

Vorming, reflectie en activisme. Over het rijke veld van de medische geschiedenis in Nederland

FRANK HUISMAN*

In 1935 voelde George Sarton, de Belgisch-Amerikaanse oprichter van *Isis* en de ongekroonde koning van de wetenschapsgeschiedenis van dat moment, de behoefte tot een aanval op de geschiedenis van de geneeskunde.¹ Volgens hem werd de wetenschapsgeschiedenis op veel professioneler wijze beoefend dan de geschiedenis van de geneeskunde, die slechts zou worden bevolkt door amateurs die waardeloos werk produceerden. Deze harde aanval kon die andere ongekroonde koning, van de geschiedenis der geneeskunde, niet ongemerkt voorbij laten gaan. De reactie van Henry Sigerist, de Zwitsers-Amerikaanse medisch-historicus, directeur van het kort daarvoor geopende Institute of the history of medicine van Johns Hopkins University en oprichter van het *Bulletin of the history of medicine*, volgde dan ook prompt.² Sigerist gaf toe dat er veel enthousiaste amateurs op zijn terrein actief waren. Maar hij 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 was geen toegepaste wetenschap, maar een autonome discipline.³ Daarom moest 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 die tussen staat

* Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde van het UMC Utrecht en Vakgroep Geschiedenis van de Universiteit Maastricht. E-mail: f.g.huisman-3@umcutrecht.nl. Graag bedank ik M.J. van Lieburg voor zijn opmerkingen bij een eerdere versie van dit artikel.

1 George Sarton, 'The history of science versus the history of medicine', *Isis* 23 (1935) 315–320.

2 Henry E. Sigerist, 'The history of medicine and the history of science', *Bulletin of (the Institute of) the history of medicine* 4 (1936) 1–13.

3 Die mening was later ook Lindeboom toegedaan: zie G.A. Lindeboom, 'De betekenis van het onderwijs in de geschiedenis der geneeskunde', *Geneeskundige bladen uit kliniek en laboratorium* 45 (1953) 345–365, aldaar 351–352.

en professie en voor vele andere maatschappelijke factoren die van invloed waren op de stand van zaken in de gezondheidszorg.

Een halve eeuw later was het weer raak. Dit keer kwam het polemische startschot van de zijde van de medisch-historici. In een redactionele beschouwing in de *Journal of the history of medicine and allied sciences* stelde de toenmalige hoofdredacteur, Leonard Wilson, dat de geschiedenis van de geneeskunde sinds de Tweede Wereldoorlog onherkenbaar was veranderd.⁴ Terwijl de beoefenaars in 1945 nog zonder uitzondering een medische achtergrond hadden, was het aantal medisch-historici zonder medische opleiding in de decennia daarna sterk gegroeid, met alle kwalijke gevolgen van dien. Wilson voelde van historische zijde neerbuigendheid en zelfs vijandschap. Maar wat erger was: er werd door historici teveel aandacht besteed aan maatschappelijke factoren, ten koste van de 'eigenlijke' geneeskunde. Kortom: wat dreigde te ontstaan was een 'medical history without medicine'. Een belangrijke aanleiding voor de hartekreet van Wilson was de publicatie, een jaar eerder, van de bundel *Health care in America. Essays in social history*.⁵ Die titel was door hem opgevat als een programmatische aankondiging, en niet ten onrechte. De redacteurs van de bundel, die zich overigens expliciet lieten inspireren door de medicus Henry Sigerist, waren van mening dat de medische geschiedenis zich niet moest beperken tot studie van de medische wetenschap, maar de hele gezondheidszorg tot haar studieveld moest rekenen. De medische geschiedenis, die altijd vooral ideeëngeschiedenis was geweest, moest zich uitbreiden tot sociale geschiedenis. Kortom: de geschiedenis van de geneeskunde moest medische geschiedenis worden.⁶

Beide polemieken zijn exemplarisch voor de manier waarop de Amerikaanse medische geschiedenis heeft geprobeerd haar terrein te definiëren en af te bakenen. Opvattingen over medische geschiedenis blijken daarbij in het verlengde te liggen van opvattingen over geneeskunde.⁷ Steeds gaat het om vragen waarop iedere wetenschappelijke discipline een antwoord dient te formuleren: wat is het onderzoeksobject? Met welke methoden wordt dat onderzocht? Wie is daartoe geschikt of bevoegd? Op wat voor soort publiek zijn de resultaten gericht? Wat wordt met het onderzoek beoogd? Welke methoden en narratieve middelen moeten worden ingezet voor de presentatie van de onderzoeksbevindingen? Natuurlijk zijn er vele beoefenaars van de geschiedenis der geneeskunde die er domweg plezier aan beleven, en geen enkele behoefte voelen aan een legitimering of een disciplinaire afbakening zoals hierboven bedoeld. Het beleven van vreugde aan de geschiedbeoefening omwille van zichzelf is zonder twijfel het mooiste motief dat er is, en boven iedere twijfel verheven.⁸ Maar wanneer het vak institutioneel moet worden ingebed en dus om financiering vraagt, dient de utiliteitsvraag – nader uitgewerkt in bovenstaande vragen – zich wel degelijk aan.

Zo fel en expliciet als in de Verenigde Staten is het debat over aard en inhoud van de geschiedenis der geneeskunde in Nederland nooit gevoerd. Toch waren de reactiepatronen

4 N.N., 'Medical history without medicine', *Journal of the history of medicine and allied sciences* 35 (1980) 5–7. In Nederland had G.A. Lindeboom een soortgelijk geluid laten horen in 'De beoefening van de geschiedenis der geneeskunde – vandaag', *Nederland Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG)* 122 (1978) 1064–1067.

5 Susan Reverby en David Rosner (eds.), *Health care in America. Essays in social history* (Philadelphia 1979).

6 Zie voor dit onderscheid ook M.J. van Lieburg, *Medische geschiedenis als interdiscipline* (Amsterdam 1987) 4.

7 Voor een mooie beschouwing hierover zie John Harley Warner, 'The history of science and the sciences of medicine', *Osiris* 10 (1995) 164–193.

8 Jo Tollebeek en Tom Verschaffel, *De vreugden van Houssaye. Apologie van de historische interesse* (Amsterdam 1992).

vergelijkbaar met die in de VS. Het belangrijkste verschil is gelegen in de felheid van de reacties. Terwijl bijvoorbeeld de Osler Society (bestaande uit artsen die werden geïnspireerd door de medisch-humanistische idealen van de Canadese arts William Osler) serieus heeft overwogen de samenwerking met de American Association for the History of Medicine op te zeggen omdat het zich geschokt voelde door de – vaak links georiënteerde – historici van de Sigerist Circle (vernoemd naar de marxistische arts Sigerist),⁹ was in Nederland slechts sprake van onderhuidse spanningen tussen artsen en historici, de belangrijkste beoefenaars van de interdiscipline. Historici verweten artsen methodologisch naïef te zijn en slechts vooruitgangsgeschiedenis te willen schrijven met zichzelf op het hoogtepunt, terwijl medici zich verbaasden over historici die zich begaven op een terrein waarvoor ze nooit waren opgeleid.

