

Essay Review: Medische Geschiedenis, ja! Maar voor wie?

CATRIEN SANTING

ABSTRACT

Within a year, two ambitious overviews of the history of medicine were published in the Netherlands. Both are worthy and useful successors to Lindeboom's well-known *Inleiding* (Introduction) in arguing that healthcare professionals need knowledge of the historical developments of their disciplines in order to guarantee professional competence. In contrast to their forerunner, the contributors managed to avoid 'Whig history' by stressing that medical inventions were as much a consequence of social and cultural factors as they were the result of individual ambition. A less fortunate change from Lindeboom is the emphasis on the modern period, which stands in contrast to the purported goal to create a more nuanced debated that also emphasizes the changeability of therapies, pharmaceuticals and their theoretical legitimation. In connection, the reviewer calls for more reflection on the reasons behind the prescription of such handbooks to students.

Keywords: Medical History, History of Healthcare, G.A. Lindeboom, medical curriculum, Healthcare, definitions of health

Essay review van: H.F.P. Hillen, E.S. Houwaart en F.G. Huisman (eds.). *Leerboek medische geschiedenis* (Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2018) 243 pp., ill., ISBN 978-90-368-1989-3. € 36,99. Ook verschenen als: H.F.P. Hillen, E.S. Houwaart en F.G. Huisman (eds.). *Leerboek medische geschiedenis. Ziekte, Kennis, Dokter en patiënt, Gezondheidszorg en maatschappij* (Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2018) 285 pp., ill., ISBN 978-90-368-2168-1. € 49,95; Toine Pieters & Guy Widdershoven (eds.), *Basisboek filosofie & geschiedenis van de gezondheidszorg* (Boom uitgeverij: Amsterdam, 2019) 259 pp, ISBN 978 90 2441 972 2. € 29,50.

NRC-Handelsblad interviewde 18 juli 2019 een radioloog over de repercussies van kunstmatige intelligentie voor zijn beroep. Daarbij werd de vraag opgeworpen of die niet het einde van zijn beroepsgroep inluide. Het antwoord luidde geheel ontkennend: de medisch specialist beweerde veel meer te doen dan aan de hand van algoritmes een ziektebeeld vaststellen. Dat zou een versimpeling van zijn bezigheden betekenen, ook al gaf hij toe in wezen radioloog-datawetenschapper te zijn geworden. Duidelijk is dat medisch-specialist noch journalist de twee hier gerecenseerde boeken hadden ingekeken. Als zij de handboeken

hadden bestudeerd en de daarop gebaseerde tentamens gehaald, zou de in het krantenartikel geponeerde vanzelfsprekende continuïteit van het medische specialisme wel eens kunnen zijn gerelativeerd. Waarschijnlijk is ook dat de *push factor* van de technologie kritischer zou zijn beschouwd.

In het *Leerboek medische geschiedenis* (p. 186–187) staat helder uitgelegd dat de medisch specialist een fenomeen is van de afgelopen eeuw. Opkomst en indeling van medisch specialismen hadden eerder te maken met maatschappelijke veranderingen dan met wetenschappelijke indelingscriteria, maar stonden in nauw verband met de in de negentiende eeuw opgekomen laboratoriumgeneeskunde. Tegenstand was er overigens ook, namelijk van medische generalisten die langzamerhand huisartsen werden genoemd en dus een tree lager in de medische hiërarchie belandden. Het duurde overigens tot 1931 voordat de nieuwe beroepsgroep geheel was geaccepteerd. Vanaf dat moment ging het snel: aan de universiteit kwamen bijvoorbeeld aan de specialismes gerelateerde leerstoelen.

Het verschijnen van twee handboeken binnen een jaar, waarvan het *Leerboek medische geschiedenis* al een tweede, luxere editie heeft gekregen, wijst erop dat er iets aan de hand is met de gezondheidszorg en haar werknemers. Vanzelfsprekendheden staan de laatste jaren ter discussie, zoals het streven naar medische zorg voor iedereen totdat de patiënt weer beter en dus tevreden is. Definities van het begrip ‘gezond’ hebben het idee van de complete afwezigheid van ziekte en gebrek verlaten en zoeken de oplossing in relatieve gezondheid in termen van ‘capabilities’. Het draait nu om ‘positieve gezondheid’, waarbij mensen in staat zijn om te gaan met de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven en dus een waardevol geleefd leven kunnen leiden (*Basisboek filosofie & geschiedenis van de gezondheidszorg*, 125–126).

