

Wetenschap en praktijk: de pathologie van een relatie

NTvG lezing 5 november De Rode Hoed, Amsterdam

Klasien Horstman¹

Introductie

Het is een genoegen om vandaag op deze NTvG dag te mogen spreken over de relatie tussen wetenschap en praktijk. Het toeval wil namelijk dat het eerste artikeltje dat ik schreef tijdens mijn promotieonderzoek² in 1989 gepubliceerd werd in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. Hoewel de toenmalige hoofdredacteur Dunning het vrijwel ongewijzigd accepteerde, kreeg ik wel een artikeltje van zijn hand terug gestuurd, getiteld 'Kort is mooi'. De boodschap was duidelijk: hij vond mijn schrijfsel kennelijk toch nog wel wat langdradig. Het toeval wil bovendien dat dit eerste artikeltje handelde over het thema dat ook vandaag centraal staat, namelijk de relatie tussen wetenschap en praktijk, tussen laboratorium en kliniek, tussen science en art, tussen kennen en handelen. In het artikel betoog ik dat er in de geschiedschrijving van de geneeskunde veel aandacht is voor wat artsen vinden en denken, en weinig voor wat artsen doen. De gangbare verklaring voor de gebrekkige aandacht voor 'de medische praktijk' luidt dat er eenvoudig te weinig bronnen zijn om goed zicht te krijgen op wat artsen in hun spreekkamers deden en doen, terwijl er legio bronnen zijn - oraties, handboeken, tijdschriftartikelen en richtlijnen – die weergeven wat de heersende ideeën zijn over goed geneeskundig handelen. Wellicht speelt de gebrekkige methodische toegankelijkheid van 'de klinische praktijk' inderdaad een rol in de onderbelichting van 'de praktijk' in de medische geschiedenis, maar er is toch ook meer aan de hand.

Een beetje kort om de bocht geformuleerd, hangt de onderbelichting van de klinische praktijk hangt samen met het utopische ideaal dat wetenschap en praktijk eigenlijk een zijn. Ze worden verondersteld een harmonieuze relatie te hebben omdat ze eigenlijk met elkaar samenvallen. Met andere woorden, tussen de ontwikkeling van medische kennis en de ontwikkeling van de medische praktijk wordt verondersteld een automatische koppeling te bestaan. Maar omdat kennis, ideeën, cognities als leidend worden gezien bij vooruitgang in de geneeskunde - hier zien we de sporen van filosofen als Plato en Descartes - hoef je eigenlijk alleen maar de medische wetenschap te bestuderen om inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de geneeskunde: de klinische praktijk wordt immers verondersteld zich naar de wetenschap te plooiën. In de context

¹ Klasien Horstman is hoogleraar Filosofie van Public Health aan de Universiteit Maastricht.

K.horstman@maastrichtuniversity.nl <http://www.maastrichtuniversity.nl/hes>

² Klasien Horstman (1989) De geschiedenis van de medische praktijk; tussen sociale geschiedenis en historische sociologie, *NTvG*, 133, nr. 15, 781-784.

van deze beeldvorming over wetenschap en praktijk is het dus logisch om in de geschiedschrijving van de geneeskunde de praktijk links te laten liggen: ze is slechts toegepaste wetenschap en als zodanig belichaamt ze slechts onzuivere kennis. Vanuit de utopische voorstelling van de eenheid van wetenschap en praktijk, heeft de praktijk geen enkele toegevoegde waarde.