Persoonlijk heb ik deze onderhuidse en impliciete verwijten altijd nogal contraproductief gevonden, en zelfs on-academisch. Natuurlijk bestaat er een verschil tussen goede en slechte geschiedschrijving. Maar de kwaliteit van een historisch betoog is niet noodzakelijk verbonden met de disciplinaire achtergrond van de beoefenaar.¹⁰ En natuurlijk moet er worden gedebatteerd over de aard en de inhoud van het vak, en mag men daarbij van mening verschillen. Juist in het debat is wetenschappelijke winst te behalen. Maar dat debat kan alleen met vrucht worden gevoerd wanneer men weet wat de gesprekspartner drijft. Het is daarom van het grootste belang dat motieven en historiografische posities worden geëxpliciteerd. Vanuit die gedachte heb ik ooit een historiografisch project opgezet. De eerste stap was het identificeren van de diverse stijlen en tradities van medische geschiedschrijving; de daarop volgende een oproep tot debat tussen de beoefenaars ervan.¹¹ Ik wil dat hier toespitsen op het Nederlandse veld.

Infrastructuur van de medische geschiedenis in Nederland

Voordat ik de stijlen van medische geschiedbeoefening kort introduceer en van elk een paar Nederlandse voorbeelden geef, lijkt het dienstig de infrastructuur van het vak in Nederland kort weer te geven. De geschiedenis van de geneeskunde is lange tijd vooral beoefend buiten de universiteit, door praktiserende artsen. Te denken valt dan aan mensen als Van Andel, Daniëls, Hunger, Schoute, Van Gils, Feyfer, Lulofs, Nuyens, Baumann, Sypkens Smit en anderen. Het belangrijkste overkoepelende netwerk is steeds het in 1913 opgerichte wetenschapshistorische genootschap ‘Gewina’ geweest. In de late twintigste eeuw kwam daar nog een aantal specifiek op de medische geschiedenis gerichte informele netwerken bij.¹² Al deze netwerken wilden een platform bieden aan medisch-historisch geïnteresseerden die geen institutioneel onderdak hadden maar wel de behoefte voelden zich met het vak bezig te houden en zich daarover met anderen te verstaan.

⁹ *The Oslerian* (<http://aosler.org/the-oslerian/oslerian/>), februari en november 2006. (Geraadpleegd 30 augustus 2013).

¹⁰ Cf. Jacalyn Duffin, ‘Clio in the clinic: an introduction’ in Idem (ed.), *Clio in the clinic. History in medical practice* (Oxford 2005) 3–14.

¹¹ Frank Huisman en John Harley Warner (eds.), *Locating medical history. The stories and their meanings* (Baltimore / Londen 2004) en Frank Huisman, ‘The dialectics of understanding: on genres and the use of debate in medical history’, *History and philosophy of the life sciences* 27 (2005) 13–40.

¹² Zoals de Medisch-historische dagen (onder leiding van Mart van Lieburg), de Werkgroep Magie en Geneeskunde (Marijke Gijswijt-Hofstra), de Studiegroep Sociale Geschiedenis van de Gezondheidszorg (Frank Huisman), het Domus-overleg (Mart van Lieburg) en het Netwerk Medische Geschiedenis (Robert Vonk).



De medisch-historische gemeenschap legt een krans bij het grafmonument van Herman Boerhaave in de Pieterskerk te Leiden, 1938 (collectie KNMG)

Aan de universiteiten heeft het vak vooral een plek gevonden aan de faculteit geneeskunde, zij het dat pas aan het eind van de twintigste eeuw sprake was van enige continuïteit. Vóór 1940 is slechts tweemaal een hoogleraar in de geschiedenis van de geneeskunde benoemd. De eerste universitaire benoeming dateert van 1867. In dat jaar werd Abraham Hartog Israëls (1822–1883) benoemd tot lector in de hygiëne en de geschiedenis van de geneeskunde aan het Atheneum Illustre te Amsterdam. Tien jaar later, na de verheffing van het Atheneum tot Universiteit, werd dit omgezet in een buitengewoon hoogleraarschap. Na de dood van Israëls zou het 70 jaar duren voordat er in Amsterdam weer een hoogleraar werd benoemd, toen aan de Vrije Universiteit. In 1904 was premier Abraham Kuyper voornemens om Hendrik Frits August Peypers (1855–1904) te benoemen tot hoogleraar in de geschiedenis der geneeskunde aan de Leidse universiteit.¹³ Na diens vroegtijdige dood werd besloten de hoogleraar farmacologie Evert Cornelis van Leersum (1862–1938) het onderwijs in de geschiedenis erbij te geven.¹⁴ Van Leersum schijnt een weinig inspirerend docent te zijn geweest, zodat de leerstoel bij diens vertrek in 1920 vacant bleef. Vanuit 'Gewina' werd bij de minister van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen gepleit voor de benoeming van een opvolger, maar

¹³ Voor zijn visie op het vak zie H.F.A. Peypers, 'L'avancement de l'histoire de la médecine', *Janus* 6 (1901) 490–493. Zie voorts Idem, *De cirkelgang in de geneeskunde* (Haarlem 1899).

¹⁴ E.C. van Leersum, *De arts en de geschiedenis zijner wetenschap* (Leiden 1904).

vergeefs.¹⁵ Vanaf 1924 werd het enige onderwijs in Nederland verzorgd door een privaatdocent, Jan Gerard de Lint (1867–1936). Na vier jaar onbezoldigd te hebben gewerkt werd hij in 1928 benoemd tot lector.¹⁶ In de jaren vijftig was men aan de nieuwe medische faculteiten van de confessionele universiteiten overtuigd van het nut van medisch-historisch onderwijs. De internist Gerrit Arie Lindeboom (1905–1986) deed dat aan de Vrije Universiteit te Amsterdam (vanaf 1950, als onderdeel van de ‘encyclopedie der medische wetenschappen’, de aanduiding van een vak dat wilde reflecteren op de doelstellingen van en de samenhang binnen de geneeskunde)¹⁷, de chirurg Daniël de Moulin (1919–2002) aan de Katholieke Universiteit Nijmegen (in 1971 als lector, vanaf 1979 als hoogleraar). Het was nog steeds erg weinig.¹⁸

