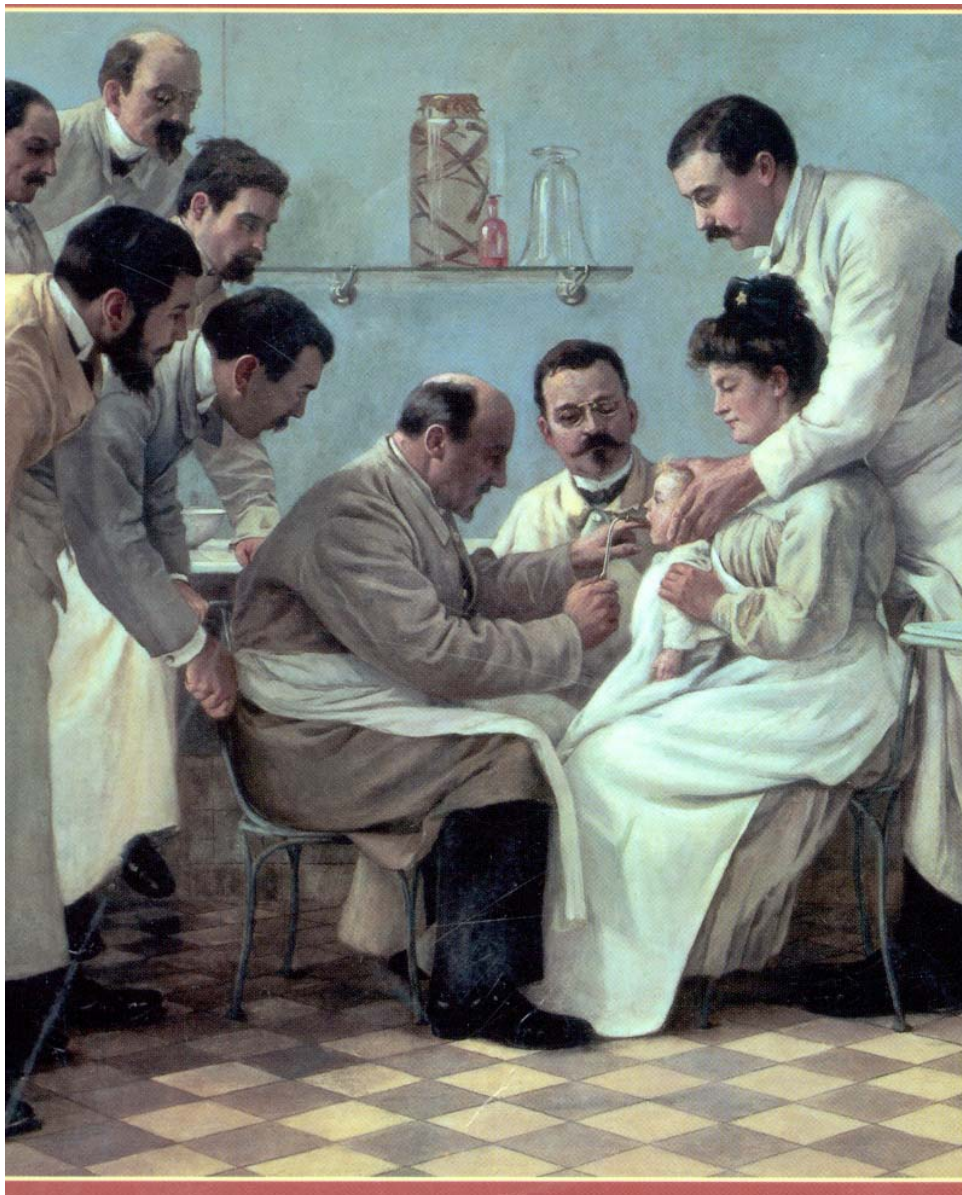


Het Mastertraject Medische Geschiedenis

VU Medisch Centrum – Leids Universitair Medisch Centrum –
Universitair Medisch Centrum Maastricht – Vrije Universiteit
Faculteit der Letteren