De enige reden dat soms toch aandacht wordt geschonken aan de klinische praktijk is dat ze niet aan de verwachtingen voldoet en dat ze niet de haar toebedeelde rol speelt: ze voegt zich niet naar de kennis die in de wetenschap als toonaangevend wordt gezien. De praktijk is dan dus een probleem – ze loopt achter, ze is conservatief of dom. Dan wordt er gesproken van een ‘kloof’ tussen wetenschap en praktijk en om die kloof te dichten worden praktiserend klinici gestimuleerd hun handelen aan te passen aan de stand van de kennis. De hedendaagse metafoor van ‘implementatie’ onderstreept de noodzaak dat wetenschappelijke kennis naar de praktijk gebracht moet worden. Er zijn tegenwoordig veel financiële middelen beschikbaar voor implementatie - bijvoorbeeld bij ZONMW - omdat men zich zorgen maakt dat er zoveel kennis ‘op de plank blijft liggen’, dat zoveel wetenschappelijke inzichten ‘niet in de praktijk landen’. Het implementatie denken helpt om het utopische ideaal van de eenheid van wetenschap en praktijk in stand te houden, en daarmee houdt ze tevens de onderschikking van de praktijk aan de wetenschap in stand. Omdat het denken op een voetstuk wordt geplaatst, is er geen enkele reden om het aardse, concrete alledaagse handelen eens op zich zelf te bestuderen.

In de filosofie is de laatste eeuw veel werk verricht om deze - idealistische of positivistische - voorstelling van de relatie tussen wetenschap en praktijk kritisch te onderzoeken. In de pragmatische filosofie, de late Wittgenstein, Peirce, Dewey, Rorty en Latour en in Nederland de rechtsfilosoof Glastra van Loon³ - wordt bijvoorbeeld benadrukt dat kennen geen passief registrerend proces is van het hoofd, maar dat kennen een vorm van belichaamd handelen is. Zonder te handelen, verwerven we geen kennis. Het lichaam moet als het ware bewegen om ervaringen op te doen – waarmee pragmatisten laten zien dat de cartesische opsluiting van kennis in het hoofd geen adequate reconstructie is van kennisproductie. Maar als kennen handelen is, dan is wetenschap een praktijk. En als in het handelen ervaring wordt opgedaan, dan zijn handelingspraktijken tegelijkertijd ook kennispraktijken. Het voert te ver om hier vandaag diep op in te gaan, maar de consequentie van een pragmatische filosofisch perspectief op de relatie tussen kennen en handelen is dat er geen wezenlijk verschil is tussen kenniswerk en ander werk. Natuurlijk is er wel verschil is tussen een wetenschappelijke praktijk en andere praktijken, maar

³ De Nederlandse rechtsfilosoof J.F. Glastra - Van Loon is een zeer interessante denker. Zie zijn proefschrift *Norm en handeling* (1956) en de bundel *De eenheid van het handelen. Opstellen over recht en filosofie*, Boom, Meppel (1980).

dat schuilt niet in de aard van het kennen of in de aard van de kennis, maar in de specifieke culturele conventies die gelden in wetenschappelijke gemeenschappen. Er wordt in verschillende praktijken - onderzoekspraktijk, klinische praktijk, beleidspraktijk of verzekeringspraktijk - eenvoudig een ander spel gespeeld en er gelden andere regels. Maar overal waar gehandeld wordt, wordt ervaring en dus kennis opgedaan.

Verschillende rationaliteiten

Geïnspireerd door dergelijke pragmatische noties over kennis zijn er de laatste tijd mooie studies verschenen van de geneeskunde waarin de praktijk meer gewaardeerd wordt. Een mooi voorbeeld is de studie van de opkomst van anesthesie in de 19^e eeuw van Martin Pernick, *A calculus of suffering. Pain, professionalism and anesthesia in nineteenth-century America*⁴. In dit boek laat hij zien dat drie maanden nadat de Amerikaanse tandarts William Morton in 1846 voor collega's de werking van ether demonstreert, alle grote ziekenhuizen in Amerika de beschikking hebben over dat middel. Tegelijkertijd duurt het tot ongeveer 1875 voordat systematisch alle patiënten bij een operatie verdoofd worden. Vanuit idealistische of positivistische beelden van wetenschap en praktijk ligt het dan voor de hand om – net als bij de Weense collega's van Semmelweis die hun handen niet wilden wassen – te spreken van weerstand, conservatisme en domheid van de medische praktijk. Als het bewijs is geleverd dat opereren onder verdoving door ether mogelijk is, wat bezielde Amerikaanse dokters dan om het in de praktijk niet toe te passen? Pernick laat echter zien dat er verschillende rationaliteiten in het geding zijn, die dat heel begrijpelijk maken.