Vanaf de late jaren zeventig zien we een opmerkelijke ‘benoemingsgolf’. Achtereenvolgens werden benoemd: Antonie Luyendijk-Elshout (bijzonder hoogleraar geschiedenis der geneeskunde te Leiden, 1978–1987), Mart van Lieburg (hoogleraar geschiedenis der geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, 1978–1997; bijzonder hoogleraar medische geschiedenis aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, sinds 1987 en hoogleraar medische geschiedenis aan de Rijksuniversiteit Groningen, sinds 2004) en Harm Beukers (bijzonder hoogleraar geschiedenis der geneeskunde te Leiden 1988–2008). Van Lieburg werd na zijn vertrek van de Vrije Universiteit opgevolgd door Eddy Houwaart (die in 2009 werd benoemd aan de Universiteit Maastricht).¹⁹ De benoemingen waren opmerkelijk, omdat ze plaatsvonden in een periode waarin aan de universiteiten juist sterk werd bezuinigd (in de operaties ‘Taakverdeling en concentratie’ en ‘Selectieve krimp en groei’). Waarom gingen de benoemingen – tegen de bezuinigingstrend in – toch door?

Het is verleidelijk de benoemingen in verband te brengen met de transformatie die de geneeskunde in de late twintigste eeuw doormaakte. Rond 1970 zorgden nieuwe beeldvormende technieken voor een technologische revolutie in de gezondheidszorg die niet alleen leidde tot verbeterde diagnostiek, maar ook tot hyperspecialisatie en stijgende kosten. Het besef groeide dat er ‘grenzen aan de zorg’ waren. De ontstane problematiek kon niet alleen worden opgelost door simpelweg te bezuinigen, er diende ook principiële te worden nagedacht over kosteneffectiviteit en verdelende rechtvaardigheid in de zorg. Het is in die jaren dat er rapporten verschenen met veelzeggende titels als *Kiezen en delen* van de Commissie keuzen in de zorg en *Medisch handelen op een tweesprong* van de Beraadsgroep geneeskunde van de Gezondheidsraad. Door medische faculteiten werd de relevantie van vakken als medische ethiek, gezondheidsrecht, wetenschapsfilosofie en medische geschiedenis steeds meer ingezien. Het leidde niet alleen tot de instelling van leerstoelen in deze vakken, maar tevens tot de opname ervan in het *Raamplan artsopleiding*, waarin de landelijke eindtermen stonden beschreven. Ook in de geschiedwetenschap groeide de interesse voor het medische domein, omdat men inzag dat veranderingen in de gezondheidszorg niet alleen het gevolg waren van

15 D. Burger, *Overzicht van de eerste 25 jaren (1913–1938) van de Vereeniging voor geschiedenis der genees-, natuur- en wiskunde* (Amsterdam 1938) 14.

16 Diens openbare les droeg de optimistische titel *De herleving van de geschiedenis der geneeskunde* (Gorinchem 1924).

17 G.A. Lindeboom, *De ziel der geneeskunde* (Haarlem 1950).

18 In 1963 beklagde Lindeboom zich over de situatie in ‘De beoefening’ (n. 4) 13.

19 Antonie M. Luyendijk-Elshout, *De stoel, de studie en de statieoffer* (Leiden 1978); Van Lieburg, *Medische geschiedenis* en Idem, *Woord en boek in de geschiedenis van de geneeskunde* (Amsterdam 1989); H. Beukers, *Terug naar de wortels* (Oegstgeest 1989). Houwaart heeft zijn oratie niet in druk uitgegeven.

ontwikkelingen in wetenschap en techniek, maar tevens werden veroorzaakt door factoren van maatschappelijke aard, die historisch konden worden bestudeerd. In korte tijd verschenen bundels en themanummers waarin een brede maatschappelijke benadering van de medische geschiedenis werd voorgestaan.²⁰ De Rotterdamse groep van de Maatschappijgeschiedenis (Mart van Lieburg, Willem Frijhoff en Hans Binneveld) nam hierbij het voortouw.

Na een aantal jaren werden ook niet-medici benoemd op leerstoelen in de medische geschiedenis. Zo werd in 1997 de sociologe Marijke Gijswijt-Hofstra benoemd aan de Universiteit van Amsterdam, in 2005 de oudhistoricus Manfred Horstmanshoff aan de Universiteit Leiden en in 2006 schrijver dezes aan de Universiteit Utrecht (in het kader van de oprichting van het Descartes Centrum voor Wetenschapsgeschiedenis door Wijnand Mijnhardt, hoogleraar vergelijkende wetenschapsgeschiedenis).²¹ Vanaf de vroege jaren negentig kreeg de academische beoefening van de medische geschiedenis een belangrijke impuls van de Engelse Wellcome Trust. Door bemiddeling van 'ambassadeur' Hilary Marland (destijds werkzaam aan de Erasmus Universiteit, thans hoogleraar aan Warwick University) werd jaarlijks een Anglo-Dutch Wellcome symposium on the history of medicine georganiseerd,²² en – iets later – de tweejaarlijkse Anglo-Dutch-German Wellcome workshop, waarbij ook het Duitse veld werd betrokken.

Gedurende het grootste deel van de twintigste eeuw is de geschiedenis van de geneeskunde beschouwd als onderdeel van de geneeskunde. In de laatste twee decennia van de eeuw werd het ook een tak van de geschiedenis. Als gezegd leidde dit tot onderhuids ongenoegen in het veld. Dit ongenoegen had soms te maken met principiële gedachten over disciplinaire identiteit en institutionele inbedding, maar vaak ook met nestgeur. Hoewel dat laatste een zeer begrijpelijke menselijke neiging is, wil ik ervoor pleiten dat we de onderlinge verschillen benoemen in plaats van ze onder het tapijt te vegen. Explicitering van posities en ambities is een voorwaarde voor intellectuele vitaliteit en maatschappelijke relevantie van een academisch veld. De geschiedbeoefening is een activiteit waaraan iedereen zich kan en mag overgeven.²³ De gezondheidszorg, evenals de historische reflectie daarop, is van iedereen: van artsen, patiënten, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en de politiek.²⁴ Al deze personen, groepen en instellingen mogen zich rekenschap geven van het verleden. Sterker: ze dóen dat ook. In het vervolg zal ik een aantal proeven van Nederlandse medische geschiedenis de revue laten passeren.

