

*Basisboek  
filosofie  
& geschiedenis  
van de  
gezondheidszorg*

*Onder redactie van*

Toine Pieters & Guy Widdershoven

*Boom Amsterdam*

© Toine Pieters & Guy Widdershoven, 2019  
© Boom uitgevers Amsterdam, 2019

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprerecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, [www.reprorecht.nl](http://www.reprorecht.nl)) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, [www.stichting-pro.nl](http://www.stichting-pro.nl)).

*No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.*

*Afbeelding omslag*

Thomas de Keyser, *De osteologieles van Sebastiaan Egbertszn* (1619). Detail. Collectie Amsterdam Museum.

*Verzorging omslag & binnenwerk*

René van der Vooren

ISBN 978 90 2441 972 2 | NUR 730

[www.boomfilosofie.nl](http://www.boomfilosofie.nl)  
[www.bua.nl](http://www.bua.nl)

# Inhoud

Voorwoord 11

Inleiding 13

*Filosofie en geschiedenis van de gezondheidszorg:  
twee perspectieven*

*Guy Widdershoven & Toine Pieters*

Inleiding 13

Filosofie als reflectie op praktisch handelen 15

Geschiedenis als studie van gezondheidszorgpraktijken  
in verleden en heden 18

De opzet van dit boek 22

Tot slot 25

## DEEL I

### GEZONDHEIDSZORG ALS MAATSCHAPPELIJK VERSCHIJNSEL

#### I *Gezondheidszorg als maatschappelijke en wetenschappelijke praktijk*

*Toine Pieters & Guy Widdershoven*

1.1 Inleiding 29

1.2 Medicalisering 32

1.3 Vroegdiagnostiek en preventie 35

1.4 Anatomie, biologie en epidemiologie als onderzoeks-  
tradities in de medische wetenschap 36

1.5 Het biomedische en het biopsychosociale model 40

1.6 Controverses 42

1.7 Tot slot 43

## 2 *Zorg rond de geboorte*

*Martine de Vries & Carla van El*

- 2.1 Inleiding 45
- 2.2 Professionalisering van de verloskundige zorg 48
- 2.3 Medicalisering: locatie, professie, technologie 50
- 2.4 Kritiek op medicalisering: autonomie 52
- 2.5 Professionele verhoudingen 54
- 2.6 Infertiliteit 55
- 2.7 Drie visies op technologie en voortplanting 56
- 2.8 Diagnostische test op indicatie versus screening voor alle zwangeren 59
- 2.9 Geïnformeerde keuze versus testen voor de gezondheid van moeder en kind 61
- 2.10 Niet-invasieve prenatale testen 64
- 2.11 Prenatale behandeling: imperatief tot behandelen bij een afwijking? 65
- 2.12 Tot slot 68

## 3 *Zorg rond de dood*

*Dorothea Touwen & Rien Janssens*

- 3.1 Inleiding 70
- 3.2 Wat is de dood, dat wij hem koste wat het kost willen uitstellen? 73
- 3.3 Vier fasen in de geschiedenis van de dood 74
- 3.4 Dood in context 76
- 3.5 De schaamtevolle dood 78
- 3.6 Veranderende houdingen ten opzichte van de dood in de gezondheidszorg 79
- 3.7 Palliatieve zorg en omgaan met sterven 82
- 3.8 Palliatieve zorg in Nederland 84
- 3.9 Tot slot 86

**4 *Publieke gezondheidszorg***

*Hannah van den Ende & Mirjam Houtlosser*

- 4.1 Inleiding 88
- 4.2 Een technocratisch domein? 90
- 4.3 Historische aanzetten tot ontwikkeling van een publieke gezondheidszorg 92
- 4.4 Eugenetica en sociaal hygiënisme 96
- 4.5 De spanning tussen collectieve gezondheidsbevordering en individuele vrijheid 98
- 4.6 De rol van de huisarts 101
- 4.7 Grenzen van de publieke gezondheidszorg 102
- 4.8 Bekostiging 103
- 4.9 Keuzen in de gezondheidszorg 105
- 4.10 Tot slot 107