In de eerste plaats hadden artsen verschillende strategische visies op het gebruik van dit nieuwe middel. Midden 19^e eeuw was de professionele status van de geneeskunde in de Verenigde Staten fragiel en reguliere en homeopathische artsen concurreerden om het vertrouwen van het publiek, de inhoud van de medische opleiding en de posities in de ziekenhuizen. In die context zagen veel reguliere artsen anesthesie als een bedreiging voor hun toch al kwetsbare positie. Ze waren bang dat verdoofde patiënten beroofd zouden worden, met alle reputatieschade van dien, en ook de associatie van anesthesie met winstbejag zou een smet kunnen werpen op het publieke vertrouwen. Morton had namelijk patent aangevraagd en vocht publiekelijk vele ruzies uit over intellectueel eigendomsrecht. Andere reguliere artsen zagen verdoving juist als de krachtige interventie die het publiek ervan zou kunnen overtuigen dat reguliere medici meer te bieden hebben dan homeopaten. In de tweede plaats waren medici het verre van eens over de functie van pijn. Sommigen zagen pijn als een teken van vitaliteit en als cruciaal voor het genezingsproces,

⁴ Martin Pernick (1985) *A calculus of suffering. Pain, professionalism and anesthesia in nineteenth-century America*. New York, Columbia University Press.

anderen benadrukten dat juist verdoving de genezing van patiënten zou bevorderen omdat het shocks zou voorkomen. Ten derde speelden culturele stereotypen een rol bij het gebruik van ether. Vrouwen en witte mannen werden namelijk als redelijk pijngevoelig gezien, de zwarte bevolking van Amerika werd verondersteld over een hoge pijn drempel te beschikken en van indianen werd aangenomen dat ze amper pijnsensaties kenden. Deze overwegingen medieerden de eerste decennia wie bij een operatie werd verdoofd en wie niet, en dat pakte in de noordelijke staten nog weer anders uit dan in het zuiden.

Het interessante van de studie van Pernick is dat hij niet de kennis over het gebruik van ether zoals verkregen in Mortons experiment tot uitgangspunt neemt, en dan ach en wee roept over de achterblijvers, maar inzichtelijk maakt dat artsen in die specifieke context goede redenen hadden voor een gereserveerde houding tegenover deze nieuwe kennis. Toen verdoven rond 1875 de norm werd, waren inmiddels ook richtlijnen beschikbaar voor contra-indicaties en dosering, en was er een etiquette ontwikkeld voor de omgang met verdoofde patiënten, met onder andere de regel dat patiënten hun juwelen thuis moesten laten. Omdat kennis over contra-indicaties en dosering, en later ook over andere middelen dan ether, in de klinische praktijk, in de interactie tussen artsen en patiënten, ontwikkeld werd, komt de praktijk in Pernicks boek niet naar voren als ontvanger van kennis maar als co-connector van kennis.

Er zijn inmiddels vele mooie studies van de geneeskunde die met creatief bronnengebruik zicht bieden op het belang van praktijken als kennisproducenten. Hoe moeten we tegen de achtergrond van deze studies begrijpen dat de medische praktijk toch vaak zo veel dedain ten deel valt?

Verwetenschappelijking van de geneeskunde

Om dat te begrijpen is inzicht nodig in het proces van verwetenschappelijking van de geneeskunde dat vanaf de 17^e eeuw haar beslag krijgt. In de 17^e en 18^e eeuw ontstaan er academische opleidingen, laboratoria, tijdschriften om te rapporteren over onderzoek en conventies waar deze rapportages aan moeten voldoen. In de studie van de wetenschapshistorici Shapin en Schaffer over de luchtpompexperimenten van de natuurkundige Boyle, betogen zij dat in de context van publieke verantwoording binnen de toenmalige Royal Society de rapportage stijl ontstaat van het ‘virtueel getuigen’ – een rapportagestijl die het mogelijk maakt dat lezers van een verslag van een experiment het proces zo precies kunnen volgen alsof ze er zelf bij aanwezig zijn geweest⁵. Shapin en Schaffer laten zien dat de opkomst van een experimentele stijl in de wetenschap sterk