Hulpmiddel bij academische vorming

De oudste toepassing van de geschiedenis der geneeskunde is die in het onderwijs aan studenten geneeskunde. Volgens de voorstanders zou dit onderwijs bijdragen aan de algemene

20 J.M.W. Binneveld (ed.), *Gezondheidszorg en maatschappelijke ontwikkeling* (Den Haag 1980), het themanummer *Patiënt, ziekte en medische zorg in het verleden* van het *Tijdschrift voor sociale geschiedenis* 8 (1982) en het themanummer *Arts en samenleving* van het *Tijdschrift voor geschiedenis* 96 (1983).

21 Marijke Gijswijt-Hofstra, *Vragen bij een onttoverde wereld* (Amsterdam 1997); H.F.J. Horstmanshoff, *Patiënten zien. Patiënten in de antieke geneeskunde* (Leiden 2006); Frank Huisman, *Het blijft mensenwerk. Over geschiedenis en geneeskunde* (Utrecht 2007).

22 Het eerste Anglo-Dutch Wellcome symposium, gehouden in 1992 te Rotterdam, leidde tot de door Hilary Marland en Margaret Pelling geredigeerde bundel *The task of healing. Medicine, religion and gender in England and the Netherlands 1450–1800* (Rotterdam 1996).

23 Vgl. Frank Huisman, Nico Randerad en Georgi Verbeek (eds.), *Geschiedenis is overal* (Amsterdam 2013).

24 Frank Huisman en Harry Oosterhuis (eds.), *Health and citizenship. Political cultures of health in modern Europe* (binnenkort te verschijnen in de serie van de Society for the Social History of Medicine).

ontwikkeling van studenten, doordat het hen kritisch en wijsgerig zou leren denken, inzicht geven in besmettelijke ziekten, voorbereiden op de leefwereld van de patiënt en argumenten bieden tegen kwakzalverij. Vanaf de late negentiende eeuw kwam daar nog het argument bij dat het vak de fragmentatie in de geneeskunde en het ontstaan van ‘twee culturen’ zou kunnen tegengaan.²⁵ Rond 1800 ontstond behoefte aan leerboeken. Kurt Sprengel (1766–1833) geldt als de grondlegger van dit genre, later zouden Emil Isensee en Heinrich Haeser zijn voorbeeld volgen. Abraham Israëls, redacteur van het *NTvG* en bibliothecaris van de NMG, vond het een gemis dat aan geen van de Nederlandse medische faculteiten onderwijs in de geschiedenis werd gegeven. Omdat hij het een belangrijk en nuttig vak vond, besloot hij tot de vertaling en bewerking van het handboek van Haeser. In 1859 verscheen *Leerboek van de geschiedenis der geneeskunde*.²⁶ Toen Israëls acht jaar later werd benoemd tot lector in de geschiedenis van de geneeskunde kon hij gebruik maken van dit boek. In zijn voorwoord had Haeser geschreven: ‘Het doel en de vrucht van de geschiedkundige studie behoort te zijn: het verstaan en begrijpen van het gewordene, van het nieuwe, van het tegenwoordige’. Zeker na de natuurwetenschappelijke wending in de geneeskunde vanaf de jaren veertig achtte hij dergelijk begrip van groot belang. Met zijn boek streefde Haeser geen volledigheid na, maar synthese. Hij wilde de ‘belangrijkste tijdvakken der ontwikkelingsgeschiedenis’ van de geneeskunde weergeven, hetgeen leidde tot een indeling in een theurgisch, kunstmatig, dialectisch en wetenschappelijk tijdvak (resp de periode van de prehippocratici, de Oudheid, de Middeleeuwen en de Nieuwe tijd). Haeser erkende dat dit een tamelijk gekunstelde indeling was, die nooit consequent was vol te houden, maar voor een leerboek achtte hij dat acceptabel. Het door Israëls vertaalde handboek zou jarenlang dienst doen. Nog in 1923 noemde Van Leersum, de voormalige hoogleraar in de geschiedenis van de geneeskunde te Leiden, het boek van Haeser ‘het handboek bij uitnemendheid’.²⁷

Pas in 1961 kwam Gerrit Arie Lindeboom met een nieuwe *Inleiding tot de geschiedenis der geneeskunde*.²⁸ Uit zijn inleiding blijkt dat hij het boek vooral bedoelde als een inleiding op de geschiedenis van de medische *wetenschap*. Het was hem daarbij niet zozeer te doen om het bijbrengen van parate historische kennis, maar om attitudevorming; om inzicht die behoedt voor dogmatisme. Hij refereerde daarbij aan een niet lang daarvoor verschenen boek van Justus Buma, waarin deze het nut van de ‘encyclopaedie der geneeskunst’ bepleitte.²⁹ Volgens Buma dient het onderwijs ‘besef bij te brengen van de betekenis van de geschiedenis van ons vak als middel ter verdieping van ons inzicht in het wezen der geneeskunst en de taak van de arts’. Lindeboom sprak de hoop uit dat zijn leerboek daartoe mocht bijdragen. Voor de compositie van zijn boek ging hij, evenals Haeser en Israëls, te rade bij het ontwikkelingsmodel van Auguste Comte. En zo werd zijn geschiedenis opgedeeld in een theologische, een metafysische en een positivistische fase. Evenals Haeser zag

25 Zie bijvoorbeeld M.A. van Andel, ‘Apologie der historia medica’, *NTvG* 66 (1922) 339–340.

26 Zie uitvoeriger F.G. Huisman, ‘Het Leerboek van de geschiedenis der geneeskunde van Heinrich Haeser (1811–1884), in het Nederlands vertaald door Abraham Hartog Israëls’, *NTvG* 139 (1995) 2742–2745.

27 E.C. van Leersum, ‘De beoefening van de geschiedenis der geneeskunde in Nederland’, *NTvG* 67 (1923) 1597–1602. In de jaren dertig koos De Lint voor een andere didactische benadering. Hij gebruikte niet langer het handboek van Haeser, maar besloot tot een vertaling van *Einführung in die Medizin* van Henry Sigerist (Leipzig 1931). In 1933 verscheen te Leiden *Geneeskunde. Encyclopaedisch overzicht*.

