

# *Evidence based* beleid klopt niet en werkt niet <sup>1</sup>

## De irrationaliteit van *evidence based* gezondheidsbeleid

Uit de titel van mijn inleiding kunt u opmaken dat *evidence based* beleid, op echte *evidence* gebaseerd beleid, wat mij betreft niet eens de status verdient van een utopie. Het is veeleer een illusie, omdat het ten principale niet kan worden gerealiseerd, want het gaat voorbij aan de werkelijkheid, aan het leven zelf. Het is echter wel een gevaarlijke illusie, een verleidelijke zang van een sirene die beleidsmakers van gezondheidsbeleid verleidt in hun zelf gegraven kuil te vallen.

*Evidence based* beleid is een illusie. Een illusie van getergde technocraten, van bijziende beleidsmakers of Bolsjewistische bestuurders. Mensen dus van de afdeling "Maakbare samenleving". Voeg daar wat almachtige artsen en op drift geraakte epidemiologen aan toe en je praat over *evidence based* gezondheidsbeleid. Welke bewindspersoon zou daar niet van dromen? Eenmaal per jaar het RIVM de gezondheid van de samenleving en ons voorzieningen niveau laten doormeten en je kunt hoog in de Haagse torens rustig en samenhangend beleid maken. Beleid dat bovendien zo onderbouwd is dat iedereen zich er naar zal voegen. En wat dacht u van '*evidence based* lokaal gezondheidsbeleid'? De ultieme variant. Op decentraal niveau en op basis van fijnmazige, wetenschappelijk verantwoorde wijkprofielen waarde- en dus discussievrij beleid maken voor burgeres. Dat zou nog eens zoden aan de dijk zetten!

U beluistert het waarschijnlijk al, ik ben geen adept van *evidence based* gezondheidsbeleid. Ik was echter wel, en dat zal u misschien verbazen, de projectleider van een succesvol project waarbij zestien gemeenten op een zeer planmatige wijze en gebruikmakend van professionele informatie en inzichten, een eigen nota lokaal gezondheidsbeleid tot stand brachten.

Dit brengt mij tot het onderwerp van mijn inleiding. Ik zal vanuit zeven verschillende invalshoeken toelichten waarom *evidence based* gezondheidsbeleid irrationeel is. Het klopt niet als concept en in de praktijk werkt het al evenmin. In mijn betoog ga ik uit van het begrip *evidence based*-beleid zoals dat door de organisatoren van deze conferentie wordt gehanteerd:

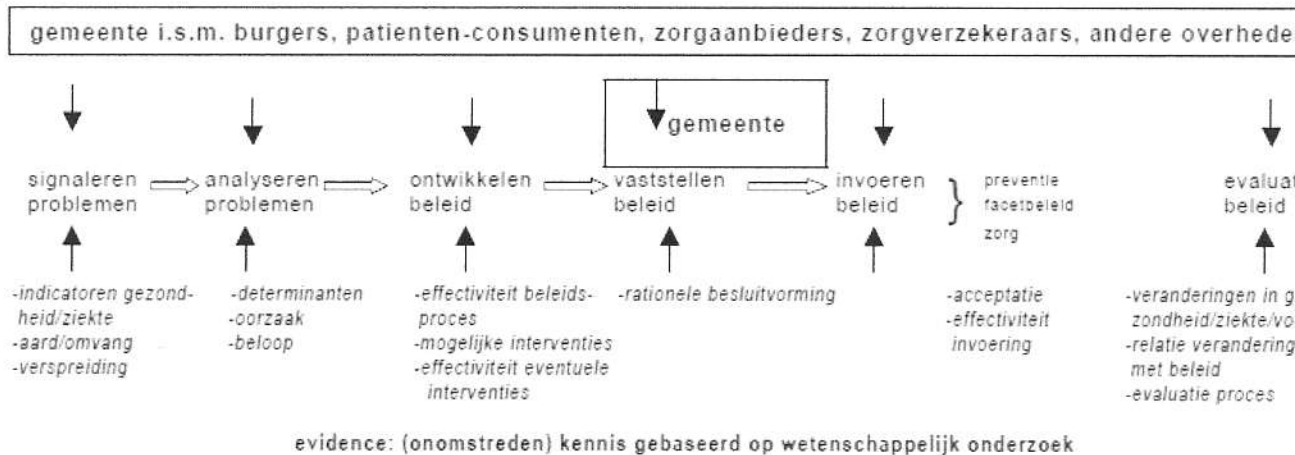
- een beleid op het terrein van preventie, facetbeleid en zorg
- dat door gemeenten
- op basis van wetenschappelijk vastgestelde gegevens over de prevalentie van gezondheidsproblemen, de determinanten hiervan en de effectiviteit van interventies
- in samenspraak met derden wordt vormgegeven
- via een klassieke incrementele beleidscyclus