Activiteiten en resultaten in de periode 2004-2010



Inhoud

- 1 Inleiding
- 2 Doel en eindtermen van het programma
- 3 De doelgroepen
- 4 De omvang van het programma
- 5 De structuur van het programma
 - Het Basisprogramma*
 - Het Leeronderzoek*
- 6 De organisatie
- 7 De lesvormen
- 8 Het lesmateriaal
- 9 De examinering
- 10 De studenten
- 11 De terugkomdag

Bijlagen

- 1 Inbedding in de lokale onderwijsstructuur
- 2 Rooster Basisprogramma 2010-2011
- 3 Rooster Leeronderzoek 2010-2011
- 4 Toetsing en bijzondere opdrachten
- 5 Werkstukken van studenten 2004-2010
- 6 Selectie van publicaties van masterstudenten
- 7 Overzicht van programma's van de terugkomdagen 2007-2010
- 8 Synopses van onderdelen basisprogramma en leeronderzoek
- 9 Lijst van docenten
- 10 Literatuur

Amsterdam,
November 2010

1 INLEIDING

Na een voorbereidingstijd van ruim twee jaar ging in het academisch jaar 2004-2005 op initiatief van de afdeling Metamedica van het VUmc en het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde het mastertraject medische geschiedenis van start. Sindsdien is het traject in vijf opeenvolgende jaren aangeboden aan alle studenten geneeskunde, gezondheids- en biomedische wetenschappen, letteren en sociale wetenschappen. Aan het programma verleenden in de jaren 2004-2009 meer dan twintig docenten hun medewerking. Zestien studenten hadden zich de eerste keer ingeschreven, daarna volgden telkens tussen 9 en 14 studenten het programma. In de periode 2004-2006 is het programma financieel ruimhartig gesteund door het *Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde*, de Stichting Pieter van Foreest, het VUmc, de Faculteit der Letteren van de VU en de Studierichting Algemene Gezondheidswetenschappen van de VU.

De eerste keer werd het programma aangeboden door een samenwerkingsverband tussen het VUmc (de afdeling Metamedica) en de faculteit Letteren van de VU. In de gehele periode was het traject examentechnisch ondergebracht bij de master geschiedenis van de VU-faculteit en tegelijkertijd als keuzevak toegankelijk gesteld voor masterstudenten gezondheidswetenschappen en doctoraalstudenten geneeskunde. In de praktijk heeft het programma altijd onder toezicht gestaan van een kernstaf bestaande uit vijf personen afkomstig van het VUmc, de Letterenfaculteit VU, het LUMc en de Letterenfaculteit te Leiden.

In 2007 trad het LUMc officieel toe als organisator en financier van het programma. Vanaf augustus 2009 participeren de Faculty Health, Medicine and Life Sciences en het UMC in Maastricht eveneens organisatorisch en financieel in het mastertraject. Via gastdocenten dragen daarnaast de universitair-medische centra van Rotterdam, Utrecht en Groningen ruimschoots bij aan het onderwijsprogramma.

De inbedding van het mastertraject in de lokale onderwijsstructuren van bovengenoemde instellingen is geen eenvoudige zaak. Door het mastertraject medische geschiedenis op onderdelen te flexibiliseren en hier en daar met ‘tutorials’ aan te vullen is het sinds 2007 goed mogelijk gebleken het programma op maat aan te bieden aan de lokale onderwijsinstellingen met behoud van de oorspronkelijke grondstructuur (zie voor een samenvatting van lokale regelingen, bijlage 1)

In deze nota wordt een samenvatting van de doelstelling, het programma en de organisatie gegeven, alsmede van de resultaten van het mastertraject in de jaren 2004-2009.

2 HET DOEL EN DE EINDTERMEN VAN HET MASTERTRAJECT

Het mastertraject is er op gericht studenten af te leveren die zelfstandig de historische ontwikkeling van de geneeskunde en de gezondheidszorg kunnen analyseren. Door de nadruk op onderzoeksvaardigheden en praktische technieken van historisch onderzoek, biedt het programma een goede mogelijkheid tot een grondige bestudering van specifieke historische onderwerpen. Het programma biedt daardoor een waardevolle aanvullende kwalificatie voor Masterstudenten in een gebied dat relevant is voor een beter begrip van de geneeskunde en farmacie in de samenleving.

