

# Visiedocument Medische Geschiedenis

29 april 2014

## 1 Inleiding

In het najaar van 2011 hebben de hoogleraren medische geschiedenis E.S. Houwaart, M.J. van Lieburg, F.G. Huisman en H. Beukers een document opgesteld waarin zij in algemene zin het nu en de betekenis van het vakgebied medische geschiedenis in Nederland beschrijven.<sup>1</sup> Uitgaande van dit document kan een visiedocument worden gepresenteerd, waarin wordt beschreven hoe in Nederland het best aan de versterking van het onderwijs en onderzoek in de medische geschiedenis kan worden bijgedragen, in het bijzonder aan de UMC's in de komende jaren.

Onderstaand visiedocument heeft de volgende doelstellingen:

- a. De aandacht vestigen op de noodzaak en het nut van het vakgebied medische geschiedenis voor aankomende medici, dat kan bijdragen aan een encyclopedisch kennisideaal – internationaal wel aangeduid als *scientific literacy*<sup>2</sup>
- b. Suggesties doen voor de ontwikkeling en implementering van onderwijs medische geschiedenis in het curriculum en voor de ontwikkeling van medisch-historisch onderzoek in landelijke verband.

## 2 Onderwijs

### 2.1 Inleiding

#### *Wetenschappelijk onderwijs in de artsopleiding*

In de moderne geneeskunde wordt een specifieke wetenschappelijke methodologie toegepast. Aan de basis van de medische discipline staat het biomedische model. Daarin worden gezondheid en ziekte analytisch verklaard in denkmodellen van basiswetenschappen, vooral de anatomie, de fysiologie, de moleculaire- en de systeembioïogie. Een tweede kenmerk van de wetenschappelijke methodologie van de geneeskunde is de stochastische methode van

---

<sup>1</sup> E.S. Houwaart, M.J. van Lieburg, F.G. Huisman en H. Beukers, *Het vakgebied Medische Geschiedenis: waardevol, leerzaam en noodzakelijk*. September, 2011.

<sup>2</sup> Scientific literacy is the knowledge and understanding of scientific concepts and processes required for personal decision making, participation in civic and cultural affairs, and economic productivity. A scientifically literate person is defined as one who has the capacity to:

- Understand experiment and reasoning as well as basic scientific facts and their meaning
- ask, find, or determine answers to questions derived from curiosity about everyday experiences
- describe, explain, and predict natural phenomena
- read with understanding articles about science in the popular press and to engage in social conversation about the validity of the conclusions
- identify scientific issues underlying national and local decisions and express positions that are scientifically and technologically informed
- evaluate the quality of scientific information on the basis of its source and the methods used to generate it
- pose and evaluate arguments based on evidence and to apply conclusions from such arguments appropriately

klinische beslistkunde op basis van statistiek, epidemiologie en evidence based medicine. Daarnaast onderscheidt de geneeskunde zich van andere wetenschappelijke disciplines als een klinisch toegepaste wetenschap. Bijzonder voor de geneeskunde is de toepassing van de algemene wetenschappelijke principes bij het onderzoek en de behandeling van de individuele patiënt in de spreekkamer of aan het ziekbed. Daarvoor zijn technische en communicatieve vaardigheden en een professionele attitude vereist. Bij een aantal aspecten van vaardigheden en attitude maakt de geneeskunde gebruik van wetenschappelijke methoden uit de menswetenschappen.

Deze uitgangspunten van de wetenschappelijke discipline geneeskunde zijn voor het onderwijs geneeskunde in Nederland vertaald in eindtermen voor kennis, vaardigheden en attitude in het Raamplan Artsopleiding 2009.