In schema:

---

<sup>1</sup> licht bewerkte inleiding d.d. 18 november 1999 door de auteur op het Studium Generale "Evidence based lokaal gezondheidsbeleid: een utopie?" van de Vereniging voor Volksgezondheid en Wetenschap, de Nederlandse Vereniging voor Algemene Gezondheidszorg en de *Netherlands School of Public Health*, NSPH Utrecht; destijds aangeboden aan de redactie van het TSG (Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg) echter zonder opgaaf van redenen niet voor publicatie beoordeeld.

figuur 1: concept evidence based (lokaal) gezondheidsbeleid



Mijn stelling is: "evidence based beleid klopt niet en werkt niet". Ik zal dit vanuit zeven verschillende invalshoeken toelichten.

## De wetenschapsfilosofische invalshoek, "hoezo evidence?"

De wetenschapsfilosofie kan hen die bereid zijn zich daarin te verdiepen, leren dat waarachtige 'evidence' ten principale niet bestaat. Echte 'evidence' bestaat niet, want een absolute waarheid bestaat niet omdat er geen objectieve werkelijkheid is. Dit geldt zeker wanneer het object van studie de mens, zijn gezondheid en zijn gedrag betreft. U begrijpt het al: we zijn hier op het terrein van de paradigma's, de vaste begrippenkaders, de veronderstellingen over de aard van het bestaan, de ontologie, en het kennen daarvan, de epistemologie. Dit is niet de plek om uitgebreid in te gaan op deze fundamentele thematiek. Maar het besef van het bestaan van verschillende paradigma's, van verschillende vooronderstellingen is essentieel voor een vruchtbare discussie over de zin en onzin van *evidence based* beleid.

Wat is de kern van de misvatting die tot het geloof in *evidence based* beleid leidt? Die is gebaseerd op het oude natuurwetenschappelijke paradigma dat uitgaat van een vastliggende objectieve (en zintuiglijk waarneembare) werkelijkheid en van een werking van die werkelijkheid op basis van rechtlijnige oorzaak- en gevolgrelaties, lineair-causale relaties. We hebben het hier over het rationele en mechanistische wetenschapsbeeld dat vanaf de 16<sup>e</sup> en 17<sup>e</sup> eeuw het denken in onze Westerse wereld domineert. Newton en Descartes die voortborduren op Copernicus en Galilei zijn hierbij van grote invloed. Zo rond 1630 werd de praktische kennis van het humanisme uit de Renaissance ondergeschikt gemaakt aan de theoretische kennis van de Verlichting. Verbijzonderde kennis maakte plaats voor universele beginselen. En plaats- en tijdsgebonden inzichten dolven het onderspit ten opzichte van algemene en tijdloze axioma's. Tegen de achtergrond van het belang dat de huidige politiek toekent aan *evidenced based* beleid, is het pikant dat als belangrijk luxerend moment voor deze fundamentele omslag in het denken in de Westerse wereld vaak wordt gewezen op de toentertijd heersende godsdienstoorlogen. Dit maakte de tijd rijp voor een rationele methode, een methode waarmee kon worden bepaald wat wel en niet (filosofisch, theoretisch of wetenschappelijk) juist is. Dit paradigma is van grote betekenis geweest en heeft enorm bijgedragen aan de vooruitgang in onze Westerse wereld, vooral natuurlijk op het terrein van de natuurwetenschappen zoals de geneeskunde. De beperkingen van dit

objectivistische/positivistische paradigma liggen echter, per definitie, op dat van de menswetenschappen.