⁵ S.Shapin, S.Schaffer (1985) *Leviathan and the air-pump: Hobbes, Boyle and the experimental life*. Princeton, Princeton University Press.

verbonden is met idealen van openbaarheid en publieke verantwoording. Ook in de academische, universitaire geneeskunde ontstaan dergelijke wetenschappelijke conventies en een cultuur van openbaarheid. Tot eind 19^e eeuw laten deze processen van verwetenschappelijking in de academische geneeskunde de medische praktijk echter betrekkelijk onberoerd. Alledaagse medische praktijken hadden een eigen lokale logica en daarin waren een goede naam, therapeutisch succes en een redelijke prijs het meest belangrijk. Op de 19^e eeuwse medische markt werd stevig geconcurrereerd tussen velerlei soorten practici - chirurgijns, kruidendokters, vroedmeesters - maar wetenschappelijke kennis speelde in die concurrentieslag amper een rol. Een goede dokter was per definitie een clinicus. Volgens sommige auteurs hangt het geringe belang van academische kennis in die tijd ook samen met de relatief lage sociale status van academische medisch onderzoekers: zij behoorden niet tot de sociale laag van de professionele medische elite van clinici.

In de 20^e eeuw raken wetenschap en klinische praktijk met elkaar verweven. In het NTVG verschijnen steeds meer artikelen waarin clinici verslag doen van hun onderzoek. De arts Van Pel schrijft over de werking van tuberculine en spreekt over zijn onderzoekssubjecten als G.W. koetsier en J.S. stoker. Uit het feit dat hij A.H.E. in het onderzoeksverslag aanduidt als 'onze schilder', blijkt hoezeer de band met patiënten doorklonk in het onderzoek⁶. Maar zoals sociologen ons leren, integratie en toenemende wederzijdse afhankelijkheid gaat altijd samen met differentiatie en onderscheidingsdrift. In discussies over de vraag welke kennis leidend moest zijn in de medische opleidingen werden wetenschap en praktijk, science en art, dus concurrenten. Diende een goede dokter zich te laten leiden door de laatste academische inzichten over het ontstaan, het verloop en de genezing van een ziekte of door zijn specifieke ervaringen met die individuele patiënt? Uit de discussies rond 1900 blijkt dat een oriëntatie op de wetenschap het predicaat 'een goede dokter' toen nog in de weg stond.

Toen in 1903 de Utrechtse homeopaat De Groot in het NTVG bij voorbeeld stelde dat grauwe staar in plaats van snijdend ook met medicatie kon worden genezen, en de Leidse hoogleraar oogheelkunde Koster daarop zijn kliniek beschikbaar stelde voor een experiment waarbij de helft van de cataracten snijdend en de andere helft medicamenteus zou worden behandeld, reageerde de hoofdredacteur van het NTVG, Burger woedend. Als fervent voorstander van een natuurwetenschappelijke geneeskunde had hij weinig op met homeopathie, maar zijn boosheid gold het feit dat Koster bereid was te experimenteren met patiënten. In de discussie die volgde in het NTVG stelden velen met Burger dat het in de geneeskunde gaat om de patiënt en niet

⁶ Zie voor dit voorbeeld: Klasien Horstman & Gerard de Vries (1989) Experimenten met mensen. De constitutie van een medisch-wetenschappelijke praktijk en een ethisch probleem, in: *Kennis en Methode*, 1, 62-83.

om het bevredigen van wetenschappelijke nieuwsgierigheid, dat geneeskunde geen ‘wetenschappelijk toernooi’ mag worden waarbij ‘patiënten als krijgsmaterieel dienst zullen doen’. Een ‘wedstrijd tussen behandelmethoden’ is niet geoorloofd want, zoals iemand opmerkt, ‘Geneeskunde is geen sport.’ Deze dokters waren zeker leergierige mensen, maar onderzoek kreeg betekenis in de context van de relatie met patiënten en niet andersom. De identiteit van de dokter, ook die van de onderzoekende dokter, was die van een clinicus.