Een aantal jaren geleden spraken de World Health Organization en diverse medische tijdschriften al van een crisis in de geneeskunde. De sterk gespecialiseerde en dus zeer kostbare klinische geneeskunde bleek geen antwoord te hebben op de alsmaar ouder wordende bevolking en de welvaartziektes die een gezonde oude dag in gevaar brengen. De problematiek van deze groep patiënten vereist een integrale benadering, terwijl de patiënten willen dat er rekening wordt gehouden met hun eigen mening. In alle westerse landen zijn inmiddels grootscheepse preventieprogramma’s gelanceerd die wisselend succes oogsten maar altijd gepaard gaan met kritiek op het normatieve karakter. Opvallend is dat initiatiefnemers en uitvoerders veelal voorbijzien aan de sociale en culturele eigenheid van patiënten en hun problemen, die samenhangen met historische ontwikkelingen.

De beide hier besproken leerboeken trachten deze omissie goed te maken. Hoe, waarom en voor wie doen de auteurs dat? Beide boeken volgen het stramien van het huidige probleemgestuurde onderwijs met leerdoelen, competenties en toetsvragen. Zij werken in meer (*Basisboek*) en mindere (*Leerboek*) mate met casussen, zoals de beoogde gebruikers het gewend zijn. De typografische uitvoering van het *Basisboek* is ruimer, waarbij het *Leerboek* met haar overvolle pagina’s wat rommelig en druk oogt, maar de hoeveelheid lesstof en moeilijkheidsgraad zijn ongeveer hetzelfde. Het gaat niet om gemakkelijke boeken, zeker voor hen die een achtergrond in de geesteswetenschappen ontberen. Alle auteurs doen duidelijk hun best via het gebruik van medische terminologie hun doelgroep te interesseren en vervolgens bij de les te houden. Daarbij ligt in het *Leerboek* achtereenvolgens het accent op ‘Ziekte, Kennis, Dokter en Patiënt en Gezondheidszorg’, waarvan de belangrijkste ontwikkelingen in historisch perspectief behandeld worden. Het *Basisboek* bespreekt actuele thema’s uit de gezondheidszorg in filosofische en historisch perspectief. Dat leidt tot de

thema's 'Gezondheidszorg als maatschappelijk verschijnsel', 'Gezondheid & Ziekte, Wetenschap & Technologie'.

Het *Leerboek* richt zich op medisch studenten door uitgebreid te beginnen met ziektes, vooral te focussen op ziekenhuizen en andere zorgprofessionals als verpleegkundigen, diëtisten, fysiotherapeuten, maar ook laboratoriumpersoneel en andere ondersteuners buiten beeld te laten. De lezers krijgen uiteengezet hoe de huidige medische praktijk in Nederland zo gegroeid is. Dat impliceert geenszins een sinds de jaren zeventig van de twintigste eeuw versmade 'whig history' over grote mannen en hun uitvindingen. Slechts zo hier en daar valt wat triomfalistische beroepstrots over medisch kunnen te bespeuren. In een inzichtelijke beschrijving van de opkomst van maat en getal in de geneeskunde, laat Timo Bolt (p. 115) zich tamelijk onhistorisch ontvallen dat de uitvinding van de aspirine een belangrijke historische breuk was na 'millennia waarin dokters op therapeutisch gebied tot zo goed als niets in staat waren geweest, brak een tijdvak aan waarin artsen werkelijk ziektes konden voorkomen en genezen'. Historischer zijn de exposés van Rina Knoeff en Frans van Lunteren over de grootste innovaties van de moderne geneeskunde: de geboorte van kliniek en laboratorium. Knoeff waarschuwt dat observeren lang niet altijd leidde tot objectieve medische kennis, terwijl Van Lunteren onder de aandacht brengt dat de dure experimenten in medische labs de patiënten in de negentiende eeuw vooralsnog geen therapeutisch voordeel brachten.

Het *Basisboek* is bedoeld voor zorgprofessionals in de bredere zin, waartoe ook beleidsmakers en managers in de gezondheidszorg gerekend worden. De auteurs leren de student vooral historische en filosofische concepten en thema's, die hen zouden helpen de veranderende inzichten, praktijken en oogmerken van de gezondheidszorg te plaatsen en daarbij te leren het eigen kunnen niet te overschatten. In dit boek overheerst de filosofie de geschiedenis en gaat het in de eerste plaats om 'visies op'. Zo roept het tot nadenken stemmende hoofdstuk 'Disability – veranderende visies op lichamelijke en verstandelijke beperkingen' op te werken met het perspectief van hen die met een beperking leven en zo recht te doen aan de complexiteit van hun bestaan. Het hebben van een handicap is immers de uitkomst van een proces van 'disablement', waarin een pathologische afwijking maar één van de factoren is. Er zijn zelfs hoofdstukken waarbij de geschiedenis nagenoeg niet aan de orde komt. Daarmee is natuurlijk niets mis: in deze tijd van multi-morbiditeit onder bejaarden en de steeds hoger oplopende kosten van de gezondheidszorg, is de medische ethiek belangrijker dan ooit geworden. De hoge economische en sociale prijs van de medicalisering staat steeds meer ter discussie. Het is dan ook plezierig dat de editors van het *Basisboek* zelf op deze ontwikkelingen reflecteren. Hun 'Gezondheidszorg als maatschappelijke en wetenschappelijke praktijk' demonstreert bijvoorbeeld dat het vigerende biomedische model moeilijk te combineren valt met het biopsychosociale, waarin de reactie van de omgeving en maatschappelijke beeldvorming rond ziekte zijn verdisconteerd.