Sinds het begin van de zeventiger jaren van deze eeuw (*NB: deze inleiding dateert van 1999*) is er dan ook sprake van dat dit paradigma meer verlaten wordt, met veel vallen en opstaan. En dit gebeurt juist onder invloed van, pikant genoeg, nieuwe natuurwetenschappelijke inzichten, zoals de relativiteitstheorie (Einstein), de quantummechanica (Bohr, Einstein, Planck) en de theorie van de dissipatieve structuren (Prigogyne). Buitengewoon kort samengevat hebben deze grote wetenschappers onze kennis verrijkt met twee nieuwe inzichten. Het eerste is dat alle structuren en processen in onze natuur/wereld deel uitmaken van een ondeelbaar en interdependent geheel. Het tweede is dat onze natuur/wereld slechts begrepen kan worden als permanent bewegende patronen van processen. Ergo: de beleidsontwikkeling met en door mensen kan niet als een wetenschappelijk verantwoord lineair-causaal proces bestaan. En mijns inziens is dit ook de kern van de misvatting die leidt tot het geloof in *evidence based* gezondheidsbeleid. Een kern die door velen geheel miskend wordt. Ik druk het ook wel eens wat simpeler uit: het gedrag van eencellige micro-organismen "in vitro" in de reageerbuis, is misschien redelijk tot goed voorspelbaar; dat van meercellige mensen "in vivo", in het volle leven, in mijn ogen iets minder.

## De (cognitief-)psychologische invalshoek, "evidence, nou en?!"

Laten we echter niet al te flauw doen. En laten we er toch even vanuit gaan dat bijvoorbeeld de genoemde natuurwetenschappers ten onrechte hun Nobelprijs hebben gekregen. En dat op het terrein van het gezondheidsbeleid er wel objectief vast te stellen waarheden bestaan, net als lineair-causale beleidsprocessen. Hoe gaan mensen dan om met die absolute waarheden?

Een cognitieve psycholoog als Lynn Payer geeft daar een antwoord op, een antropoloog als Geert Hofstede trouwens ook. En die antwoorden zijn gelijkkluidend. Ik citeer een recente constatering van Payer: "*Even when highly educated people do communicate successfully, people evaluate evidence differently depending on their national, professional and individual cultures.*" En: "*Even when cultures agree as to what the evidence says, their way of acting to it differs considerably.*"

Ach, eigenlijk wisten we dat ook wel. Maat laten we er nu voor het gemak van uitgaan dat dit gebrek aan een eenduidige interpretatie van feiten of een gebrek aan een uniform omgaan met dezelfde waarnemingen niet van belang is voor iets als *evidence based* gezondheidsbeleid.

## De bestuurskundige invalshoek, "wat moet ik met evidence?"

We leggen ons oor te luisteren bij de bestuurskundigen die doorgeleerd hebben voor de kenmerken van beleidsprocessen. Denk in Nederland aan Rosenthal of Simonis, daarbuiten aan bijvoorbeeld Mintzberg. Wat fluisteren zij ons in?

Het liefst houden mensen in de praktijk zich vast aan die planmatige kringloop van probleemanalyse, beleidsvoorbereiding, beleidsbepaling, beleidsuitvoering en beleidsevaluatie: het rationele beleidsmodel. Het leven is toch al moeilijk genoeg nietwaar? Helaas blijkt het echter in de werkelijkheid, zeker die van het gezondheidsbeleid, niet zo te werken. Wat blijkt uit onderzoek: hoe complexer een probleem, hoe groter de verschillen van inzicht over doelen

en middelen, hoe dynamischer en complexer de context: hoe minder plaats voor analytisch-rationele modellen en hoe meer voor ideologieën, waardepatronen en belangen. We praten dan over het incrementele beleidsmodel ofwel "*the science of muddling through*". Over de waarde van onderzoek zouden we ons misschien nog een opmerking van de econoom Keynes ter harte moeten nemen: "*There is nothing an government hates more than to be well informed, because it makes the process of arriving at decisions much more complicated and difficult.*"

Ook uit de eigentijdse bestuurskunde helaas dus geen steun voor de ratio van *evidence based* gezondheidsbeleid. We laten ons echter niet zomaar uit het veld slaan.

