

Discussiestuk t.b.v. 20-11-2014 *Bijeenkomst Genootschap Historia Paediatrica*

“Is kennis van de geschiedenis van de Nederlandse kindergeneeskunde voor de arts-assistent in opleiding en de kinderarts van belang? “ (4 blz.)

Inleiding

Gelet op de overvloedige aandacht voor WO I en II, het verschijnen van talrijke biografieën, de kijkcijfers van tv-programma's met een historische context zou men mogen concluderen, dat geschiedenis zich kan verheugen in een toenemende belangstelling. Zo ook onder medici, wel is waar voornamelijk senioren. Binnen een aantal medisch wetenschappelijke verenigingen zijn de afgelopen jaren Historische Genootschappen opgericht, die bijeenkomsten organiseren, waarin het vakgebied in een historische context wordt geplaatst. Daarnaast dwingt gebrek aan ruimte verenigingen er toe zich te bezinnen op wat te doen met hun archieven (in wezen hun cultureel erfgoed). Archiefcommissies zijn aan het werk en vele interessante documenten vormen aanleiding voor studie, onderzoek en presentatie. De nationale canon bracht een hausse aan canons op velerlei gebied te wege, ook op het terrein van de geneeskunde. Recentelijk werd de Nederlandse Vereniging voor Medische Geschiedenis opgericht en tegelijkertijd werd op Urk een Medische Erfgoed Centrum gestart. Al deze ontwikkelingen vormen de aanleiding tot de vraag: “Hoe is het gesteld met het onderwijs aan onze arts-assistenten over de “roots” van ons vakgebied en is het relevant dat ook de huidige kinderarts hier weet van heeft?”.

Binnen de NVK is het tot dan toe sluimerend historisch besef wat aan het ontwaken. De historische bron – het eigen archief (1892 – 2000) – is geschoond, gerubriceerd, gecodeerd en opgeborgen op een veilige plaats. Belangrijke documenten en verslagen zijn gedigitaliseerd. Het is nu wachten op het beschikbaar komen van ruimte op de website. De archiefcommissie richtte het Genootschap Historia Paediatrica op. Zij organiseert op 20 november 2014 haar 4^e bijeenkomst. Daarnaast verzocht het Genootschap het bestuur van de NVK de leemte op te vullen in het cursorisch onderwijs betreffende de geschiedenis van de kindergeneeskunde en de NVK. Het doorgeven van de eigen geschiedenis – als teken van een continue ontwikkeling van het vakgebied – is voor het bestuur van het Genootschap een belangrijk aandachtspunt.

Als achtergrondinformatie over de discipline medische geschiedenis – een “nieuwe” loot van de medische wetenschappen? – moge onderstaande toelichtingen A en B gelden. Hiervoor is onder meer gebruik gemaakt van:

- *“Vorming, reflectie en activisme. Over het rijke veld van de medische geschiedenis in Nederland”* F. Huisman, Studium 2013 Vol 3 en 4, 159-72.
- *Visie en Beleidsdocument Nederlandse Vereniging voor Medische Geschiedenis (2014)*

A. Positionering: Medische geschiedenis versus Wetenschapsgeschiedenis

Medische geschiedschrijving en -onderzoek kan vanuit verschillende invalshoeken beoefend worden. De disciplinaire achtergrond, van waaruit men dit doet, kan leidend zijn: men is historicus ofwel medicus. De basiskennis is leidend: men is professional of amateur/hobbyist. Het moge duidelijk zijn dat deze verschillen in achtergrond aanleiding kunnen geven tot controverse en polemiek.