Beide boeken zijn uiteindelijk heel Nederlands geworden en laten zelfs Vlaanderen buiten beschouwing. Daar valt wel wat op af te dingen in het huidige tijdsgewricht, waarin veel mensen (en dus ook ziektes) 'global' opereren, en artsen veelvuldig te maken hebben met patiënten met een andere culturele en etnische achtergrond. Hal Cook doet in het *Leerboek* een goede poging 'niet-westerse' geneeskundige tradities aan de orde te stellen, maar in de rest van de hoofdstukken gaat het expliciet over westerse, op empirische methoden geschoede geneeskunde. Het *Basisboek* gaat daarbij naar mijn mening een keer over de schreef. Na een stevig begin van het hoofdstuk "Multi-ethniciteit en stigma in de

gezondheidszorg” komt het accent te liggen op de opkomst van hiv/aids, ziektes die alleen op die plaats worden behandeld. Het woord stigma krijgt zo wel een heel schrille betekenis. Tevens zijn religie en het bovennatuurlijke in beide boeken vrijwel afwezig. Zij krijgen vreemd genoeg alleen in het kader van niet-westerse groepen aandacht, terwijl deze factoren ook bij autochtone westerlingen van belang zijn voor genezen en welbevinden, en heus niet alleen een rol spelen bij euthanasie en vaccinatie. Het concept van de ‘Medische Markt’ uit de *social history of medicine*, waarbij vanuit de patiënt wordt gekeken naar alle (inclusief zelfhulp, bedevaart, amuletten, kruidenmengsels) strategieën die hij of zij volgt om zich beter te gaan voelen, had hier uitkomst kunnen bieden. Dat had ook de te sterke nadruk op de laatste twee eeuwen voorkomen. Die geringe tijdspanne suggereert – zie het bovenstaande citaat van Bolt – dat de ‘echte geneeskunde’ een betrekkelijk nieuw fenomeen is. Dat maakt enigszins blind voor de leefstijl-geneeskunde uit de premoderne periode die tegenwoordig weer actueel is en misschien in de negentiende eeuw onterecht door de technologie is overvleugeld.

Ondanks de boeiende stof is het de vraag of deze leerboeken in het medisch onderwijs een succes zullen worden. Welslagen hangt samen met verondersteld nut en daarover zeggen auteurs en bezorgers te weinig. Het lijkt nu vooral te gaan om reflectie op het eigen handelen als hulp tot positiebepaling en bewust maken van de grenzen van het eigen medisch ingrijpen. Als medisch student zou ik daarover graag meer horen, voordat ik bereid was de overvloedige informatie in mijn hoofd te stampen. Het *Basisboek* maakt het bontst door slechts te stellen dat ‘het besef van veranderlijkheid combineren met het besef van samenhang tussen heden, verleden en toekomst (...) verrassende en verfrissende inzichten [kan] opleveren over vraagstukken in de gezondheidszorg’ en het daarbij te laten. Hillen, Houwaart en Huisman houden het voor hun *Leerboek* op de vlakke vaststelling dat ‘kennis van het verleden van een discipline belangrijk is voor het functioneren van een discipline’. Dat zou voorkomen dat artsen in dezelfde valkuilen trappen als hun voorgangers. Beide boeken sluiten dus nauw aan bij de traditie van G.A. Lindeboom die op de flap van zijn *Inleiding tot de Geschiedenis der Geneeskunde* (editie 5, 1981) stelde dat de geschiedenis van de geneeskunst en geneeskunde van eminent belang is voor de medicus en medische student, omdat ‘pas vanuit geschiedkundig oogpunt kunnen de stromingen in de geneeskunde (...) beter herkend en gewaardeerd worden.’