### *Academisch onderwijs in de artsopleiding*

Bij de ontwikkeling van het moderne medische onderwijs is de opvatting ontstaan dat een wetenschappelijke opleiding alleen niet noodzakelijkerwijs tot goede dokters zal leiden. De technisch wetenschappelijke geneeskunde heeft ontegenzeggelijk geleid tot een sterke verbetering van de geneeskunde. De gemiddelde levensverwachting en het aantal gezonde jaren zijn nooit beter geweest, vroeger veelal fatale ziekten zijn nu behandelbaar. Tegelijkertijd is de medische paradox ontstaan van grote successen tegenover toenemend publiek ongenoegen over de geneeskunde. De geneeskunde is in korte tijd veel complexer geworden, de geneeskunde van nu is geglobaliseerd en multicultureel. Maatschappelijke ontwikkelingen bepalen meer en meer klachten en ziekten van individuele patiënten. De mondige patiënten willen na goede informatie betrokken worden bij de keuze van diagnostiek en behandeling. Naast de persoonlijke individuele geneeskunde wordt van artsen in toenemende mate maatschappelijke verantwoordelijkheid en maatschappelijk verantwoorde zorg gevraagd. De consequenties daarvan voor het medisch onderwijs zijn onlangs beschreven in het inmiddels klassieke Lancet artikel: *'Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world'*.<sup>3</sup> Daarin wordt een pleidooi gehouden voor een opleiding waardoor artsen goed kunnen functioneren in de complexe en steeds veranderende wereld van de gezondheidszorg voor individuele patiënten. Daarnaast pleit de Lancet commissie voor medisch onderwijs dat artsen ook voorbereidt op de rol van 'change manager' in de maatschappelijk verantwoorde gezondheidszorg op individueel en op populatieniveau. Daarvoor moeten artsen een zodanige opleiding krijgen dat zij behalve over medische wetenschap evenzeer kunnen beschikken over een kritisch en een breed georiënteerd onafhankelijk academisch denkniveau. Academisch medisch onderwijs hoort artsen te vormen met een autonome geest en kritisch zelfbewustzijn, in staat tot zelfstandig oordelen, en tot het ontwikkelen van het vermogen om de wereld ook te bekijken vanuit het standpunt van de ander. In het geneeskunde onderwijs heeft de academische vorming, de klassieke 'Bildung' dan ook terecht een plaats gekregen in het medische curriculum volgens het Raamplan Artsopleiding. In het Raamplan Artsopleiding 2009 zijn onder het hoofdstuk Metamedica eindtermen opgenomen over de algemene

---

<sup>3</sup> Lancet 2010;376:1923-5.

grondslagen van de medische ethiek, kennis van en inzicht in de filosofische context van medisch handelen en de hoofdlijnen van de (wetenschaps)-geschiedenis van de geneeskunde. Academisch onderwijs en academische vorming komen vooral aan bod in deze onderdelen van het medisch onderwijs.

### *Academisch onderwijs medische geschiedenis*

Medisch-historisch onderwijs biedt bij uitstek een denkkader en een sociaal-cultureel laboratorium voor een brede kritische beschouwing van de geneeskunde. De volgende vier domeinen van het onderwijs medische geschiedenis komen goed overeen met de eindtermen uit het Raamplan en bieden studenten de mogelijkheid om een overzicht en inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de geneeskunde. Voor de vier domeinen zijn een aantal mogelijke onderwerpen die typisch aan de orde komen bij het onderwijs genoemd.

## **2.2 Het Raamplan Artsenopleiding**

In het jongste *Raamplan Artsenopleiding* omvatten de eindtermen van de Bachelor Geneeskunde ‘Aspecten van de mens- en maatschappijwetenschappen’. Daartoe behoort de kennis over de hoofdlijnen van de geschiedenis der geneeskunde. In het verlengde daarvan wordt in het Raamplan de geschiedenis van de geneeskunde als onderdeel van het basisvak *Metamedica* gepreciseerd. Volgens het Raamplan heeft de juist afgestudeerde arts kennis van en inzicht in de hoofdlijnen van de geneeskunde, met als trefwoorden:

- Historische van biologische, psychologische en maatschappelijke definities van gezondheid en ziekte
- Belangrijkste historische markeerpunten (bijvoorbeeld mechanistisch denken over lichaam, ontwikkeling antibiotica, anesthesie)
- Huidig denken over ziekten en gezondheid in historisch perspectief.<sup>4</sup>

Afhankelijk van de nadere uitwerking van deze hoofdlijnen kan onderwijs medische geschiedenis direct of indirect een bijdrage leveren aan de realisering van enkele andere in het Raamplan genoemde kennisgebieden, zoals De filosofische context van medisch handelen, het onderscheid tussen wetenschappelijke en niet wetenschappelijke kennis, de wijze waarop nieuwe inzichten in de praktijk kunnen worden geïmplementeerd, de wijze waarop in Nederland de gezondheidszorg is georganiseerd en de opbouw van de Nederlandse samenleving.

## **2.3 Dragende thema's in het onderwijs medische geschiedenis**

Uitgaande van de in het Raamplan genoemde hoofdlijnen kunnen thema's en eindtermen voor het onderwijs medische geschiedenis worden geformuleerd die als basis kunnen dienen voor de onderwijsontwikkeling en -uitvoering door de deelnemers van het landelijk samenwerkingsverband voor medische geschiedenis. De volgende thema's zijn leidend:

---

<sup>4</sup> *Raamplan Artsenopleiding 2009*. Houten : NFU, 2009, 55 en 68.

### *1 Het komen en gaan van ziekten*

Het onderwerp wordt zowel historisch-epidemiologisch als cultuur-historisch aan de orde gesteld. Over grote gezondheidsbedreigingen in het verleden, maar ook over het cultuur-historische proces van het begrijpen van gezondheid en gezondheidsbedreigingen (*Framing disease*). Daarbij wordt aandacht besteed aan ontwikkeling van terminologie en vaktaal (ICD; DSM V) en de opkomst en het verdwijnen van ziektebeelden (modeziekten). Dit kan bijvoorbeeld aan de hand van infectieziekten, seksualiteit, neurasthenie, ADHD, alcoholisme, obesitas. Het onderwerp biedt uitstekende mogelijkheden tot reflecteren op (de ontwikkeling en het gebruik van) ziekteclassificaties en op het telkens verschuivend onderscheid tussen normaal en afwijkend.

### *2 De relatie Wetenschap - Geneeskunst*

Over ontwikkeling van medisch-biologische kennis en de invloed daarvan op de geneeskundige praktijk. De bespreking van twee kennistradities van Kos en Knidos tot en met de rol van laboratoriumgeneeskunde na 1890. Er valt goed aan te sluiten bij de actualiteit door bijvoorbeeld aandacht voor de paradigmatische werking van de genetica in de geneeskunde, evenals voor de maatschappelijke en normatieve kanten van genetische technologie (enhancement; predictief testen, screening, selectie).

### *3 De arts – patiënt relatie*

De historisch veranderlijke verhouding tussen arts en patiënt (en driehoeksrelaties zoals arts-ouder-kind), zowel in de dagelijkse praktijk als bij medisch-wetenschappelijk onderzoek. Aansluitend bij de actualiteit is het hierbij van belang aandacht te besteden aan de betekenis van migratie en aan (culturele) diversiteit van patiëntengroepen. Tevens komt hier de geschiedenis van de medische ethiek van de arts-patiënt relatie en de daarbij behorende juridische regels en wetgeving.

### *4 Therapeutische systemen en revoluties*

Besproken worden niet alleen belangrijke tradities zoals allopathie en homeopathie, maar ook de opkomst van de moderne farmacologie met antibiotica, vitaminen, hormonen en psychofarmaca. Gezien vanuit het standpunt van therapeutische tradities worden ook de ontwikkelingen in de heelkunde besproken, zeker vanaf de tweede helft van de negentiende eeuw.