Historici (zoals George Sarton, chemicus en historicus 1884-1956) verweten medici methodologisch naïef te zijn, slechts vooruitgangsgeschiedenis te willen schrijven met zichzelf

op het hoogtepunt en dat er door amateurs veel waardeloos werk werd afgeleverd. Medici daarentegen verbaasden zich over historici, die zich begaven op een terrein waarvoor ze nooit waren opgeleid. Medici verwijten medisch-historici zonder medische opleiding, dat zij te veel aandacht besteden aan maatschappelijke factoren ten koste van de eigenlijke geneeskunde. Beide polemieken zijn exemplarisch voor de manier waarop men heeft geprobeerd haar terrein te definiëren en af te bakenen. Opvattingen over medische geschiedenis blijken in het verlengde te liggen van opvattingen over geneeskunde.

Henry Sigerist (medicus en historicus, 1891-1957) gaf toe dat er veel enthousiaste amateurs op zijn terrein actief waren en zag geen enkel kwaad in hun causerieën tijdens een gezellig samenzijn. Zodra ze overgingen tot publiceren, dienden ze zich echter te realiseren dat de geschiedenis een wetenschap is met haar eigen methoden. Geheel los daarvan vond Sigerist dat Sarton een belangrijke denkfout maakte. Omdat Sarton een verkeerde opvatting had over de geneeskunde, gold hetzelfde voor zijn opvattingen over de geschiedenis ervan. De geneeskunde is geen toegepaste wetenschap, maar een autonome discipline. Daarom moet de geschiedenis van de geneeskunde niet alleen aandacht hebben voor de geschiedenis van de medische wetenschap, maar ook voor de relatie tussen arts en patiënt, voor de relatie tussen staat en professie en voor vele andere maatschappelijke factoren die van invloed zijn op de stand van zaken in de gezondheidszorg.

B. Enkele domeinen op het terrein van de medische geschiedenis

1. Het komen en gaan van ziekten

Het betreft het onderzoek naar en onderwijs over de samenhang tussen vigerende opvattingen over gezondheid en ziekte, risicopercepties van gezondheidsbedreigingen, therapeutische en preventieve tradities enerzijds en culturele kenmerken van een samenleving of bevolkingsgroepen anderzijds, de opkomst en het verdwijnen van ziektebeelden in relatie tot sociaal-culturele veranderingen, het bestaan van taboes en schaamte rond bepaalde ziekten en het doorbreken daarvan, vormen van preventieve geneeskunde die in de verzuilde, paternalistische samenleving wel draagvlak hadden, maar die in een geïndividualiseerde cultuur niet langer succesvol zijn. Dit alles in historisch-epidemiologische en cultuur-historische context. Verder aandacht voor de ontwikkeling van terminologie en vaktaal. Dit domein biedt uitstekende mogelijkheden tot reflecteren op de ontwikkeling en het gebruik van ziekteclassificaties en op het telkens verschuivend onderscheid tussen normaal en pathologisch. Dit domein is door de Amerikaanse medisch-historicus Charles Rosenberg beschreven als onderzoek naar het historische proces van *'framing disease'*.

2. De arts-patiënt relatie

De verhouding tussen arts en patiënt (en driehoeksrelaties zoals arts-ouder-kind) is in de loop van de tijd veranderd, 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.

Hieronder ressorteert ook de geschiedenis van de medische ethiek in de arts-patiënt relatie en daarbij behorende juridische regels en wetgeving.

3. De maatschappelijke aspecten en sociale structuren van de geneeskunde

De organisatie van de geneeskundige hulpverlening en van de gezondheidszorg wordt 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. Binnen dit thema valt de organisatie van het artseneroep en andere beroepen in de gezondheidszorg, structuren en organisatie van zorginstellingen zoals ziekenhuizen, GGD en kruiswerk, politieke en wettelijke aspecten van de geneeskunde en de zorg, beleid en organisatie van de public health, de toegankelijkheid van de zorg, de ziektekostenverzekering, de economie en de demografie van de volksgezondheid. De stadia die *public health* heeft doorlopen vanaf de achttiende eeuw tot in de 21e eeuw vormen een belangrijk gebied van aandacht.