DEEL II

GEZONDHEID & ZIEKTE

**5 *Wat is gezondheid?***

*Guy Widdershoven & Toine Pieters*

- 5.1 Inleiding 113
- 5.2 Ontwikkelingen in de visie op ziekte en in de geschiedenis van de gezondheidszorg 115
- 5.3 De biostatistische gezondheidstheorie 116
- 5.4 De ontwikkeling van standaarden en richtlijnen 118
- 5.5 De holistische gezondheidstheorie 120
- 5.6 Spanningen tussen de biostatistische en de holistische benadering 123
- 5.7 Positieve gezondheid 125
- 5.8 Tot slot 127

## 6 *Het ziektebegrip in de psychiatrie*

*Toine Pieters & Gerben Meynen*

- 6.1 Inleiding 129
- 6.2 Psychiatrie als natuurwetenschap 132
- 6.3 Nieuwe benaderingen: de psychoanalyse en de fenomenologie 135
- 6.4 Psychofarmaceutische revolutie en nieuw therapeutisch elan 137
- 6.5 Geen pillen, maar praten 138
- 6.6 Hernieuwd bio-optimisme en nuancering van de biomedische uitgangspunten 141
- 6.7 Verschillende perspectieven op psychische stoornis 144
- 6.8 De herstelbeweging 147
- 6.9 Tot slot 149

## 7 *Multi-ethniciteit en stigma in de gezondheidszorg*

*Sahiensha Ramdas & Henk Menke*

- 7.1 Inleiding 151
- 7.2 Specifieke problemen in de zorg voor mensen met een niet-westerse achtergrond 153
- 7.3 De opkomst van hiv/aids 155
- 7.4 Huidskleur en skinbleaching 157
- 7.5 Stigma, discriminatie en identiteit 159
- 7.6 Stigma in de gezondheidszorg 161
- 7.7 De gevolgen van stigma 163
- 7.8 Tot slot 165

## 8 *Disability – Veranderende visies op lichamelijke en verstandelijke beperkingen*

*Minne Bakker & Paul van Trigt*

- 8.1 Inleiding 167
- 8.2 Kenmerken van het medisch model 169
- 8.3 Opkomst en werking van het medische model 171
- 8.4 Kenmerken van het sociale model 173

- 8.5 Het sociale model en de rechten van mensen met een beperking 175
- 8.6 Naar een nieuw model? 177
- 8.7 Tot slot 178

DEEL III

WETENSCHAP & TECHNOLOGIE

**9** *Wetenschap, een kwestie van waarneming?*

*Toine Pieters & Guy Widdershoven*

- 9.1 Inleiding 183
- 9.2 De grillige geschiedenis van de ontdekking van de helicobacter pylori bacterie 185
- 9.3 De rol van waarneming in de geschiedenis van de geneeskunde 187
- 9.4 Het logisch empirisme 189
- 9.5 Het kritisch rationalisme 190
- 9.6 Wetenschap als sociale praktijk: de paradigmatheorie 193
- 9.7 De rol van maatschappelijke actoren in de wetenschap 195
- 9.8 Tot slot 197

**10** *Lichaamsbeelden in de gezondheidszorg*

*Jenny Slatman & Ab Flipse*

- 10.1 Inleiding 199
- 10.2 Van humorenleer via orgaanpathologie naar microbiologie 201
- 10.3 Veranderende lichaamsbeelden en de locatie van de patiëntenzorg 205
- 10.4 Het lichaam als object 208
- 10.5 Het lichaam als subject 211
- 10.6 Het lichamelijke werk van de dokter 214
- 10.7 Tot slot 217

**11 *De co-constructie van zorg en technologie****Roland Bal & Toine Pieters*

- 11.1 Inleiding 219
- 11.2 Co-constructie: de verwevenheid van techniek en samenleving 221
- 11.3 Co-constructie op microniveau: eHealth 224
- 11.4 Co-constructie op macroniveau: de ontwikkeling van trombosediensten in Nederland 226
- 11.5 Van behandeling naar preventie: verbreding van het toepassingsgebied van anticoagulantia 228
- 11.6 Technologie en risicogeneeskunde 231
- 11.7 Tot slot 233