## De politiek-bestuurlijke invalshoek, "wat kan ik met *evidence*?"

De bestuurskundige invalshoek is misschien ook wel te theoretisch. We gaan te rade bij politiek-bestuurlijk deskundigen. Politici als Bram Peper of Harm Bruins Slot, of wetenschappers als Roel in 't Veld of Paul Frissen. Mensen die dichter bij het openbaar bestuur staan en alles weten over de positie van dat gemeentebestuur en hoe daar tegenwoordig beleid wordt gemaakt. Hoe zien zij de huidige positie van het openbaar bestuur en diens mogelijkheid om een rationeel *evidence based* beleid te maken?

"De tijd van de maakbare samenleving is voorbij" (Bruins Slot), "de overheid is vergruisd geraakt" (Peper), "we zijn op weg naar een transactiemaatschappij met een interactief opererende overheid (In 't Veld), "beleidsprocessen verlopen in toenemende mate als interdependenties binnen netwerken" (Peper), "de werkelijke maatschappelijke invloed ligt niet meer bij de overheid, maar is verdeeld over vele partijen in een archipelachtige structuur" (Frissen).

Kortom, de overheid heeft niet meer een vanzelfsprekende en dominante machtspositie om zelf planmatig gezondheidsbeleid te ontwikkelen, laat staan een instrumentarium dat te effectueren.

OK, maar er zijn vast wel gemeenten die een uitzondering op deze regel vormen en toch zo'n beleid kunnen ontwikkelen. zelfs *evidence based*. Hoe gaan die dan met dat instrument om?

## De cultuursociologische invalshoek, "wiens *evidence* eigenlijk?"

Ook hierover is het nodige geschreven. Ik maak daaruit een gerichte, politieke keuze en kom uit bij publicaties van ondermeer Zijdeveld en de WHO. *Evidence based* beleid valt al snel onder een typering van Zijdeveld: "Dit is beleid vanuit het uitgangspunt geen verantwoordelijkheid van de burgers, maar maakbaarheid van oud sociaaldemocratische snit. Wat nodig is, is niet meer een verzorgingsstaat voor burgers, maar een verantwoordelijke samenleving van burgers." Ook de WHO onderstreept dit: gezondheidsbeleid met vooral als doel de eigen mogelijkheden van mensen tot een gezond leven, meer tot ontwikkeling te laten komen. Ik zou het vragenderwijs willen typeren: Misschien is er een door het individu in zijn context ervaren welbevinden mogelijk zonder een door de wetenschapper of professional vanuit diens wenkkader vastgesteld welzijn?!" Kortom, ook al zou je als overheid prima wetenschappelijke onderbouwd en planmatig beleid kunnen maken, dan nog is de vraag of je dat op die manier wel zou moeten willen doen.



Ook op dit punt wil ik echter niet te dogmatisch zijn. Ik ga er nu dus maar vanuit dat we zo'n beleid toch eens willen maken. Hoe organiseer je dat dan, dat beleidsproces. Maar vooral, hoe organiseer je dan de uitvoering van beleid, en ook zo dat het nog een beetje evalueerbaar is op z'n effecten?