28 Ik heb gebruik gemaakt van de zevende druk (Rotterdam 1993), bewerkt door Lindeboom’s opvolger Van Lieburg.

29 J.T. Buma, *De huisarts en zijn patiënt. Grondslagen van het medisch denken en handelen* (Amsterdam 1950).

Lindeboom de tekortkomingen van een dergelijk schema in, maar net als Haeser besloot hij er desondanks gebruik van te maken. Het was hem te doen om de algemene lijn, die liep van 'de eerste primitieve pogingen tot hulp bij ziekte tot aan de natuurwetenschappelijk gefundeerde veelszins zo machtige moderne geneeskunde'.³⁰

In de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw gebeurde het regelmatig dat vertegenwoordigers van de 'nieuwe' sociale geschiedenis de 'traditionele' medische geschiedschrijving ervan beschuldigden methodologisch naïef te zijn. Hoewel ze daar niet altijd ongelijk in hadden, ging het hier in feite om een vestigingsstrategie van een nieuwe subdiscipline. Daarbij werd gebruik gemaakt van een selectieve *pars pro toto*-redenering, die de – inderdaad positivistische – handboektraditie voorstelde als exemplarisch voor alle medische geschiedschrijving tot dan toe. Hieronder hoop ik, door de presentatie van drie onderzoekstradities, twee dingen duidelijk te maken: ten eerste dat de door medici beoefende geschiedenis der geneeskunde veel meer te bieden had (en heeft) dan het door sociaal-historici gelaakte positivisme en voorts, dat de onderwerpkeuze minder heeft te maken met de disciplinaire achtergrond van de beoefenaar dan met diens specifieke historische interesse. Artsen en historici die bereid zijn over hun disciplinaire grenzen heen te kijken kunnen veel van elkaar leren.

Hulpwetenschap van de geneeskunde

De geschiedenis van de geneeskunde is niet uitsluitend gebruikt om bij te dragen aan de academische vorming van toekomstige artsen. Daarnaast is zij ook ingezet als hulpwetenschap van medisch onderzoek. Opnieuw liep Duitsland hier voorop. De vader van de historische pathologie is Justus Hecker (1795–1850), wiens onderzoeksprogramma later door August Hirsch – zij het in aangepaste vorm – is voortgezet. Historische waarnemingen werden door hen gebruikt om dieper door te dringen in de etiologie en de epidemiologie van de ziekten die de negentiende eeuw teisterden, en die angst zaaiden bij de bevolking en vertwijfeling bij medische stand en overheid. Door historische en eigentijdse ziekte waarnemingen met elkaar te combineren hoopte men dat zich een regelmaat zou aandienen die zou leiden tot een dieper begrip van de diverse ziekten. Historische data werden nooit gehistoriseerd of gecontextualiseerd, maar onproblematisch gebruikt als empirische bouwstenen van de contemporaine medische kennis. De al eerder genoemde Israëls is ook op dit terrein actief geweest, en ook hier liet hij zich inspireren door het Duitse voorbeeld. Israëls beschouwde de geschiedenis der geneeskunde als een hulpwetenschap van de hygiëne.³¹ In 1852 deed hij een oproep in het *NTvG* aan alle relevante deskundigen om mee te werken aan een groots opgezet onderzoek naar de volksziekten in Nederland.³² Wanneer heden en verleden 'met de toets der hedendaagsche wetenschap en kritiek' met elkaar zouden worden vergeleken, zou dat inzicht in etiologische en pathologische patronen kunnen opleveren waarmee epidemische uitbraken zouden kunnen worden voorkomen of tegengegaan. De respons op zijn oproep viel echter tegen, zodat een teleurgestelde Israëls besloot voorlopig af te zien van een ambitieus opgezet samenwerkingsproject, maar zijn eigen onderzoek te publiceren als *Twee epidemiën in Nederland, eene historisch-pathologische studie* (1853). Concreet onderzocht hij de diverse uitbraken van de pest tussen de veertiende en de zeventiende eeuw en de 'danswoede': een psychische

³⁰ Zie: Lindeboom, 'De betekenis van het onderwijs' (n. 3) 355 en 363.

³¹ *Gedenkboek van het Atheneum en de Universiteit van Amsterdam 1632–1932* (Amsterdam 1932) 201.

³² C.E. Daniels, 'Levensschets van Dr. A.H. Israëls', *NTvG* 20 (1884) 881–903 en 913–927, aldaar 890.

aandoening die in de Middeleeuwen zou hebben gewoed. Later volgden nog publicaties met een soortgelijke inzet over lepra en difterie. Zijn eerste voorlopige conclusie was dat voor het voorkómen en terugdringen van epidemieën weinig heil was te verwachten van quarantainemaatregelen. In plaats daarvan zou de overheid moeten werken aan het algemene beschavingsniveau van de bevolking en aan gezondheidsmaatregelen. Epidemieën moesten niet therapeutisch, maar hygiënisch tegemoet worden getreden.

Bijna anderhalve eeuw na Israëls' oproep in het *NTvG* verdedigde de historicus Willibrord Rutten aan de Landbouwniversiteit van Wageningen zijn proefschrift over de pokken en de pokkenbestrijding.³³ Het boek was een typisch product van de 'Wageningse school', die sterk was geïnteresseerd in historische demografie, en waaraan de namen van de hoogleraren Bernard Slicher van Bath en Ad van der Woude waren verbonden. De auteur wilde een verklaring bieden voor de 'demografische transitie' die zich in Nederland na 1815 heeft voorgedaan. Na een lange periode van stagnatie vertoonde de Nederlandse bevolking na de Bataafs-Franse tijd weer een groei. Voor die groei was tot dan toe nog geen bevredigende verklaring gevonden. Door nu onderzoek te doen naar de pokken en de bestrijding ervan hoopte Rutten twee vliegen in een klap te slaan. Niet alleen bestudeerde hij een ziekte die een belangrijke sterfteoorzaak was, maar ook kon hij aandacht besteden aan het effect van medisch handelen. Vaccinatie is het eerste voorbeeld van actief menselijk ingrijpen in de ecologische cyclus van ziekte en dood.³⁴ Ruttens onderzoek laat zien dat de demografische transitie die zich na 1815 voltrok de eerste fase is geweest van de algemene epidemiologische transitie die zich in de loop van de negentiende en twintigste eeuw heeft voltrokken. Het gaat daarbij om de overgang van een tijdperk met een lage levensverwachting en hoge kindersterfte als gevolg van acute infectieziekten naar een tijdperk met stabiele sterfecijfers, een hoge levensverwachting, lage kindersterfte en een toename van chronisch-degeneratieve ziekten. In elk van de drie fasen van dit proces hebben curatief ingrijpen, preventie-sanitaire maatregelen en welvaartsgroei een wisselende bijdrage geleverd. Op basis van zijn uitputtende kwantitatieve studie kwam Rutten tot een nuancering van het bestaande beeld van ontreddering en ontvolking als gevolg van de pokken. In de achttiende eeuw was de ziekte geëvolueerd tot een endemische ziekte waarmee men vertrouwd was geraakt. Na de Bataafse tijd kwam de bestrijding in een stroomversnelling, als gevolg van de introductie en snelle acceptatie van vaccinatie. Toch kan de pokkenbestrijding volgens Rutten niet zonder meer worden aangewezen als de gangmaker van de epidemiologisch-demografische transitie. Dat de pokken aan het eind van de negentiende eeuw zo goed als verdwenen waren is niet alleen te danken aan de verplichte vaccinatie voor schoolgaande kinderen, maar evenzeer aan de preventieve maatregelen en het gestegen welvaartsniveau in de tweede helft van de eeuw.