**12 *Zijn wij ons brein? – Metaforen in hersenonderzoek****Stephen Snelders, Gerrit Glas & Jeroen Geurts*

- 12.1 Inleiding 235
- 12.2 Neuroanatomie, vitaliteit, constitutie 237
- 12.3 Het brein als machine 241
- 12.4 Psychofarmacologie en de chemische werking van het brein 243
- 12.5 Hersenwetenschap in het publieke domein 246
- 12.6 Netwerken, multilevel-analyse en een meer holistisch beeld van het brein 247
- 12.7 Tot slot 249

*Register* 253*Over de auteurs* 260



## *Voorwoord*

Professionals in de gezondheidszorg dienen niet alleen te beschikken over kennis en vaardigheden die vereist zijn voor de uitoefening van het beroep, maar ook te kunnen reflecteren op de fundamenteën van die kennis en vaardigheden. Inzicht in filosofische vooronderstellingen en historische achtergronden van de huidige gezondheidszorg is daarbij onontbeerlijk. Wat is kenmerkend voor de benadering van ziekte en gezondheid in de hedendaagse zorgpraktijk? Wat zijn de vooronderstellingen waar betrokkenen, veelal stilzwijgend, van uitgaan? Hoe is de manier van omgaan met ziekte en gezondheid historisch gegroeid? Wat zijn verschillen met het verleden, en waar is continuïteit aanwezig? Hoe verhouden de uitgangspunten die ten grondslag liggen aan het eigen denken en handelen zich tot die van andere betrokkenen in de zorg, zoals professionals met een andere disciplinaire achtergrond, patiënten en familieleden? Wat is de waarde van de eigen vooronderstellingen en wat zijn hun beperkingen?

Dit boek beoogt basiskennis op het gebied van filosofie en geschiedenis van de gezondheidszorg toegankelijk te maken voor studenten en professionals. Het bespreekt actuele thema's in de gezondheidszorg en plaatst deze in een filosofisch en historisch perspectief. De hoofdstukken zijn geschreven door twee, soms drie auteurs met een filosofische en een historische achtergrond of een combinatie daarvan. In de hoofdstukken worden filosofische en historische aspecten geïntegreerd besproken. Elk hoofdstuk behandelt actuele casuïstiek, om de relevantie van filosofische en historische inzichten te verduidelijken. De hoofdstukken worden afgesloten met literatuur en toetsvragen.

Wij hebben ervoor gekozen om geen afbeeldingen in dit boek op te nemen. Dit heeft meerdere redenen. In de eerste plaats is de keuze voor bepaalde afbeeldingen altijd enigszins arbitrair. Aan welke zorgprofessionals, onderzoekers, patiënten, zorgomgevingen of technieken uit heden en verleden moet aandacht worden geschonken? In de tweede plaats zijn afbeeldingen gemakkelijk te vinden via het internet.\* Wie wil weten hoe een persoon of techniek eruitziet, kan zelf actie ondernemen. De derde en belangrijkste reden is dat we de lezer willen meenemen in

de lijn van het betoog en de argumentatie. Het basisboek beoogt een overzicht te bieden van ontwikkelingen en perspectieven en aan te zetten tot studie en reflectie.

Wij hopen dat dit boek de lezer overtuigt van het belang van filosofie en geschiedenis van de gezondheidszorg en inzicht biedt in belangrijke thema's, concepten en ontwikkelingen in beide vakgebieden. Het besef van veranderlijkheid combineren met het besef van samenhang tussen verleden, heden en toekomst kan, zo menen wij, verrassende en verfrissende inzichten opleveren over vraagstukken in de gezondheidszorg nu en straks. We horen graag wat de ervaringen van de lezer zijn om het materiaal, waar nodig, verder op de behoeften van gebruikers af te stemmen.

