

Gerrit Glas

Gerrit Glas is hoogleraar reformatorische wijsbegeerte in Leiden, voorzitter van de sectie 'psychiatrie en filosofie' van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, voorzitter van de stichting Psychiatrie en Religie en A-opleider en praktiserend psychiater bij de Zwolse Poort. Hij is gespecialiseerd in angststoornissen.

1. Regulering en sturing

Het hersenonderzoek is redelijk afgetimmerd met ethische commissies, lijkt mij. Dus vanwaar deze vraag? Wellicht vrezen de burgers dat hersenwetenschappers straks gaan hersenspoelen, of iemands identiteit zullen veranderen? Dat zouden dan overspannen verwachtingen zijn van wat de hersenwetenschappen vermogen.

Vaak slaat men in een gesprek over de mogelijke toepassingen van nieuwe vindingen de menselijke factor over. Maar toepassingen staan nooit los van mensen die ingrepen verlangen, die dingen bij zichzelf toestaan.

Het is vaak goed om jezelf af te vragen: 'waar zou deze techniek toe kunnen leiden?' Als je een onwenselijk resultaat kunt voorzien en je wilt niet het risico lopen dat een dergelijk resultaat ooit realiteit wordt, dan moet je er gewoon niet aan beginnen. Stamceltherapie is een voorbeeld van een techniek die sommige overheden om die reden verbieden.

2. Normaliteit versus diversiteit

Op dit moment kunnen de hersenwetenschappen ons nog geen maatstaf aanreiken waarmee we 'normaal' van 'abnormaal' zouden kunnen scheiden. Ik denk ook dat dat de omgekeerde wereld zou zijn. Iets 'normaal' of 'abnormaal' noemen, blijft ten principale een normatief oordeel. Je kunt wel zeggen: 'dit abnormale gedrag hangt samen met die bepaalde hersentoestand', maar dan heb je dus vooraf al bepaald wat je 'abnormaal gedrag' vindt. Dat proces is voorafgegaan aan de meting van de hersenen. En dat zal altijd zo blijven. Eerst stellen wij dat bepaald menselijk gedrag 'abnormaal' is, en dan gaan we daar eventueel een biologisch correlaat bij zoeken.

Anders gezegd: je kunt wel allerlei biologische gemiddelden opstellen, in de trant van: 'zo zien de hersenen van tachtig procent van de mensen eruit', maar wat weet je dan? Dan weet je wat 'normaal' en 'abnormaal' is in statistische zin. De biologie praat bij voorkeur niet in normatieve termen; hersenwetenschappers zullen normatieve woorden zoals 'goed', 'slecht' en 'abnormaal' het liefste vermijden. Wij burgers zijn het die dergelijke woorden in de mond nemen. Of een afwijking van het gemiddelde ook in normatieve zin 'abnormaal' is, zullen wetenschappers en andere burgers altijd bepalen op grond van persoonlijke en maatschappelijke normen. Dat moeten we wel; zo ordenen we ons leven.

Hersenwetenschappers zullen hersenscans nooit gebruiken als hét bewijs dat iemand geestesziek is. Daar is een praktische reden voor: onze kennis reikt nog niet zover dat we kunnen zeggen dat een bepaalde geestestoestand - zeg schizofrenie - altijd samenhangt met één bepaalde hersentoestand. Maar er is dus ook een principiële reden dat hersenwetenschap niet als scheidsrechter op kan treden. Hersenscans interpreteer je altijd in het licht van voorafgaande kennis. Of dat nu kennis is over de ziektegeschiedenis van een individu, of kennis over wat in onze maatschappij telt als 'normaal' en 'abnormaal' gedrag. Om überhaupt een scanuitslag te krijgen, zul je allerlei vooronderstellingen in de scanner moeten stoppen. Techneuten weten dat; de gebruikers van de scans, inclusief psychiaters, realiseren zich dat niet altijd.

Met een scan maak je dus eigenlijk een soort U-bocht: de scan levert commentaar op de vragen en observaties die je er zelf in hebt gestopt. Bijvoorbeeld over wat 'normaal' en 'abnormaal' is. Daar is op zich niets mis mee – ik zie niet hoe het anders zou kunnen. Het wordt kwalijk als je hersenscans vervolgens presenteert als een manier om zogenaamd *objectief* vast te stellen dat iemand normaal dan wel abnormaal is. De meeste hersenwetenschappers zullen dat zelf niet doen. Maar het grote publiek misschien wel. Zij denken snel dat technologie objectieve feiten levert.