Hoewel zich gedurende de hele 20^e eeuw dergelijke discussie voor deed, bereikt de emancipatie van de ‘wetenschappelijke geneeskunde’ ten opzichte van de praktijk eind 20^e eeuw haar hoogtepunt. Langzaam maar zeker maakt het idee dat de klinische praktijk de kern is van de medische professie en dat klinische ervaring cruciaal is voor ‘goed medisch handelen’ plaats voor het idee dat een goede arts een wetenschappelijk geschoolde arts is en dat wetenschappelijke inzichten in diagnostiek en therapie richting moeten geven aan het medische handelen ‘aan het bed’. Deze ontwikkeling vindt haar hoogtepunt in de beweging voor Evidence Based Medicine.

De ideologisering van evidence

Evidence based medicine wordt vaak omschreven als het expliciet, oordeelkundig en consciëntieus gebruikmaken van het beste beschikbare bewijs bij het maken van een keuze voor de behandeling van een patiënt. De formulering maakt duidelijk dat zorg voor individuele patiënten niet geleid moet worden door de klinische ervaring van een arts, door traditie, dogma of autoriteit, maar dat ze op wetenschappelijk bewijs van de effectiviteit van de interventie gebaseerd moet zijn. Met deze beweging zijn tal van organisaties in het leven geroepen zoals de Cochrane Collaboration die wetenschappelijk bewijs verzamelen, vergelijken, beoordelen en toegankelijk maken in zogeheten systematische reviews. Voor de beoordeling is een hiërarchie gemaakt van verschillende typen bewijs. Geïnspireerd door Platoonse beelden over zuivere kennis geldt de Randomized Controlled Trial - de RCT - en de daaruit verkregen statistische inzichten als de gouden standaard, omdat deze methodologie selectie bias zoveel mogelijk uit zou sluiten.

Studies over de alledaagse praktijk van RCT's⁷ laten echter zien dat de back office van de trial er heel anders uit ziet dan de front office. Toch vormen de oordelen van de systematische reviews die de RTC als norm nemen de basis voor standaarden en richtlijnen voor diagnostiek en therapie in de klinische praktijk. In het boek van Timmermans en Berg *The gold standard*⁸

⁷ S.Epstein (1996) *Impure science. Aids, activism and the politics of knowledge*. Berkeley, University of California Press. (2007) *Inclusion. The politics of difference in medical research*. Chicago, University of Chicago Press.

⁸ S.Timmerman, M.Berg (2003) *The Gold standard. The challenge of evidence-based medicine and the standardization in health care*. Philadelphia, Temple University Press.

verschijnt de beweging voor evidence based medicine dan ook vooral als een standaardiseringmachine: vanuit een concept van mensen en lichamen als uniform en contextloos en een afkeer van variatie, standaardiseert ze klachten en oplossingen, patiënten en dokters.

De laatste twee decennia hebben de beweging voor evidence based medicine en het utopische ideaal van evidence een groot stempel gedrukt op de relatie tussen wetenschap en praktijk. In de context van deze beweging heeft de klinische praktijk geen zelfstandige waarde meer, omdat ze nog slechts een object is dat gedisciplineerd moet worden. Omdat in een RCT geproduceerde kennis als norm geldt voor ‘goede kennis’, kunnen de ervaringen van klinici niet als kennis gewaardeerd worden. De klinische praktijk is alleen nog een toepassingsdomein, waar evidence based standaarden en richtlijnen, al dan niet door middel van speciale verbeteracties, geïmplementeerd moeten worden. Met de hiërarchie van evidence is er een eenrichtingverkeer ontstaan tussen wetenschap en praktijk.