TOINE PIETERS & GUY WIDDERSHOVEN

\* Voorbeelden van online medisch historische foto-repositories:

- ▶ Public Health Image Library (PHIL) – <https://phil.cdc.gov/>
- ▶ Wellcome Collection – <https://wellcomecollection.org/works>
- ▶ U.S. National Library of Medicine – <https://www.nlm.nih.gov/hmd/ihm/>
- ▶ Rijksmuseum Boerhaave – <https://rijksmuseumboerhaave.nl/zoeken-in-de-collectie>
- ▶ Anatomia Collection – <https://anatomia.library.utoronto.ca/>
- ▶ National Museum of Health and Medicine – <https://www.flickr.com/photos/99129398@Noo>

# *Inleiding*

## *Filosofie en geschiedenis van de gezondheidszorg: twee perspectieven*

GUY WIDDERSHOVEN & TOINE PIETERS

### *Inleiding*

Filosofie is van oudsher gericht op het verkrijgen van kennis van de – als eeuwig en onveranderlijk beschouwde – waarheid. Voor Plato (ca. 427–347 v.Chr.) ging het om een terugkeer naar de ideeën, de algemene begrippen waarvan de zichtbare wereld slechts een afspiegeling is. Zijn leerling Aristoteles (384–322 v.Chr.) hechtte meer dan Plato aan empirische kennis, maar was met Plato van mening dat filosofische kennis verheven is boven kennis van het veranderlijke. Tegenover de filosofie als kennis van de universele beginselen van de kosmos richt de geschiedenis zich op de veranderlijkheid van de ondermaanse werkelijkheid. Het verhaal van de oorlog van de Grieken tegen de Trojanen, zoals neergelegd in de *Ilias* van Homerus, gaat over unieke personen, hun drijfveren en wederwaardigheden. Zelfs de goden die erin figureren, hebben hun specifieke verlangens en eigenaardigheden.

Zo bezien zijn filosofie en geschiedenis geheel verschillende disciplines. Maar is de tegenstelling wel zo groot als vaak wordt gedacht? Aristoteles was niet alleen geïnteresseerd in kennis van het onveranderlijke, maar analyseerde ook grondslagen van praktisch handelen. Hij schreef uitvoerige verhandelingen op het gebied van de ethiek, de praktische filosofie die zich richt op het menselijk leven in zijn veranderlijkheid. Klassieke epische teksten, zoals de *Ilias*, beschreven de gevolgen van algemeen menselijke neigingen en beoogden bij te dragen aan inzicht in de aard van voor ieder-

een belangrijke eigenschappen als moed en verstand. Al in de oud-Griekse wereld waren filosofie en geschiedenis in menig opzicht met elkaar verbonden. Praktische filosofie en historische verhalen richtten zich op het verhelderen van achtergronden en het vergroten van begrip van menselijk gedrag en menselijke praktijken.

In dit hoofdstuk gaan we in op het belang van filosofie en geschiedenis voor het begrijpen van een bepaalde praktijk, namelijk de gezondheidszorg. Tevens geven we een overzicht van de overige bijdragen aan dit boek. We behandelen de volgende vragen:

- ▶ Wat houdt filosofische reflectie op gezondheid en zorg in, en waarom is het belangrijk?
- ▶ Wat is de relevantie van historisch onderzoek naar ontwikkelingen in de gezondheidszorg?
- ▶ Welke onderwerpen komen verder in dit boek aan de orde?

#### CASUS

Maurice is 44 jaar. Hij werkt als magazijnbediende. Hij heeft al vanaf zijn achttiende last van ernstig eczeem. Alle gangbare behandelingen zijn geprobeerd: corticosteroïden van klasse 1 tot en met 3, het chemotherapeutikum methotrexaat en intensieve houtteerbehandeling na opname in het ziekenhuis, maar niets helpt meer. De jeuk is periodiek nauwelijks uit te houden en draagt bij aan een laag gevoel van eigenwaarde, aan isolement en weinig levensplezier. Maurice komt naar de universitaire polikliniek dermatologie, waar sinds kort een experimentele behandeling met de biological dupilumab — een anti-IL4 / anti IL-13 antistof (IL staat voor interleukine, een signaalstof) — wordt aangeboden. De dermatoloog legt uit dat dit een nieuwe, veelbelovende behandeling is, waarvan de effectiviteit wetenschappelijk wordt onderzocht.