Vandaag de dag is een dergelijke onderbouwing onvoldoende. We weten zo langzamerhand wel dat het verleden zich altijd op een andere manier herhaalt en dat geschiedenis niet slim voor een volgende keer maakte maar wijs voor altijd, om de Zwitserse historicus Jacob Burckhardt aan te halen, en een dergelijke relativering verhoudt zich moeilijk tot de hectiek van de medische praktijk. Recente geschiedkundige ondernemingen als het *Journal for Applied History* en het *History Manifesto* roepen op tot maatschappelijk relevante geschiedenis, waarvan niet alleen de beoefenaar maar ook de lezer van het verslag van diens onderzoek iets toepasbaars leert. Opvallend is dat de auteur van een recente inleiding in de theorie en beoefening van de Medische geschiedenis, Ian Miller, wel de vraag opwerpt ‘Who should Medical History be written for?’¹ Van zijn eigen *A modern history of the stomach* (2011) geeft hij ruiterslijk toe dat het boek geen enkele klinische waarde had, laat staan dat er levens door gespaard werden.² Wel had het een bijdrage geleverd tot de oplossing van maatschappelijke,

1 I. Miller, *Medical History* (Londen 2018).

2 I. Miller, *A modern history of the stomach. Gastric illness, medicine and British society, c. 1800–1950* (Londen 2011).

culturele en zelfs politieke vraagstukken. Miller besprak het gedwongen voeden van de Britse suffragettes, maar stelde ook vast dat moderne Britse politici meer dan doorsnee te kampen hebben met maagproblemen.

De grootste bijdrage van de medische geschiedenis, waarvan de beoefenaars uit de tweede helft van de twintigste eeuw vaak een activistische achtergrond hadden, is juist dat historische perspectief. Dat laat meer dan een klinisch perspectief zien dat het om mensen gaat en dat geneeskunde draait om patiënten. De laatste generaties medisch-historici hebben ons de diverse aard van lichamelijke fenomenen – ziekte, emoties, de geest – laten zien en ze in nauw verband gebracht met socio-culturele en politieke fenomenen als kolonialisme, institutionalisering, *social* en *genetic engineering*. Dat in kaart brengen van het streven naar een menswaardig bestaan waarvoor de beoefenaars van de geneeskunde zich al eeuwen inzetten, is niet alleen van belang voor die beroepsgroep maar voor de hele samenleving. Voor iedereen is het relevant enige kennis te hebben van de bedoelde en onbedoelde gevolgen van medische macht, maar ook van de menselijke inzet ten behoeve van de productie van medische kennis. Medische Geschiedenis genereert een tegenwicht tegen het vigerende scientisme. De bezorgers van de twee hier besproken boeken hebben hun publiek nadrukkelijk vernauwd, hoewel in de tweede editie van het *Leerboek* waarin de tentamenvragen zijn weggelaten en de illustraties zijn aangevuld, de beoogde lezerskring weer wat is verbreed. Beide boeken verdienen mijns inziens een aangepaste editie voor een breed publiek omdat het om maatschappelijke vraagstukken gaat die iedereen betreffen.

Dan rest nog de vraag of medici in spe echt iets kunnen leren van het verleden, en dan doel ik op meer dan reflectie en relativering van de eigen overtuigingen. Ja, zou ik zeggen. De leefstijladviezen waarop de premoderne geneeskunst was gestoeld, vormen nog steeds een *eye opener*. Hetzelfde geldt voor het luisteren naar het verhaal van de individuele patiënt, wat door de technologisering leek te verdwijnen en de laatste jaren terug is in de medische curricula. Nieuwe invalshoeken als die van de (*critical*) *medical* en *health humanities* laten zien dat het verleden een unieke schatkamer is van menselijke ervaringen die ingezet kan worden bij het oplossen van problemen uit de gezondheidszorg. Alleen op die manier kan verbeeldingskracht worden gevoed die het zicht verscherpt op mogelijke alternatieven voor medisch handelen in de toekomst. Daarvoor zullen historici van hun angst voor presentisme dienen te worden genezen.

De auteurs in beide boeken doen een stap in de goede richting door zich juist expliciet tot toekomstige zorgprofessionals te richten. Zij hadden dat radicaler kunnen doen door als historici en filosofen op gelijkwaardige basis in gesprek te gaan met artsen en andere zorgprofessionals over medische overtuigingen, methoden en praktijken. Alleen in zo'n conversatie kan een toekomstbestendige gezondheidszorg ontstaan, waarin de menselijke maat de toon aangeeft. Het gaat immers er immers niet om of je behandeld wordt door een radioloog of door een datawetenschapper, maar dat de patiënt hulp krijgt in zijn realisatie van een menswaardig geleefd leven. Gezondheid is daarin een cruciale factor, maar of het altijd om de beslissende factor gaat. Om dat te bepalen zijn historici en filosofen onmisbaar.