### *5 Maat en getal in de geneeskunde*

Bij dit onderwerp wordt ingegaan op de traditie van kwantitatief, rekenkundig en statistisch denken in de geneeskunde. Het onderwijs gaat over de opkomst van het vertrouwen in maat en getal na 1800, de ontwikkeling van de medische (rekenkundige) statistiek in de negentiende eeuw (W. Farr e.a.), de zoektocht naar normaalwaarden, de veranderende standaarden voor medisch-wetenschappelijk onderzoek na 1940 (A. Bradford en J. Crofton) en de rol van Evidence Based Medicine na 1970 (A. Cochrane).

### *6 Organisatie en schaarste van zorg*

De organisatie van de geneeskundige hulpverlening en van de gezondheidszorg wordt sterk bepaald door sociale, culturele en politieke factoren. Een bespreking van de historische ontwikkelingen op dit punt toont hoe wisselende oplossingen voor medisch-maatschappelijke problemen tot stand komen en verweven zijn met staatkundige omstandigheden, politieke ideologieën en sociaal-culturele tradities. Onder dit thema behoren verder de opkomst van het ziekenhuiswezen en van de moderne ziektekostenverzekering met bijbehorende vraagstukken van solidariteit en individuele verantwoordelijkheid.

### *7 Public Health*

Openbare gezondheidszorg en preventie zijn als pijler van een effectieve geneeskunde al sinds Hippocrates bekend. Public health zou een belangrijk en terugkerend onderwerp moeten zijn in het medisch-historisch onderwijs. In grote lijnen zou het onderwijs moeten gaan over Public Health en preventie in de westerse wereld vanaf de Renaissance en vooral de stadia die public health heeft gemaakt vanaf de achttiende eeuw tot in de 21e eeuw vormen een belangrijk gebied van aandacht.

Aansluitend bij actuele discussies - de verhouding tussen collectieve en individuele verantwoordelijkheid, de positie van deskundigen in onze samenleving, het toenemend werken met geïndividualiseerde risicoprofielen - kan goed worden uitgelegd hoe risicoconcepten, preventie en openbare gezondheidszorg nauw verweven zijn met politieke en culturele omstandigheden. Het door de Amerikaanse historicus Charles Rosenberg geïntroduceerde begrip 'framing disease' kan hier goed van pas komen.

### *8 Lichaam – Geest*

Een belangrijk eeuwenoud wetenschappelijk probleem is de wijze waarop lichaam en geest invloed op elkaar uitoefenen. De kwestie die sinds Plato geest en lichaam onderscheidde als fundamenteel verschillend, speelt in het geneeskundig denken een grote rol, zowel bij het wetenschappelijk onderzoek als in de geneeskundige praktijk. De oplossingen die in de geneeskunde door de eeuwen zijn gegeven, hangen nauw samen met de zowel metafysische als de empirisch-wetenschappelijke en klinische standpunten en ervaringen van de betrokken artsen.

De aandacht gaat ook uit naar de ontwikkeling en het naast elkaar bestaan van verschillende benaderingen in de psychiatrie, zoals meer de biologisch georiënteerde benadering (vanaf Kraepelin), de psychodynamische en fenomenologische scholen, en de cognitiepsychologische benadering. Aan de orde komen onderwerpen als mechaniscisme, fysicalisme, interactionisme, dualisme (vanaf Descartes), monisme, maar ook opvattingen over functionele klachten (de lange traditie van neurasthenie), interpretaties van psychosomatische aandoeningen.

### *9 Oorzaken en risico's*

Een historische invalshoek biedt goede mogelijkheden om de verschillende begrippen van causaliteit, pathogenese en etiologie over het voetlicht te brengen. Het onderwijs heeft betrekking op de verschillende soorten medische kennis die in de geneeskunde van belang zijn (kliniek; laboratoriumexperiment; descriptief; statistiek), op het risicofactorenmodel

sinds de jaren zestig van de twintigste eeuw en op de bijbehorende praktijken op curatief en preventief terrein. De sociale context van deze soorten kennis geven informatie over de maatschappelijke en politieke druk op probleemprioritering en onderzoeksvraagstellingen.