De behandeling wordt ingezet en blijkt heel goed te helpen. Het gaat om een duur medicijn, dat meer dan 80.000 euro per jaar kost. Het is nog onbekend of het voor vergoeding in aanmerking zal komen. Voor de dermatoloog staat ook nog niet vast dat het therapeutisch effect duurzaam is.

Maurice voelt zich een ander mens en is in staat van alles te ondernemen. Hij is niet langer teruggetrokken, maar uit zich assertief. Zijn

vrouw en kinderen zijn aanvankelijk ingenomen met het resultaat, maar krijgen daarna vragen: zo kennen ze Maurice niet. Van iemand die bescheiden en bedeesd was, is hij veranderd in een losbol. Ook op zijn werk leidt dit tot moeilijkheden: hij komt in aanvaring met zijn chef. Zijn vrouw bespreekt dit met de huisarts, die suggereert dat Maurice psychologische begeleiding zou kunnen krijgen. Maurice wil daar niet aan. Hij is blij met zijn nieuwe leven, zo zegt hij, en voelt zich eindelijk gelukkig. Van de mogelijkheid dat het effect van de biological tijdelijk zou kunnen zijn, wil hij niets weten.

### *Filosofie als reflectie op praktisch handelen*

Zorgprofessionals begeleiden mensen op belangrijke momenten in hun leven. Ze zijn aanwezig bij het begin van het leven, wanneer de bevalling wordt begeleid door de verloskundige en/of de gynaecoloog. Ze zijn erbij aan het einde van het leven, wanneer het gaat om het verlichten van pijn en lijden of het vaststellen van de dood. Ook tijdens het leven spelen zorgprofessionals geregeld een rol, in de jeugdzorg, bij kleinere of grotere gezondheidsproblemen in de thuissituatie of bij een opname in het ziekenhuis of een instelling voor geestelijke gezondheidszorg.

Zorgprofessionals zijn al vele jaren betrokken bij de behandeling van Maurice. Hij heeft veel zorg en begeleiding gehad in de eerste- en tweedelijnszorg en wordt uiteindelijk verwezen naar de universitaire polikliniek dermatologie voor een experimentele behandeling. Als de behandeling met de biological blijkt te werken, blijft medische zorg nodig. De dermatoloog moet controleren of het effect blijvend is. De veranderingen in het gedrag van Maurice leiden tot een bezoek van zijn vrouw aan de huisarts en de vraag of psychologische begeleiding nodig is. Naast de lichamelijke gezondheidszorg komt de geestelijke gezondheidszorg in beeld.

Het handelen van zorgprofessionals is praktisch van aard. De zorgprofessional weet wat hij of zij moet doen op basis van praktische kennis en in de praktijk geleerde werkwijzen. De behandeling met corticosteroiden past in het gangbare patroon. De dermatoloog die Maurice heeft geïncludeerd in de klinische trial, heeft hem eerder onderzocht volgens een standaardprotocol en hem klinisch beoordeeld op basis van kennis van en ervaring met andere patiënten. Het nieuwe geneesmiddel wordt getest volgens een door de fabrikant en internationaal onderzoekconsortium

vastgesteld protocol, zonder dat de behandelend dermatoloog hier specifiek over hoeft na te denken. De huisarts die psychologische begeleiding adviseert, schat in dat er hulp nodig is op grond van de informatie van de echtgenote, zonder er een handboek op na te slaan.

Een kenmerk van praktisch handelen is dat het grotendeels onbewust verloopt. Er zitten patronen ingeslepen, die vanzelfsprekend zijn voor degene die de handeling uitvoert. Pas wanneer er iets onverwachts gebeurt, wordt duidelijk dat de routines en vanzelfsprekendheden waar het handelen op gebaseerd is niet werken, en dat de vooronderstellingen die erin besloten liggen, niet altijd gelden. Als de corticosteroiden geen effect meer hebben, moet de therapie worden bijgesteld en worden zwaardere middelen geprobeerd, zoals het chemotherapeuticum methotrexaat en intensieve teerbehandeling. Als ook dit niet helpt, volgt de stap naar de universitaire polikliniek en de inclusie in de trial met de biological.