3. Publieksinformatie

Patiëntenverenigingen bieden heel veel publieksinformatie; de Hersenstichting Nederland heeft bijvoorbeeld een omvangrijke website en organiseert veel publieksbijeenkomsten. Dus de informatie is er wel, maar die komt niet altijd bij de zwakste groepen in de samenleving terecht. De ouders van schizofrenen organiseren zich bijvoorbeeld wel, maar schizofrenen zelf hebben daar meer moeite mee. Eigenlijk zouden dergelijke zwakke partijen mensen moeten hebben die voor hen opkomen.

Tegelijk zou het algemene besef van wat wetenschap nu eigenlijk behelst een stuk beter kunnen. Wetenschap is geen publiek of politiek onderwerp. Wetenschapsprogramma's op televisie verdwijnen naar de marge. Kranten presenteren wetenschappers vaak als leveranciers van feiten. Ik vraag me af hoeveel burgers weten dat wetenschappers zichzelf zien als vertegenwoordigers van een immaterieel doel, voortgedreven door verwondering en nieuwsgierigheid. Wetenschappers vormen een gemeenschap van mensen die niets voor zoete koek slikken. Zo'n gemeenschap is belangrijk voor een maatschappij.

4. Druk vanuit economische belangen

Dit is een moeilijk punt. Het ontwikkelen van medicijnen kost heel veel tijd en geld, en er zijn gigantische belangen mee gemoeid. Dat mechanisme kun je alleen veranderen door patenten af te schaffen. Maar dan gaan de farmaceutische industrieën over de kop en ben je nog verder van huis.

Dus een structurele verandering zal moeilijk worden. Wat niet wegneemt dat we regels op kunnen stellen waar de farmaceutische industrie zich aan moet houden. Het lijkt me heel verstandig dat we dat blijven doen ook. In Centraal-Europa zijn hele ziekenhuizen in handen van farmaceutische bedrijven. Artsen die daar werken, mogen alleen maar middelen van die fabrikant voorschrijven. Hier mag dat niet.

De farmaceutische industrie wil ook graag symposia en workshops sponsoren. Ik ben daar huiverig voor, ook al verklaren ze geen invloed te willen hebben op het programma. Als je niet meer kunt discussiëren en denken zonder dat je er nootjes van de farmaceut bijgeleverd krijgt, is er wat mij betreft iets mis.

Economische overwegingen zijn een realiteit in het leven van een arts. Hij zal niet iedere patiënt altijd het beste middel kunnen voorschrijven. Dat zou te duur worden. Een arts zal dus keuzes moeten maken. De vraag die een arts zich zou moeten stellen is: hoe voorkóm ik dat mijn professionaliteit in de eerste plaats door economische belangen wordt gestuurd? Hoe dam ik de invloed van farmaceutische bedrijven op mijn praktijk in?

Dat is niet simpel. Farmaceutische bedrijven doen vaak een subtiele aanval op de grenzen van de psychiatrie. Stel dat een bedrijf een pil tegen angst op de markt wil brengen. Dan test zo'n bedrijf de pil op een strikt geselecteerde groep proefpersonen die behoorlijk angstig is. Ze moeten namelijk goede resultaten overleggen om hun pil goedgekeurd te krijgen, en de kans dat hun pil werkt is het grootste als mensen er ernstig aan toe zijn. Maar vervolgens

probeert het bedrijf het indicatiegebied voor dit medicament uit te breiden. Dan valt er immers het meeste te verdienen. Een voorbeeld is een medicament dat eerst werd erkend voor de indicatie 'paniekstoornis en dwangstoornis' en vervolgens ook een registratie kreeg voor toepassing bij de gegeneraliseerde angststoornis, waar veel meer mensen aan lijden. En mocht een tijdschrift of televisieprogramma dat vervolgens oppikken als een pil tegen 'de piekerstoornis', dan zit het bedrijf op rozen. Nogal wat mensen piekeren immers wel eens. Dus vallen er héél veel mensen onder de indicatie.

Artsen moeten tijdens hun opleiding al leren waken voor dit mechanisme, vind ik. Maar burgers hebben hier zelf ook een aandeel in. Zij zijn het vaak die hun arts om dergelijke pillen vragen.

5. Gelijke toegang tot behandeling

Door de basisverzekering is die gelijkheid er in Nederland tot op zekere hoogte, maar een waarlijk gelijke toegang is niet te realiseren. Je kunt wel zeggen: 'iedereen heeft recht op alle mogelijke medische behandelingen', maar dat is onbetaalbaar. De maatschappelijke vraag is dus: 'hoe groot vinden wij dat het beslag mag zijn dat ziektekosten op onze collectieve middelen leggen?'

6. Keuzevrijheid

In Nederland gaan we niet zo snel over tot een gedwongen behandeling. In die zin is de keuzevrijheid van patiënten goed gegarandeerd.

© Marjan Slob, 2005. Geschreven voor de website van het Rathenau Instituut.