Politiek instrument

Een geheel andere variant van de medische geschiedenis analyseert de relatie tussen geneeskunde, staat en samenleving teneinde politiek-ideologische actie mogelijk te maken. Deze analyses kunnen op zeer verschillende manieren worden ingezet: ofwel als pleidooi voor staats-interventie, sociale geneeskunde en public health, ofwel als kritiek op de normatieve (bio)macht van staat en professie. De cytoloog, politicus en sanitair hervormer Rudolf Virchow

³³ Willibrord Rutten, *'De vreselijkste aller harpijen'. Pokkenepidemieën en pokkenbestrijding in Nederland in de achttiende en negentiende eeuw. Een sociaal-historische en historisch-demografische studie* (Houten 1997).

³⁴ Zoals beschreven in William McNeill, *Plagues and peoples* (Garden city 1976).

(1821–1902) is een uitgesproken voorbeeld van de eerstgenoemde visie op nut en noodzaak van de geschiedenis. In Nederland kunnen Levi Ali Cohen en – opnieuw – Israëls gelden als vertegenwoordigers van deze variant. Ze maakten deel uit van een groep sociaal-geneeskundig georiënteerde artsen binnen de NMG die later zijn aangeduid als ‘de hygiënisten’.³⁵ Ali Cohen en Israëls zetten de geschiedenis in om sanitaire wetgeving te bepleiten. Volgens hen kon men van de geschiedenis van de geneeskunde leren dat fysiologisch onderzoek en klinische waarneming weliswaar nuttig waren, maar dat de geneeskunde pas op een hoger plan zou worden getild wanneer de verkregen kennis in een sociologisch verband werd geplaatst en ingezet voor het algemeen belang. Of, zoals Rudolf Virchow het verwoordde: ‘De geneeskunde is een sociale wetenschap, en politiek is niets meer dan geneeskunde in het groot’. Hierboven zagen we al dat Israëls historisch onderzoek deed naar de pest, lepra en difterie om zijn bevindingen als hygiënische aanbevelingen nuttig te maken in de geneeskunde van zijn eigen tijd. Ali Cohen deed hetzelfde met syfilis. Als inspecteur van het Geneeskundig Staatstoezicht was hij bij uitstek in een positie om de opgedane inzichten toe te passen in de bestrijding van prostitutie en geslachtsziekten. In die hoedanigheid publiceerde hij in 1869 het *Handboek der openbare gezondheidsregeling en der geneeskundige politie*. Als twintigste-eeuwse vertegenwoordigers van deze traditie kunnen Dominicus Cannegieter en Arie Querido gelden.³⁶ Hun boeken over de gezondheidswetgeving en het Staatstoezicht in Nederland zijn geschreven vanuit de gedachte dat de staat, geholpen door de medische professie, veel goeds kan bijdragen aan gezondheid en welzijn van de samenleving.

Daarnaast bestaat er ook een kritische variant van deze sociaal-historische traditie. In 1982 promoveerde de medicus Paul Juffermans (geb. 1945) op een geruchtmakend proefschrift, getiteld *Staat en gezondheidszorg in Nederland*.³⁷ Juffermans had geneeskunde gestudeerd in Nijmegen, waar hij actief was geweest in de Aktiegroep medicijnen Nijmegen en in de Werkgroep herstructurering gezondheidszorg. Zijn eerste promotor was Ben Polak, hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam en tevens lid van de Gezondheidsraad en van het hoofdbestuur van de KNMG. De tweede promotor was Veit Bader, hoogleraar sociologie en sociale filosofie, wiens expertise lag op het gebied van de vergelijkende politieke economie van het moderne kapitalisme. Als co-referent trad Ger Harmsen op, hoogleraar dialectische filosofie en historische sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen met speciale belangstelling voor de geschiedenis van de arbeidersbeweging. Voor een medisch proefschrift was dit een ongebruikelijk begeleidingsteam. Maar het paste bij het doel dat Juffermans zich had gesteld, en dat even ongebruikelijk was als ambitieus: een kritische doordenking van het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg, zoals dat in de naoorlogse periode was gegroeid. In zijn geschiedschrijving gaat het niet langer om de weldadige werking van wetenschap en overheid ten behoeve van de samenleving. De gezondheidszorg werd door Juffermans gepresenteerd als een strijdtoneel waar groepen met onderling strijdige belangen elkaar bevochten. Concreet was hij geïnteresseerd in de rol van de overheid bij de organisatie en financiering van de zorg. Het boek valt uiteen in twee delen: een theoretisch-sociologisch deel en een historisch deel. In het eerste deel wilde de

³⁵ E.S. Houwaart, *De hygiënisten. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840–1890* (Groningen 1991).

³⁶ D. Cannegieter, *Honderdvijftig jaar Gezondheidswet* (Assen 1954); A. Querido, *Een eeuw Staatstoezicht op de volksgezondheid* (Den Haag 1965).

³⁷ Paul Juffermans, *Staat en gezondheidszorg in Nederland. Met een historische beschouwing over het overheidsbeleid ten aanzien van de gezondheidszorg in de periode 1945–1970* (Nijmegen 1982).

auteur de marxistische theorie, ooit ontworpen voor een analyse van industriële productie, geschikt maken voor toepassing op het domein van de gezondheidszorg, waar geen goederen maar diensten worden geleverd. In het tweede deel onderzocht Juffermans vijf deelterreinen van de gezondheidszorg in hun onderlinge samenhang: gezondheidswetgeving, premie- en loongrensbeleid, ziekenhuisbouw, honorariumontwikkeling en subsidiebeleid. Na de relatief rustig verlopen periode van wederopbouw (1945–1960) keerde het tij. In de jaren zestig was sprake van een ongeremde expansie van de kapitalistische economie en van liberaal-confessionele kabinetten, die een liberalisering van het beleid doorvoerden. Er kwam een wildgroei van ziekenhuizen, en betrokken partijen kwamen steeds meer tegenover elkaar te staan. Een coalitie van werkgevers, artsen en particuliere ziektekostenverzekeraars, politiek gesteund door de liberalen en bepaalde delen van de confessionele partijen, stond tegenover een coalitie van ziekenfondsen en vakbeweging, gesteund door de sociaaldemocraten. De situatie van ‘publieke financiering zonder publieke controle’ zou aan het begin van de jaren zeventig leiden tot een diepgaande structuurcrisis in de gezondheidszorg – aldus Juffermans.³⁸