Soms worden de vooronderstellingen meer fundamenteel op de proef gesteld. Zo kan de vraag rijzen hoever men moet doorgaan met het proberen van nieuwe medische behandelingen. De stappen van corticosteroiden, chemotherapeuticum, teerbehandeling naar experimentele therapie met een biological betekenen een lange tocht door het medische circuit. Hoe logisch is het om iemand met een aandoening die hinderlijk en ondermijnd is, maar niet dodelijk, voortdurend medisch te begeleiden en onder medisch toezicht te stellen? De therapie met de biological blijkt te werken, maar wat als de effectiviteit niet blijvend is? Hoe zinvol is het om dan naar verdere middelen te blijven zoeken? Aan de andere kant: als de therapie effectief blijft, hoe moet zij dan betaald worden? Wat zijn de grenzen van de gezondheidszorg als maatschappelijk verschijnsel?

Als dergelijke vragen zich opdringen, is er behoefte aan reflectie op de vooronderstellingen die ten grondslag liggen aan het handelen van de professionals. Gezondheidszorg beoogt mensen die ziek zijn te helpen, maar hoever moet dat gaan? Wat betekent het dat het hele leven in het teken van gezondheid en zorg komt te staan?

De casus van Maurice werpt voor de betrokken zorgprofessionals nog andere fundamentele vragen op. De behandeling met de biological slaat aan en het eczeem verdwijnt. De klachten zijn verdwenen, dus ligt het in de rede te zeggen dat Maurice nu gezond is. Dat is in lijn met zijn eigen ervaring: hij voelt zich als herboren en ziet zijn kwaliteit van leven toenemen. Zijn naasten zijn echter minder overtuigd van de uitkomst van de behandeling. Ze erkennen het effect op de lichamelijke klachten, maar vinden het gedrag van Maurice bedenkelijk. Ze worden in hun twijfel

gesterkt door het feit dat Maurice problemen heeft op zijn werk. Ook de huisarts acht psychologische begeleiding geïndiceerd, maar daar wil Maurice niets van weten.

De situatie roept de vraag op wat onder gezondheid verstaan moet worden. Gaat het om lichamelijk functioneren, of is ook het relationele netwerk en het maatschappelijk leven van belang? Hoe kan bepaald worden of iemand ziek is of gezond? Is het een kwestie van objectief meten van het biologisch functioneren, afgaan op de subjectieve ervaring van de betrokkene, of bekijken van het gedrag in de context van het relationeel en maatschappelijk netwerk?

De filosofie kan een rol spelen bij het beantwoorden van deze vragen door de consequenties van verschillende opvattingen van gezondheid te onderzoeken en de grenzen ervan in kaart te brengen. Daarbij kan blijken dat de focus op biologisch functioneren, die besloten ligt in de aanpak van de dermatoloog, en de nadruk op de subjectieve ervaring, die bij Maurice leeft, op gespannen voet staan met de meer maatschappelijke visie op gezondheid van de familie en de huisarts. Dat kan inzicht bieden in de spanning die zich in de zorgpraktijk voordoet en een basis bieden om die bespreekbaar te maken.

Naast vragen rond de reikwijdte van de gezondheidszorg en rond de criteria van gezondheid is nog een derde cluster van vragen relevant. De behandelingen die Maurice in de loop van de jaren ondergaat, hebben een wetenschappelijke achtergrond. De routines van artsen worden gedragen door achterliggend wetenschappelijk onderzoek. De corticosteroiden, het chemotherapeutikum, de behandeling met teer en de behandeling met de biological zijn gebaseerd op inzichten in de wetenschap. Daaraan ontleen ze hun status en geloofwaardigheid. Dat roept echter de vraag op hoe de verschillen in benadering begrepen moeten worden. Hoe is te verklaren dat behandelingen die op een gegeven moment gangbaar zijn, later in onbruik raken? Is dat alleen een kwestie van toename van wetenschappelijke kennis, in de zin van het wegfilteren van onjuiste ideeën en praktijken? Of is er meer nodig om nieuwe wetenschappelijke inzichten in de praktijk toepasbaar te maken? Hoe is de populariteit van biologicals te verklaren, terwijl de effectiviteit nog in onderzoek is en dus nog niet vaststaat?