## De bedrijfskundige invalshoek, "waarzo evidence?"

Voor de beantwoording van dit soort organisatorische vragen hebben we bedrijfskundigen. Maar die zijn tegenwoordig ook niet meer wat ze zijn geweest. Ook daar, zo blijkt, lees je alleen maar over de enorme complexiteit binnen een organisatie en over de grote veranderlijkheid van de omgeving. Vroeger kon je een organisatie tenminste nog vergelijken met een al dan niet goedlopende machine die jaar in jaar uit deed waar hij voor was opgericht: op eenzelfde manier dezelfde producten maken. De medewerkers hadden vastomschreven taken en deden nog precies wat de chef voorschreef. Da's tegenwoordig toch iets anders, zo blijkt. En die klant of patiënt vraagt ook nog eens meer maatwerk dan vroeger, en stelt morgen andere eisen dan vandaag. De organisatorische werkelijkheid wordt snel minder duidelijk en overzichtelijk dan hij ooit leek. Dat geldt zeker ook de organisaties op lokaal niveau die dat gezondheidsbeleid moeten vormgeven en uitvoeren. Denk bijvoorbeeld aan zo'n GGD. Ik citeer u een volzin, meer een overvolle zin, waarin ik enkele jaren geleden onze GGD schetste: "De GGD Zuidhollandse Eilanden. In een omgeving die steeds meer en sneller eisen stelt, met sterk geprofessionaliseerde medewerkers die steeds meer weten, willen en kunnen, in een tijd van forse besparingen, met één been in een zich omvormend openbaar bestuur en met het andere in de moderniserende zorgsector, het snijvlak van uitvoering en beleid, met een grotendeels nieuwe en jonge ploeg van ruim 100 specialisten, werkend "onder" 16 gemeentebesturen die zich in de richting van 3 verschillende regio's en provincies bewegen, gefinancierd volgens 4 verschillende principes en uit veel meer bronnen, voor 290.000 burgers vanuit 4 vestigingen opererend, ruim 40 vaak nog volop in ontwikkeling verkerende diensten en halffabrikaten bieden, die van wetenschappelijk onderzoek tot rampenbestrijding uiteenlopen, dit soms op de gezondheidsmarkt concurrerend, maar als openbare functies zonder garanties van financiering, overwegend ten behoeve van sterk uiteenlopende groepen die daar meestal niet om hebben gevraagd: hoezo complex?!"

Dit beeld mag dan wat extreem lijken, de modale organisatie zal zeker op strategisch niveau steeds minder routinematig kunnen werken. Meer dan ooit wordt het een kwestie van "*deal not just with the uncertain, but with the unknowable*" zoals Mintzberg het ooit noemde. Rationele rechttoe, rechtaan planningen, mooie analytische scenario's of gestandaardiseerde handelwijzen zullen bij niet-routinematige handelingen, en dus zeker op managementniveau een organisatie makkelijk van de wal in de sloot helpen. In de bedrijfskundige literatuur van pakweg de laatste vijftien jaar zie je dat sturingscentra, en dus de beleidsbepaling, steeds lager in de organisatie blijken te liggen en dat de besturing steeds interactiever en minder planmatig tot stand komt. Het beleid van een organisatie in deze tijd wordt zo minder uniform, minder rationeel en voorspelbaar, maar de gekozen wegen sluiten wel beter aan bij de complexe en veranderlijke werkelijkheid erbinnen en erbuiten. Minder ratio dus, maar meer resultaat!

Tsja, dus ook vanuit de bedrijfskundige invalshoek weinig bijval voor de haalbaarheid van een planmatige ontwikkeling of uitvoering van beleid. Wat rest ons dan? Zou de geschiedenis nog een opening kunnen bieden?

## De historische invalshoek, "van de wal in de sloot dankzij *evidence*"

Tot nu toe heb ik mij beperkt tot een aantal fundamentele waarnemingen vanuit verschillende niet primair sociaalgeneeskundige perspectieven die aangeven waarom *evidence based* beleid een illusie is. Maar de geschiedenis van *public-health* onderzoek bestaat uit een permanent pogen die *evidence* te pakken te krijgen.

*Evidence* verkrijgen over de aard en omvang van gezondheidsproblemen onder de bevolking is tot op zeker hoogte mogelijk, zeker waar het om eenduidige, enkelvoudige en lichamelijke ziekten gaat. In ieder geval doet bijvoorbeeld elke GGD aan deze vorm van gegevensverzameling. Voor relevante indicatoren ten behoeve van (lokaal) gezondheidsbeleid is dat al een stuk moeilijker, zo constateerde ondermeer het RIVM recentelijk.

De volgende stap, de analyse van gezondheidsproblemen in de gemeenschap, het bepalen van determinanten of zelfs eenduidige oorzaken blijkt in de praktijk echter '*a hell of a job*'. Een klassiek voorbeeld is het onderzoek in de 80-er jaren naar de relatie tussen een enkelvoudige, duidelijke en goed meetbare cadmiumverontreiniging in de bodem van de Brabantse Kempen en gezondheidsklachten van de bevolking aldaar. Conclusie na een even langdurig als kostbaar onderzoek: een relatie is niet uit te sluiten...