Betekenisgeving

De vierde en laatste medisch-historische stijl die ik hier zou willen onderscheiden is geïnteresseerd in betekenisgeving. Terwijl de vroege variant van deze cultuurhistorische traditie zich vooral richtte op betekenisproductie door de academische geneeskunde, wilde een latere variant ook oog hebben voor de manier waarop patiënten betekenis toekennen aan ziekte en pijn en besluiten tot de consultatie van specifieke, al dan niet officieel erkende, genezers. De medicus Max Neuburger (1868–1955) beschouwde de geneeskunde als integraal onderdeel van de cultuur waarin zij functioneert. Volgens hem kunnen medische ontwikkelingen alleen zinvol worden geduid vanuit de heersende tijdgeest. In Nederland bestond veel waardering voor zijn werkwijze, getuige het feit dat Neuburger werd geëerd met het erelidmaatschap van ‘Gewina’. Het werk van iemand als Evert Dirk Baumann (1883–1966) kan worden aangemerkt als behorend tot deze traditie,³⁹ maar ook dat van Johannes Adrianus Verdoorn (1903–1991). In 1965 publiceerde laatstgenoemde *Volksgezondheid en sociale ontwikkeling*.⁴⁰ Sinds 1960 was Verdoorn verbonden aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Amsterdam. Als sociaal-geneeskundige was hij geïnteresseerd in de vraag hoe gezondheid op populatieniveau kan worden bevorderd, zowel in ‘ontwikkelde’ als in ‘onderontwikkelde’ samenlevingen. Om het mechanisme dat daaraan ten grondslag ligt te achterhalen, deed hij onderzoek naar de sterftedaling die zich in Amsterdam rond 1880 had voorgedaan. Zijn these was dat die niet het gevolg was van wetenschappelijke doorbraken in de geneeskunde, maar van een verandering in het cultuurpatroon. Tot omstreeks 1880 was sprake geweest van een sociaal-psychologisch gefundeerde afwijzing van de moderne geneeskunde door de lagere klassen. Tegenover de volksgeneeskunde, die was geworteld in

38 Ibidem 256–257.

39 E.D. Baumann, *De dokter en de geneeskunde* (Haarlem 1915); Idem, *Studiën over de hippocratici* (Den Haag 1926); Idem, *Drie opstellen over volksgeneeskunde* (Scheveningen 1934); Idem, *Cornelis Bontekoe (1640–1685), de theedoctor* (Oosterbeek 1949); Idem, *Uit drie eeuwen Nederlandse geneeskunde* (Amsterdam 1950).

40 In 1981 verscheen een heruitgave van Verdoorns boek, onder de titel *Het gezondheidswezen te Amsterdam in de 19e eeuw* (Nijmegen 1981). Ik heb gebruik gemaakt van deze editie. Een vergelijkbaar perspectief wordt gehanteerd in Rudolf Philips, *Gezondheidszorg in Limburg. Groei en acceptatie van de gezondheidsvoorzieningen 1850–1940* (Assen 1980).

een 'primitief-traditioneel levenspatroon', stond de moderne geneeskunde, die 'rationeel-wetenschappelijk' van karakter was. De afwijzing van de moderne geneeskunde kwam volgens Verdoorn niet voort uit achterlijkheid. 'Het gaat hier om twee essentieel verschillende vormen van geneeskundige zorg, die ieder voor zich gebonden zijn aan denkpatronen van een geheel eigen structuur'.⁴¹ Volgens Verdoorn is het aanzien van de gezondheidszorg – op elk moment, in iedere cultuur – niet alleen afhankelijk van de beschikbaarheid van medisch-technische voorzieningen, maar ook en vooral van sociale en culturele factoren. Rond 1880 zou zich in Amsterdam een cultureel integratieproces hebben voorgedaan die een belangrijke sterftedaling tot gevolg had. Een verbetering van de communicatiemiddelen en een grotere toegankelijkheid van het onderwijs leidde tot de maatschappelijke participatie van bredere bevolkingsgroepen en tot het doorbreken van traditioneel-conservatieve patronen. Daardoor groeide de ontvankelijkheid voor de moderne geneeskunde (bacteriologie, chirurgie, anesthesie, asepsis), hetgeen een significante sterftedaling tot gevolg had – aldus Verdoorn.

Eenzelfde symmetrisch-antropologische benadering van genezers en patiënten zien we bij Willem Frijhoff, hoogleraar culturele en mentale aspecten van pre-industriële samenlevingen aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. In 1991 werkte hij mee aan een themanummer van het *Volkkundig bulletin* – uitgegeven door het P.J. Meertens-Instituut – onder redactie van Marijke Gijswijt-Hofstra.⁴² De laatste was oprichter van de werkgroep 'Magie en geneeskunde', die bestond uit onderzoekers die de medische geschiedenis vanuit sociaal-cultureel perspectief benaderden.⁴³ Frijhoff wilde laten zien dat het aanbod van officiële medische zorg niet automatisch leidt tot een vraag naar de door hen geboden zorg. Net als Verdoorn wees hij op het belang van vertrouwen in de therapeutische relatie. Frijhoff was zich zeer bewust van het bronprobleem waarvoor hij zich gesteld zag wanneer hij genezers en patiënten in gelijke mate recht wilde doen. Bijna alle overgeleverde bronnen zijn immers afkomstig van officieel erkende medisch beroepsbeoefenaars, die alle hun eigen perspectief en belangen laten doorklinken. Voor het verkrijgen van een evenwichtig beeld van de interactie tussen genezers en patiënten is dus niet alleen een kritische, maar ook een creatieve omgang met de bronnen vereist. In zijn artikel geeft Frijhoff hiervan een proeve met een nauwkeurige tekstanalyse van de klinische waarnemingen die IJsbrand van Diemberbroeck, *medicinae doctor* te Nijmegen, deed tijdens de pestepidemie in de jaren 1635–1636. Door een drievoudige lezing van de door Van Diemberbroeck gepresenteerde casuïstiek hoopte Frijhoff een stapje dichterbij een historische antropologie van het genezen te komen. Op het eerste analyseniveau valt de tekst te lezen als feitelijk relaas van symptomatic, consultatiegedrag, diagnose, therapie en ziektebeloop. Vervolgens is er de normatieve boodschap van iedere casus. Hier gaat het om vragen als: wat dient men te doen, wat na te laten, maar vooral: wie dient men te consulteren in geval van de pest? Als geheel kunnen de casus worden gelezen

41 Verdoorn, *Gezondheidswezen* (n. 40) 15.

42 Willem Frijhoff, 'Gods gave afgewezen. Op zoek naar genezing van de pest: Nijmegen, 1635–1636', in Marijke Gijswijt-Hofstra (ed.), *Geloven in genezen. Bijdragen tot de sociaal-culturele geschiedenis van de geneeskunde in Nederland*. Themanummer van het *Volkkundig bulletin* 17 (1991) 143–170.