4. De relatie Wetenschap – Geneeskunst, Medische Technologie, Therapeutische revoluties

De opkomst van diagnostische en therapeutische technieken in de negentiende eeuw vereist aandacht evenzo de medisch-technologische en medisch-biologische ontwikkelingen in de twintigste eeuw en de invloed van al deze ontwikkelingen op de geneeskundige praktijk. De gevolgen voor de arts-patiëntrelatie, voor de definiëring van ziekten en voor de organisatie van de zorg. Nieuwe technieken bieden nieuwe kansen op opsporing en genezing van ziekten, maar plaatst ons soms ook voor nieuwe politieke en ethische dilemma's. Te denken valt aan de paradigmatische werking van de genetica in de geneeskunde en de maatschappelijke en normatieve kanten van genetische technologie (enhancement; predictief testen, screening, selectie). De opkomst van de moderne farmacologie met antibiotica, vitaminen, hormonen en psychofarmaca. Vanuit het standpunt van therapeutische tradities verdient de ontwikkeling in de heelkunde aandacht vanaf de tweede helft van de negentiende eeuw.

5. Maat en getal in de geneeskunde

Onder dit domein valt de traditie van kwantitatief, rekenkundig en statistisch denken in de geneeskunde. Het betreft 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).

C. Slotopmerking

Medisch-historisch onderzoek op en onderwijs over bovengenoemde domeinen behandelen geneeskunde en gezondheidszorg over een termijn van vele jaren en soms zelfs van eeuwen. Medische geschiedenis biedt daarmee overzicht en inzicht tegelijk en stelt de toeschouwer in de gelegenheid een oordeel te vormen over de ontwikkeling waarvan hij kennelijk deel uitmaakt. Dit kan leiden tot relativering van eerder ingenomen posities of tot bescheidenheid over oplossingen die de geneeskunde aandraagt. Maar het kan ook aanleiding geven tot een (h)erkenning of zelfs herwaardering van waardevolle elementen uit het verleden, tot een kritische erkenning van gewenste of juist ongewenste ontwikkelingen in de zorg. Daarmee kan medische geschiedenis bijdragen aan het verhelderen van een traditie.

De waarde van medische geschiedenis wordt misschien wel het best zichtbaar in het medisch onderwijs. Als men als uitgangspunt neemt dat de basisopleiding tot arts niet het karakter van een beroepsopleiding moet aannemen, maar juist moet aansluiten bij de traditie van het academisch onderwijs en onderzoek, dan moet men erkennen dat een substantieel onderdeel van die basisopleiding gericht moet zijn op de algemene vorming, de *'Bildung'* van de student tot iemand met een autonome geest en kritisch zelfbewustzijn, in staat tot zelfstandig oordelen, tot het ontwikkelen van verbeelding, tot het bekijken van de wereld vanuit het standpunt van de ander (geldt idem voor de arts-assistent in opleiding tot specialist). Een dergelijke doelstelling van de basisopleiding / specialistenopleiding anticipeert op de belangrijke rol die de arts in de samenleving speelt, zowel op individueel als op populatieniveau. Het inhoud geven aan die rol in een steeds complexer wordende samenleving vereist zorgvuldigheid, empathie, maar ook inzicht in de mogelijkheden en de beperkingen van de medische wetenschap, en vaardigheden om buiten de grenzen van het vakgebied te kijken.

Kennis over het eigen verleden helpt studenten / arts-assistenten zich in die richting te ontwikkelen, omdat medische geschiedenis inzicht geeft in hoe en waarom de contemporaine medische kennis en praktijk op een bepaalde wijze zijn opgebouwd, omdat het verbanden met lange termijn ontwikkelingen en met de 'niet medische context' toont, en omdat het vooronderstellingen van het eigen handelen expliciet kan maken. Via medische geschiedenis wordt de toekomstige arts / specialist zich bewust van het feit dat zowel hijzelf als de geconsumeerde kennis zich op een specifiek punt bevinden van een tijdslijn, van waaruit verschillende scenario's in de toekomst kunnen worden geprojecteerd.

Heiloo, 01-11-2014

Piet Schilte
Voorzitter Genootschap Historia Paediatrica