### *10 Medische Technologie*

Aandacht voor de opkomst van diagnostische en therapeutische technieken in de negentiende eeuw en voor de medisch-technologische ontwikkelingen in de twintigste eeuw. Aan de orde worden gesteld de gevolgen voor de arts-patiënt relatie, voor de definiëring van ziekten en voor de organisatie van de zorg. Daarnaast kan goed worden uitgelegd dat nieuwe technieken nieuwe kansen bieden op opsporing en genezing van ziekten, maar ons soms ook voor nieuwe politieke en ethische dilemma's plaatst (bijvoorbeeld bij screeningstechnieken)

## **3 Het medisch-historisch onderzoek**

Er vindt in Nederland volop medisch-historisch onderzoek plaats, maar dit onderzoek heeft nauwelijks enige focus en is nationaal en internationaal zwak geprofileerd. Samenhangend daarmee sluit het medisch-historisch onderzoek, open enkele uitzonderingen na, onvoldoende aan bij de wetenschappelijke programma elders in de medische wetenschappen. Bovendien is de maatschappelijke zichtbaarheid van het vakgebied geringer dan die zou kunnen zijn. Terwijl de lange termijn perspectieven van medische-historisch onderzoek in principe van betekenis kunnen zijn voor contemporaine professionele discussies over identiteit of de maatschappelijke impact van wetenschappelijke ontdekkingen of over beleidskeuzes in de zorg, zien we in de praktijk dat het vakgebied door onvoldoende profilering en massa die cultureel-maatschappelijke rol niet goed op zich kan nemen.

Om het medisch historisch onderzoek nationaal en internationaal te kunnen profileren, en om de kans op het verwerven van externe financiële middelen te vergroten, is focussering van onderzoeksthematiek noodzakelijk. Dit is in de situatie waarin het vakgebied zich in Nederland thans bevindt, voor komende jaren goed te realiseren. Gelet op de reeds aanwezige expertise in Nederland en de belangrijkste onderdelen van de huidige medisch-historische onderzoekspraktijk aan de UMC's en gelet op de wensen die vanuit diverse UMC's zijn geformuleerd, liggen de volgende thema's voor medisch-historisch onderzoek voor de hand:

- 1 Public Health, preventieve geneeskunde en epidemiologie in moderne samenlevingen.
- 2 De rol medische technieken in de geneeskunde, de ontwikkeling van medische technologie sinds de 19<sup>e</sup> eeuw.

Het verdient aanbeveling om elk van deze twee thema's uit te werken in de vorm van probleem- en vraagstellingen, zodat er twee volwaardige zwaartepunten van onderzoek kunnen worden geformuleerd. De zwaartepunten vormen het organisatorisch en inhoudelijk kader waarbinnen medische geschiedenis zich vervolgens nationaal en internationaal kan profileren.

## **4 Versterking van het onderwijs medische geschiedenis in de faculteiten geneeskunde in Nederland**

### **4.1 Inleiding**

De positie van het vakgebied medische geschiedenis (geschiedenis van de geneeskunde) is binnen de geneeskunde faculteiten in de afgelopen twintig jaar minder sterk geworden. Op dit moment zijn er drie hoogleraren (van Lieburg EUR/UMCG, Huisman UMC, Houwaart MUMC+). Naast de hoogleraren is geen of een zeer kleine staf. De mogelijkheden voor onderwijs en vooral voor onderzoek zijn daardoor beperkt. Van de huidige hoogleraren gaat van Lieburg in 2016 met emeritaat, Houwaart in 2020. Zicht op opvolging of geschikte opvolgers is er niet. Er is derhalve aandacht nodig voor de continuïteit en de voortzetting van het vakgebied in Nederland.