Onderzoekstraining en het gebruik van primair historisch materiaal in een afstudeerwerkstuk maken het onderwijs tevens geschikt voor het afleveren van kwalitatief hoogstaande onderzoekers in de geschiedenis van de geneeskunde. Het onderwijsprogramma is daarmee waardevol op zichzelf gebleken, maar blijkt tevens te dienen als een fundament voor studenten die een promotieonderzoek willen starten.

Samengevat stelt de leiding van het mastertraject zich ten doel studenten af te leveren op een niveau waarop geavanceerd onderzoek op het terrein van medische geschiedenis kan worden gedaan. Op basis van deze doelstelling kent het programma de volgende eindtermen:

- De student heeft inzicht in en kennis van de belangrijkste thema's in de geschiedenis van de geneeskunde in een bredere sociale, culturele en politieke context.
- De student heeft inzicht in en praktische ervaring met onderzoeksmethoden in de medische geschiedenis
- De student beschikt over de vaardigheden die nodig zijn bij de bestudering van een bijzonder onderwerp in de geschiedenis van de geneeskunde en farmacie.
- De student beschikt over analytische vaardigheden die nodig zijn voor het begrijpen van de verandering van vorm en functie van de geneeskunde en de farmacie in de westerse samenleving.
- De student beschikt over kwalitatief hoogstaande vaardigheden die nodig zijn voor het schrijven en presenteren van een wetenschappelijk werkstuk.

3 DE DOELGROEPEN

In het algemeen richt het programma zich op de volgende drie typen van studenten:

- Reguliere dagstudenten die een bachelordiploma geneeskunde, gezondheidswetenschappen, farmacie, medische biologie, geschiedenis en sociale wetenschappen hebben behaald.
- AIO's die in het kader van hun onderzoek en onderwijs het masterprogramma willen volgen, eventueel met steun van hun onderzoeksschool.
- Artsen, andere academisch opgeleide hulpverleners in de gezondheidszorg, historici en sociaal wetenschappers, die zich willen verdiepen in de historische ontwikkeling van de geneeskunde (Extraneï)

Bij het aanbieden van het programma is ervan uitgegaan dat geïnteresseerden uit deze drie doelgroepen zich vanuit het gehele land kunnen aanmelden. Tegelijkertijd is er naar gestreefd dat zoveel mogelijk reguliere studenten het programma binnen hun masterstudie krijgen aangeboden, door middel van het maken van concrete afspraken met Instellingen en faculteiten. Dit is tot dusverre gelukt bij de opleidingen geneeskunde van VUMC, LUMC, MUMC, de opleidingen Gezondheidswetenschappen van de VU, Leiden en Maastricht, en de Letterenfaculteit van de VU (zie bijlage 1) Onafhankelijk van afspraken met diverse opleidingen bleken ieder jaar enkele extraneï zich voor het programma te interesseren.

De toelatingseisen

Binnen het kader van de gestelde doelgroepen zijn in de voorgaande vijf jaren geen algemene aanvullende toelatingseisen gesteld. Van de minimumeis van een bachelordiploma is niet afgeweken. Wel kwam het regelmatig voor dat bij intake gesprekken met individuele studenten moest worden geconcludeerd dat de studiebelasting voor de betreffende student of extraneus te groot was.

4 DE OMVANG VAN HET PROGRAMMA

Het programma heeft een duur van ongeveer vier maanden, uitgaande van een voltijdse variant. De totale studielast van het onderwijstraject bedraagt 20 ECTS. Het programma bestaat uit een basisgedeelte van 10 ECTS, waarbij studenten twee dagen per week tijdens werkcolleges en besprekingen bijeen zijn, en een Leeronderzoek, waarbij studenten één dag per week samenkomen. De overige dagen in de week worden de studenten geacht hun tijd aan zelfstudie te besteden. Individuele studenten kunnen na deze drie maanden hun masteronderwijs in de medische geschiedenis voortzetten door het volgen van meer specialistisch onderwijs in de vorm van zogenaamde ‘tutorials’. Afhankelijk van de keuze die de student maakt, kunnen deze tutorials een studielast hebben van 4 tot 14 ECTS (zie bijlage 1).