Wanneer routines in het handelen hun vanzelfsprekendheid verliezen, komen vragen over de fundamentele uitgangspunten van de zorg aan de orde. Wat is de rol van de gezondheidszorg in het begeleiden van mensen bij het omgaan met hun klachten? Wanneer kunnen we spreken van ge-

zondheid? Wat is de wetenschappelijke status van de gezondheidszorg? Dergelijke vragen vereisen reflectie op de grondslagen van het handelen. De filosofie kan hierbij hulp bieden door vooronderstellingen van het handelen te expliciteren en consequenties ervan te onderzoeken.

*Geschiedenis als studie van  
gezondheidszorgpraktijken in verleden  
en heden*

De historicus richt zich op het duiden en begrijpen van langetermijnontwikkelingen in de gezondheidszorg. Het betreft het doorgronden van mechanismen en patronen die betrekking hebben op de inrichting van de gezondheidszorg of op veranderingen in de ontwikkeling en het gebruik van medische kennis en technologie. Het gaat erom het besef van veranderlijkheid te combineren met het besef van samenhang tussen verleden, heden en toekomst in de geneeskunde en gezondheidszorg. Kijken naar langetermijnontwikkelingen levert verrassende en verfrissende inzichten op over vraagstukken die de kern raken, gisteren, vandaag en morgen.

Een opvallende historische trend is de toename van de invloed van de gezondheidszorg op het dagelijks leven van mensen. Niet voor niets wees de medisch historicus Roy Porter (1946–2002) op het succes als valkuil van de moderne geneeskunde. Hoe gezonder de samenleving wordt, des te groter wordt het verlangen naar medicijnen. Gezondheidseconomen ondersteunen deze stelling met empirische gegevens en laten zien dat hoe meer een samenleving aan gezondheidszorg besteedt, des te waarschijnlijker het is dat de inwoners zichzelf als ziek beschouwen. Toch gelooft de meerderheid van artsen, politici en consumenten dat recht op gezondheid een basisrecht is en dat iedereen en alles nu of in de toekomst te genezen is, ook als dat een niet-aflatende groei van budgetten voor de gezondheidszorg tot gevolg heeft.

We zien deze trend terug in de casus van Maurice. Hij doorloopt de weg van eerste en tweede lijn naar de universitaire polikliniek dermatologie. Daarbij worden vele middelen uitgeprobeerd. Zodra blijkt dat een middel niet werkt, wordt een volgende stap in het medische circuit gezet. Het is zowel voor hem en zijn familie als voor de artsen vanzelfsprekend om verder te zoeken naar een oplossing. De middelen die worden geprobeerd, zijn verbonden met de hoop op genezing. Elke volgende stap biedt nieuwe



mogelijkheden. Het voortdurend zoeken naar en het krachtige geloof in de werking van nieuwe middelen is vanuit historisch perspectief een constante in de afgelopen twee eeuwen. Historisch onderzoek kan bijdragen aan een relativering van de soms overspannen verwachtingen waarmee nieuwe middelen worden geïntroduceerd en gepropageerd.

Historici wijzen op een tweede trend in de gezondheidszorg, namelijk een culturele verschuiving van patiënt naar consument. Gewapend met betere en sneller beschikbare informatie over gezondheid en ziekte wegen mensen nadrukkelijker de voordelen, risico's en kosten van medische diensten die aangeboden worden op de medische markt. Hoezeer dit scenario ook belooft dat zorgconsumenten de baas worden over informatie en behoeften, het proces van toenemende autonomie en zelfregie kan ook contraproductief uitwerken. De afgelopen vijftig jaar is er sprake van een verschuiving van investeringen in de gezondheidszorg richting de ontwikkeling van steeds duurder wordende hightechbehandelingen om individuele gezondheidsvoordelen te behalen. De geneeskunde lijkt hierbij veel van haar betrokkenheid bij publieke belangen te hebben opgegeven ten gunste van economisch gedreven privébelangen. Het nettoresultaat van deze ontwikkelingen is een erosie van het openbare gezondheidsstelsel, wat leidt tot nieuwe sociaaleconomische gezondheidsverschillen, nationaal en internationaal.