Ondanks het feit dat de medische geschiedenis goed verankerd is in *het Raamplan Artsopleiding 2009*, is het onderwijs medische geschiedenis in de curricula van de faculteiten te weinig structureel ingebed in het medische curriculum. Uitzondering hierop is UMC. In Utrecht is onder leiding van Huisman in de bachelor het blok ‘Medical Humanities’ ingericht, waarin de medische geschiedenis centraal staat. In vergelijking met de medische curricula in Duitsland en in de Verenigde Staten is het onderwijs medische geschiedenis in de Nederlandse opleidingen klein. In Duitsland is het een van de verplichte volledige blokken, in de VS is de ‘history of medicine’ een vast onderdeel van meerdere blokken in de eerste twee jaar van de opleiding.

Gezien de kleine stafbezetting zijn de mogelijkheden voor het onderzoek medische geschiedenis te beperkt. Het aantal internationale publicaties is minimaal en er is geen sprake van wervend vermogen uit de eerste en tweede geldstroom voor de financiering van onderzoek.

### **4.2 Twee overwegingen**

Het lijkt uitgesloten dat er aan meerdere faculteiten een aanzienlijke uitbreiding van de staf medische geschiedenis met voldoende kritische massa bereikt kan worden. Een landelijk plan van aanpak om de toekomst van de discipline, het onderwijs en het onderzoek te waarborgen is daarom nodig. Een dergelijk plan heeft alleen kans van slagen wanneer daarvoor draagvlak bestaat in de Commissie O&O (het college van decanen) binnen NFU.

Het moderne onderwijs en onderzoek medische geschiedenis heeft de traditie van beschrijving van grootheden en medische doorbraken verlaten voor een veel meer sociaal-culturele benadering van de medische geschiedenis (zie bijlage 1). In dat kader past een integratie van medische ethiek, medisch recht en andere elementen uit de metamedica zoals genoemd in het Raamplan. Voor de organisatie van de faculteiten zal dit tot gevolg hebben dat medische geschiedenis het beste kan worden ingebed in een afdeling of structuur waarin ook de andere disciplines rond metamedica gehuisvest zijn.

### **4.3 Voorstel**

Het landelijk plan voor de versterking van de positie van het vakgebied medische geschiedenis in de Nederlandse geneeskunde faculteiten heeft de volgende uitgangspunten:

- 1 Zorg voor een minimale bezetting van 1 fte op hoogleraar- of U(H)D niveau per faculteit voor de medische geschiedenis.
- 2 Zoek naar werkzame combinaties waarin een senior hoogleraar en een onderzoeker/onderwijzer U(H)D (de toekomst) samenwerken voor twee UMC's. Op deze wijze ontstaan 4 koppels waarin de zittende en de toekomstige leiders van het vakgebied samenwerken aan onderwijs en onderzoek.
- 3 Zorg voor een gezamenlijk beleid voor het onderwijs medische geschiedenis in de verschillende curricula. De keuze voor een kernleerstof en voor een nieuw (te schrijven) leerboek maakt hiervan onderdeel uit. Bij het onderwijs wordt gezorgd voor een landelijke uitwisseling van docenten uit de acht faculteiten.
- 4 Zorg voor een gezamenlijk beleid voor onderzoek op internationaal niveau, leidend tot proefschriften, wi-1 publicaties en wervend vermogen in de eerste en tweede geldstroom.
- 5 Kies een beperkt aantal onderwerpen (lijnen) voor het onderzoek waarbij aansluiting bij bestaande metamedica groepen noodzakelijk is. Een voor Nederland voor de hand liggend voorbeeld is bijvoorbeeld de medische geschiedenis van public health.
- 6 Zorg voor de inbedding van de medische geschiedenis in een afdeling of vakgroep van de faculteit waaraan ook andere disciplines uit de metamedica zijn verbonden.

### **Bijlage 1**

Houwaart, Beukers, Huisman, Van Lieburg, *De noodzaak en de betekenis van het academisch onderwijs in de medische geschiedenis*. 2011.