangrijkste punt uit het betoog van Wulff (Denemarken) was, dat de gangbare klinische ziekteclassificatie is voortgekomen uit een op therapie gerichte oriëntatie, dat wil zeggen dat het belangrijkste criterium om de ene ziekte van de andere te onderscheiden het pragmatische is. Dit heeft tot gevolg dat die ziekteclassificatie ongeschikt is als fundament voor niet-therapeutische activiteiten als bijvoorbeeld preventie.

De Engelse filosoof Downie betoogde in het gedeelte van de conferentie dat was gewijd aan de ethische aspecten van de groei van medische kennis, dat feiten en waarden in de medische praktijk onontwaarbaar verweven zijn, en dat de arts zich daarom niet kan opstellen als toepasser van 'de' wetenschap; iedere medische interventie betekent een keuze in waarden. Dit vraagt een opstelling van de arts die Downie aanduidde als de houding van de democratische staatsman: hij moet uitzoeken wat een patiënt wil en hem/haar in het licht van de medische mogelijkheden adviseren over de te volgen handelwijze.

Niet veel nieuws dus. De lezing van Downie was een – helaas niet het enige – voorbeeld van hoe weinig filosofie oplevert, wanneer er geen relatie met de medische praktijk is.

Broekman, hoogleraar aan de VU, sprak over de alomtegenwoordigheid van het medische discours: het verhaal dat mensen aan hun dokter vertellen, is reeds in verregaande mate gemedicaliseerd – het is een illusie te verwachten dat een arts ooit de werkelijke klacht-achter-de-klacht zal kennen (ook de patiënt kent die niet). Daarbij is de arts-patiënt relatie, ooit als persoonlijke relatie het instrument van de geneeskunde, steeds meer geformaliseerd: de arts is (bijvoorbeeld in een protocollaire geneeskunde) geworden tot een 'functionaris van de medische wetenschap', terwijl de patiënt van zijn kant niet anders kan dan zijn persoonlijke verhaal in medische schema's te gieten.

Gebied met toekomst

Zoals gezegd, de samenhang tussen de verschillende verhalen leek meer door de organisatoren aangebracht dan werkelijk inhoudelijk aanwezig en daarbij was de kwaliteit van een aantal van de lezingen niet bepaald verbluffend. Misschien is dat onvermijdelijk in een nog zo jong terrein van onderzoek, maar toch hield ik aan de conferentie de indruk over van een niet voldoende benutte kans op een gebied, waar zeker toekomst in zit.