De toenemende nadruk op de toepassing van technologisch hoogwaardige en kostbare precisie-geneeskunde bij individuele patiënten c.q. gezondheidszorgconsumenten zien we ook in de casus van Maurice. De experimentele behandeling met de biological past in het beeld van gezondheidszorg als hoogtechnologische praktijk. De behandeling is gericht op het repareren van een biologische disfunctie via een daarop toegesneden gespecialiseerde precisie-geneeskundige interventie. Maurice is zeer tevreden over het effect van het middel. Hij geeft aan niets anders te willen. Deze gang van zaken leidt de aandacht af van de consequenties van het gebruik van het middel voor het bredere functioneren van Maurice. In het behandeltraject bij de dermatoloog is geen specifieke aandacht voor reacties van de omgeving, zoals de familie en zijn leidinggevende. De echtgenote wil, samen met de huisarts, die zaken bij Maurice aankaarten, maar ze krijgen weinig gehoor. In een individualiserende samenleving en dito gezondheidszorg is het de patiënt die uiteindelijk bepaalt wat er al dan niet gedaan wordt. De spanning tussen het biomedische en het psychosociale perspectief is onderdeel van een bredere historische ontwikkeling, die vraagt om aandacht en reflectie.

Een derde trend betreft de verwetenschappelijking van de gezondheidszorg. Door de tijd heen heeft de wetenschap een steeds grotere invloed gekregen op het denken en handelen in de gezondheidszorg en op de receptie daarvan in de samenleving. Nieuwe medische technieken en kennis van lichaam en ziekten hebben regelmatig (schrik)reacties in de samenleving teweeggebracht, stereotypen of vooroordelen tot leven gewekt en kunstenaars geïnspireerd. Maar ze hebben ook bewondering en hoge verwachtingen gewekt. Volgens historici veranderen onder invloed van nieuwe medische kennis en technieken niet alleen de interpretaties van het functioneren van ons lichaam, maar ook de beleving van ons (zieke of gezonde) lichaam. Hier valt bijvoorbeeld te denken aan de sociaal-culturele en psychologische gevolgen van de komst van de echografie voor zwangere vrouwen na 1970.

Ook in de casus van Maurice zien we de invloed van wetenschap op de zorg. De behandeling van eczeem met een nieuwe generatie van koolteerproducten zorgde in de tweede helft van de negentiende eeuw voor nieuwe belofte en hoop in de dermatologie, een specialisme dat nog in embryonale fase verkeerde. De steenkoolteerpreparaten (*pix lithanthracis* of *lianthral*) werden met de blote hand op de huid gesmeerd en bereid in de apotheek zonder extra voorzorgen. In de eenentwintigste eeuw wordt het bereiden en aanbrengen van de koolteerzalf met mogelijk kanker- verwekkende eigenschappen echter als een risicovolle handeling gezien door de arbeidsinspectie. Het vereist een aparte bereidingsruimte en speciale handschoenen. Alleen in ernstige gevallen, zoals bij Maurice, wordt het in de vorm van het minder toxische houtteer (*pix liquida*) nog weleens toegepast.

Begin twintigste eeuw kwam de röntgentherapie als beloftevolle behandeling in beeld voor eczeem. Het therapeutische gebruik van röntgenstraling lag in het verlengde van het diagnostische gebruik ervan, dat wijdverbreid was. Röntgenonderzoek werd in de prenatale zorg gebruikt als beeldvormende techniek. De obstetrische röntgenografie werd voor het eerst systematisch toegepast door het boegbeeld van het toen nog jonge specialisme obstetrie en gynaecologie, Hector Treub (1856–1920), in de Amsterdamse vrouwenkliniek. Net als in de begindagen van de stethoscoop gold ook nu dat obstetrici al doende leerden diagnosticeren met behulp van röntgenografie. De vraag ‘Wat is een bruikbaar röntgenplaatje?’ leverde heel wat discussie op in de klinische praktijk. Men gebruikte de techniek onder meer voor het lokaliseren van de placenta en de ligging van de foetus, het meten van de schedel als maat voor de normale of abnormale groei van