Dan de stap van het bepalen van interventies waarvan eenduidig is aangetoond dat zij effectief zijn. Kent u onomstreden voorbeelden op gemeenschapsniveau? Zelfs op individueel niveau, sprekend over bijvoorbeeld een vrij eenvoudige aandoening als een stabiele angina pectoris, bleek in het onderzoek 'Passende medische zorg' van Klazinga zeer recent dat er onder de artsen zelf al geen onomstreden *evidence* was. En wat te zeggen over effectmetingen van populatiegerichte programma's? Een onder epidemiologen begrijp ik klassiek voorbeeld is het 'Minnesota-onderzoek' naar de effectiviteit van een preventieprogramma gericht op cardiovasculaire aandoeningen. *State-of-the-art* qua interventietechniek en *state-of-the-art* qua onderzoeksdesign. Uitkomst echter: geen effect meetbaar. En misschien is de aard van de interventie minder *state-of-the-art*, maar leidde het recent verschenen promotieonderzoek van Wiersma over de jeugdgezondheidszorg tot een andere conclusie?

Dan maar geen preventieprogramma's meer? Gaat me iets te snel. Misschien dat een wat afstandelijker historische benadering ons wat meer kan leren? Er is mij één in dit verband relevante studie bekend. Dit is de dissertatie van Houwaart uit 1983 over de sociaalgeneeskundigen in de 19<sup>e</sup> eeuw, de hygiënisten, en hun pogingen om tot een samenhangend beleid te komen op het terrein van de volksgezondheid. Houwaart maakt duidelijk hoe zij hierin vastliepen doordat zij maatschappelijke gezondheidsproblemen vanuit een subjectivistisch mensbeeld te lijf gingen met natuurwetenschappelijke, objectivistische technieken. Deze analyse wordt later aangevuld door Wulff e.a. ie mijns inziens volkomen terecht stellen dat veel sociaalgeneeskundigen zich volledig onbewust zijn van de fundamentele kloof tussen sociomedisch onderzoek en traditioneel medisch-biologisch onderzoek. En *evidence based policy* is andere koek dan de reeds zo moeilijk realiseerbare *evidence based medicine*. Je kunt niet zoals bij *evidence based* gezondheidsbeleid met natuurwetenschappelijke concepten die processen hanteerbaar proberen te maken door te zoeken naar oorzaak-gevolg-relaties die overwegend menswetenschappelijk gedefinieerde problemen op het terrein van lokaal gezondheidsbeleid tackelen.

Ook de les van de geschiedenis tenslotte is dus dat *evidence based* gezondheidsbeleid niet werkt.

## *Evidence based* beleid klopt niet en werkt niet

Ziedaar de irrationaliteit van *evidence based* gezondheidsbeleid:

- > echte *evidence* bestaat niet
- > en als echte *evidence* toch bestond, dan zou het verschillend worden geïnterpreteerd
- > en als het toch eenduidig zou worden geïnterpreteerd, dan zou je er niet op een rationele manier beleid mee kunnen maken
- > en als er desondanks rationeel beleid mee gemaakt zou kunnen worden, dan zou het de lokale overheid aan voldoende positie en sturend instrumentarium ontbreken
- > en als er niettemin een lokale overheid met zo'n positie en instrumentarium zou bestaan, dan zou je zo'n op puur professionele evidentie gebaseerd beleid niet moeten willen
- > en als je toch zo'n professioneel beleid zou willen, dan zou je het niet kunnen organiseren
- > en als je dan tenslotte niet meer gelooft in *evidence based* beleid, dan blijkt dat de geschiedenis je gelijk geeft.

*Evidence based* gezondheidsbeleid kortom, gaat voorbij aan de grilligheid van de menselijke natuur, aan het leven zelf. Het is niet rationeel om *evidence based* gezondheidsbeleid na te streven: *evidence based* gezondheidsbeleid klopt niet en werkt niet.

Rotterdam, november 1999,  
Erik Lieber