Filosofen zoals Leslek Kolakowski, Karl Popper en Hans Achterhuis hebben betoogd dat utopische idealen, of het nu gaat om de klasseloze samenleving, de vrije markt of de gezonde ouderdom, hun onschuld verliezen als ze de mal worden waarmee de werkelijkheid gekneeld wordt en dat is temeer het geval als utopische idealen een cultureel en moreel monopolie hebben verworven – als ze de enige beschikbare of geoorloofde mal zijn. Dat laatste lijkt ook voor de beweging voor evidence based medicine op te gaan. Evidence based medicine is van een kritische onderzoekspraktijk een symbool van kwaliteit geworden, een toverformule die de grens markeert tussen wij en zij, tussen the good and the bad guys in de hedendaagse kenniscultuur in de gezondheidszorg. En velen maken graag gebruik van die toverformule om deuren te openen en gezag te verwerven, dus er wordt gesproken van evidence based, evidence based preventie, evidence based public health, evidence based beleid. Het liefst zouden sommigen zien dat we evidence based gaan leven. Het toppunt daarvan zien we in onderzoek naar een gezonde leefstijl, waar als voorwaarde voor onderzoeksfinanciering soms geldt dat het onderzoek zich alleen mag richten op evaluatie van zogenaamde evidence based, gecertificeerde leefstijl interventies⁹, en niet op wat burgers zo al zelf ondernemen om gezonder te gaan leven. De evidence based ideologie bepaalt dan niet alleen de methodologie maar ook het object van onderzoek, hetgeen resulteert in een blikvernuwing die bijna religieus aandoet.

Van een pathologische relatie naar balans

⁹ Het RIVM beschikt bijvoorbeeld over een databank met ‘gecertificeerde’ leefstijl interventies, de I-database.

Diverse critici hebben gewezen op de beperkingen van de definities van evidence. Post-popperiaanse wetenschapsonderzoekers, Kuhn voorop, hebben laten zien dat evidence alleen maar geldt als evidence binnen een paradigma en dat ‘blote feiten’ niet bestaan. Dat brengt met zich mee dat het ook in de wetenschap gaat om gelijk krijgen in plaats van gelijk hebben. En dat is maar goed ook, want de discussies en het overtuigingswerk dat noodzakelijk is om eventueel gelijk te krijgen, is precies de kritische test die ook evidence nodig heeft. Evidence in een gecontroleerde laboratorium setting moet zich nog bewijzen als evidence in het wild. In het verlengde daarvan is gewezen op de beperkingen van RCT designs zoals de problematische externe relevantie van de resultaten vanwege doorgesloten homogenisering van de onderzoekspopulatie. Als veel mensen lijden aan meerdere ziektebeelden – diabetes en reuma en alzheimer - maar RTC’s selecteren hun deelnemers op een ziektebeeld, wat is dan de praktische betekenis van de bevindingen?

Anderen hebben betoogd dat evidence based medicine een instrument is geworden voor politiek, verzekeraars en management om professionals te disciplineren en de kosten van de gezondheidszorg te beteugelen. Het is inderdaad opvallend dat, zoals Boyles wetenschappelijke rapportagestijl van de virtuele getuigenis gerelateerd was aan de cultuur van openbaarheid en verantwoording binnen de Royal Society, de statistische rapportage stijl van evidence based medicine gerelateerd is aan de hedendaagse politieke cultuur van transparantie en publieke verantwoording. Evidence based medicine presenteert zich zelf als contextloos kennis ideaal waar de klinische praktijk met haar tradities en vooroordelen niet aan kan tippen, maar hoe waardevol sommige systematische reviews ook zijn, contextloos zijn ze zeker niet.