43 Andere bundels van deze werkgroep zijn Willem de Blécourt, Willem Frijhoff en Marijke Gijswijt-Hofstra (eds.), *Grenzen van genezing. Gezondheid, ziekte en genezen in Nederland, zestiende tot begin twintigste eeuw* (Hilversum 1993); Gijswijt-Hofstra (ed.), *Op zoek naar genezing. Medische geschiedenis van Nederland vanaf de zestiende eeuw* (Amsterdam 1995); Rineke van Dalen en Gijswijt-Hofstra (eds.), *Gezond en wel. Vrouwen en de zorg voor gezondheid in de twintigste eeuw* (Amsterdam 1998).

als een pleidooi van Van Diemerbroeck voor een hiërarchisering van de gezondheidszorg, waarin de academisch gevormde medicus vanwege zijn superioriteit boven de ambachtelijk gevormde chirurgijn en apotheker dient te staan. Tenslotte is er nog de antropologische lezing. De tekst geeft allerlei informatie over de medische kennis, de houding tegenover de medische stand en de therapeutische verwachtingen van medische leken in de vroege zeventiende eeuw. Frijhoff concludeert dat de keuze voor een medisch specialist vooral te maken heeft met de herkenning door de zieke van de wijze waarop de genezer zijn diagnose stelt, zijn geneeswijzen formuleert en zijn ingrepen rechtvaardigt: 'Genezen is het gevolg van een proces van onderhandelen tussen zij die weten en zij die niet weten. Maar zelfs zij die niet weten, leven vanuit een samenhangend beeld van gezondheid en ziekte.' Evenals de arts Verdoorn kent de historicus Frijhoff dus groot belang toe aan de psycho-sociale mechanismen die een rol spelen bij het zoeken naar genezing.

Epiloog

In 2013, het jubileumjaar van Gewina, lijkt meer dan ooit behoefte te bestaan aan medische geschiedenis, al dan niet in relatie met medische ethiek, gezondheidsrecht en wetenschapsfilosofie. Juist in onze tijd van overvloed en onbehagen, van hypertehnologie, schaarste en vermarkting blijkt behoefte aan geesteswetenschappelijke reflectie op het functioneren van de geneeskunde en de inrichting van de gezondheidszorg.⁴⁴ Daarbij zouden artsen en historici nauw moeten samenwerken, met erkenning van elkaars inbreng en expertise. Iets dergelijks wordt ook geconstateerd in het eindrapport van de recente visitatiecommissie Geneeskunde onderwijs in Nederland, waarin wordt gehamerd op het belang van brede academische vorming in de medische opleiding:

Geneeskunde is een vak op een snijvlak waar kennis, techniek, sociale en individueel menselijke factoren elkaar intensief raken [...]. Artsen van de volgende generatie zullen toenemend betrokken raken bij discussies en beslissingen over de grenzen van de zorg, over zinvolle zorg, over solidariteit en over verantwoorde kosten van de zorg. Voor al deze aspecten is een opleiding noodzakelijk die goede artsen vormt als kritische onafhankelijke denkers op academisch niveau.⁴⁵

Volgens de commissie ontbreekt brede academische vorming echter in Nederland, behalve in Utrecht. Het blok *Medical Humanities* dat daar aan de medische faculteit wordt gegeven werd door de commissie zelfs als *good practice* aangemerkt. Die kwalificatie laat zich lezen als een oproep van de visitatiecommissie aan de andere UMC's ernst te maken met academische vorming. De medische geschiedenis kan daarbij een belangrijke rol spelen: niet als vak of doel op zich, maar als integrerend onderdeel van een geesteswetenschappelijke reflectie op geneeskunde en gezondheidszorg.

Daarvoor is samenwerking tussen alfa, bèta en gamma nodig, als gezegd met erkenning van elkaars inbreng en expertise. Om die samenwerking mogelijk te maken, bestaat behoefte aan een gedeeld platform. Binnen het Domus-overleg (een groep historisch geïnteresseerde

44 Zoals bijvoorbeeld gebeurt in James LeFanu, *The rise and fall of modern medicine* (London 1999). Een vergelijkbaar geluid klinkt in het slothoofdstuk van Roy Porter's *The greatest benefit to mankind. A medical history of humanity from Antiquity to the present* (London 1997) 710–718.

45 *Geneeskunde onderwijs in Nederland 2012. State of the art rapport en benchmark rapport van de visitatiecommissie geneeskunde 2011/2012* (QANU 2012) 3 en 42. Zie: http://iwooweb.umcn.nl/fmw/PDFforms/Algemeen/Visitaties/QANU_ConceptStateOfTheArtRapport_Geneeskunde_2012.pdf. (Geraadpleegd op 29 augustus 2013).

artsen die periodiek bijeenkomen in de Domus Medica⁴⁶) worden momenteel plannen ontwikkeld voor de oprichting van een Nederlands Genootschap voor Medische Geschiedenis (NGMG). Het NGMG – waarvan de lancering is voorzien op 13 december 2013 – streeft naar een landelijke bundeling van activiteiten op het gebied van de medische geschiedenis in Nederland, en denkt daarbij zowel aan onderwijs als aan onderzoek, congressen en erfgoedbeheer. Het valt te hopen dat dit initiatief niet leidt tot een scheiding der geesten tussen wetenschaps-, medisch- en sociaal-historici. De voortekenen zijn echter gunstig: het Genootschap wil zich blijven verstaan met de rest van het veld, en streeft inhoudelijke samenwerking na met het ‘moedergenootschap’ Gewina. En waarom ook niet? Zelfs in de Verenigde Staten, waar de ‘Science Wars’ altijd op het scherpst van de snede zijn uitgevochten, besloten de ‘Oslerians’ een *constituent society* te blijven van de American Association for the History of Medicine.⁴⁷ Ieder jaar komen alle leden van de AAHM – Oslerians zowel als Sigeristas – bijeen om te congresseren, in steeds een andere Amerikaanse stad. Moge het jubileumjaar van Gewina het startschot zijn voor een goede samenwerking tussen medici en historici en veel – mooie èn nuttige – vruchten dragen voor de medische geschiedenis in Nederland.

⁴⁶ Domus Medica is het vergadercentrum in Utrecht van onder meer de KNMG, de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Orde van Medisch specialisten.

⁴⁷ *The Oslerian* (n. 9), november 2006 en november 2010. (Geraadpleegd 30 augustus 2013).