De historicus Porter heeft in zijn boek *Trust in numbers. The pursuit of objectivity in science and public life*¹⁰ laten zien dat de opkomst van statistische regimes zoals evidence based medicine en de onderwerping van professionele praktijken zoals de klinische praktijk aan deze statistische regime een uitdrukking is van de democratisering van de gezondheidszorg, van toenemend pluralisme en dus van een groeiende publieke verantwoordingsdruk ten aanzien van de besteding van schaarse collectieve middelen. Ze is ook een uitdrukking van en groeiende invloed van burgers en een roep om kwaliteit en gelijke behandeling. Het paradoxale fenomeen doet zich voor dat het utopische ideaal van zuivere, contextloze kennis en de statistische representatie van kennis, dat door een gedemocratiseerde en pluralistische maatschappij gestimuleerd wordt, geen ruimte biedt om concrete en individuele patiënten met hun specifieke ziekte en lichaamsgeschiedenis recht te doen. Het feit dat de voorkeuren van patiënten en consumentenparticipatie inmiddels gezien worden als een belangrijke ingrediënt van goede zorg,

¹⁰ T.Porter (1995) *Trust in numbers. The pursuit of objectivity in science and public life*. Princeton, Princeton University Press.

laat onverlet dat er een grote spanning bestaat tussen de utopische kennisidealen van de wetenschappelijke geneeskunde, de klinische praktijk en het dagelijks leven - tussen de ervaringen van onderzoekers, klinici en patiënten.

Zoals we weten van andere gerealiseerde utopieën, gaat de wal het schip waarschijnlijk wel keren. Klinische praktijken en het concrete dagelijks leven laten zich in the end niet disciplineren door gemiddelden die geproduceerd zijn in onderzoekscontexten die losgezongen zijn van wat er in de concrete dagelijkse klinische praktijk toe doet. Om de relatie tussen wetenschap en praktijk zo te kunnen conceptualiseren dat de klinische praktijk en het dagelijks leven wel recht wordt gedaan, moet echter afscheid worden genomen van impliciete Platoonse en Cartesiaanse noties van zuivere, contextloze kennis die in de evidence based medicine beweging naar voren komen en die een obstakel vormen voor de realisering van de oorspronkelijke intenties ervan. Het verdient aanbeveling om daartoe aansluiting te zoeken bij pragmatisch filosofische noties dat kennen handelen is en dat we meer leren van verschillen dan van homogeniteit. Dat zou betekenen dat we de medische wetenschap, de klinische praktijk, beleid, verzekeringen, patiëntenorganisaties allemaal zien als ook kennispraktijken, dat we geen a-priori hiërarchie aanbrengen tussen vormen van kennis maar onderzoeken welke contextuele kennis en ervaringen in welke andere contexten relevant kunnen zijn. Soms is RCT kennis relevanter dan klinische ervaring, soms is patiëntenkennis relevanter dan RCT kennis – het valt te bezien. Dat ‘context’ voor politiek, verzekeraars, inspectie en managers en hun behoefte aan een ‘basis’ voor sturing lastig is, het zij zo. Niets staat hen in de weg om hun sturingsinstrumenten eens tegen het licht te houden en te onderzoeken in hoeverre deze instrumenten de kloof tussen schijn en werkelijkheid van kwaliteit groter of kleiner maken.

Een pragmatische filosofisch geïnspireerde analyse van de relatie tussen wetenschap en praktijk kan laten zien waar de machtsrelaties tussen wetenschap en praktijk pathologische trekken vertoont en hoe utopische beelden over de relatie tussen wetenschap en praktijk die pathologie nog versterken. Pathologie heeft te maken met de realiteit niet onder ogen kunnen zien, met idealisering tegen de klippen op, met idealisering die zich niet wil laten corrigeren door concrete ervaringen¹¹. Een pragmatisch perspectief zou kunnen helpen om de pathologische idealisering van kennen ten opzichte van handelen te doorbreken en de relatie tussen wetenschap en klinische praktijk iets meer in balans en iets gezonder te maken.

¹¹ De titel van de lezing is losjes ontleend aan E.Runia (1995) *De pathologie van de veldslag. Geschiedenis en geschiedschrijving in Tolstoj's Oorlog en Vrede*. Meulenhof, Amsterdam