5 DE STRUCTUUR VAN HET PROGRAMMA

In het vier maanden durende mastertraject wordt een inleiding op de medische geschiedenis en op de historiografie gegeven en worden tevens de belangrijkste beginselen van medisch-historisch onderzoek aangeleerd. Zoals eerder vermeld, kan in een vervoliprogramma in de vorm van tutorials nader worden ingegaan op specifieke thema's uit de medische geschiedenis.

Als uitgangspunt geldt dat het mastertraject niet zozeer een uitputtend overzicht moet bieden van alle mogelijke onderwerpen en onderzoeksgebieden, maar vooral een beter begrip moet opleveren van de belangrijkste ontwikkelingen in de volksgezondheid, de geneeskunde, de artseneerbereidkunde en de medische technologie. Deze ontwikkelingen kunnen een lange-termijn karakter hebben en bepaalde tradities in geneeskundig denken of de sociale organisatie van zorg betreffen. Ze kunnen echter ook betrekking hebben op een relatief korte tijdspanne, bijvoorbeeld fundamentele veranderingen in de klinische praktijk rond kanker in het midden van de twintigste eeuw.

Het mastertraject van vier maanden omvat twee nauw op elkaar aansluitende deelprogramma's: een *basisprogramma* waar een chronologisch-thematische inleiding op de medische geschiedenis en de historiografie wordt gegeven in de vorm van (werk)colleges en studiebijeenkomsten. Deze bijeenkomsten vinden twee maal per week plaats, gedurende een dag en worden door de deelnemers voorbereid door het lezen van vooraf opgegeven literatuur. Op deze bijeenkomsten wordt de deelnemers verzocht een onderdeel van het programma kritisch te bespreken.

Het tweede deelprogramma is gericht op de ontwikkeling van onderzoeksvaardigheden op medisch-historisch gebied. Dit deelprogramma heeft de titel *Leeronderzoek*. Het Leeronderzoek start een week nadat het Basisprogramma is beëindigd en kent één bijeenkomst per week gedurende een dag. Het leeronderzoek wordt afgesloten met een werkstuk van maximaal 15.000 woorden, dat is gebaseerd op oorspronkelijk onderzoek en waarin de verworven inzichten worden toegepast. Het onderwerp van het werkstuk wordt door de student in overleg met een lid van de kernstaf gekozen. De supervisie over het schrijven van een werkstuk ligt in handen van dit staf lid en wordt beoordeeld door de kernstaf als geheel.

5.1 *Het basisprogramma*

Het basisprogramma biedt een inleiding op de geschiedenis van geneeskunde. Er wordt een periodisering geboden en enkele hoofdpunten uit de medische geschiedenis besproken. Daarnaast maakt de student kennis met de belangrijkste bibliografische en historiografische informatie. Tevens wordt het Museum voor de Geschiedenis van de Psychiatrie in Haarlem bezocht. De *rode draad* in het basisprogramma wordt gevormd door de vraag hoe het historisch onderzoek naar de klinische praktijk en de interne ontwikkeling van de geneeskunde kan worden

gecombineerd met historisch onderzoek naar de sociaal-historische achtergrond. Dit betekent dat telkens zo concreet mogelijk het medisch handelen en denken in een gegeven periode als uitgangspunt wordt genomen en vervolgens wordt getracht dat handelen en denken met sociaal-historische ontwikkelingen te verbinden. Slechts in een enkel geval krijgt een sociaal-historisch vraagstelling zelfstandig aandacht.

Het zwaartepunt van het programma ligt op de moderne periode (achttiende eeuw en later). De thema's van de bijeenkomsten zijn zo gekozen, dat het mogelijk is er een verschillende uitwerking aan te geven. Het onderwerp 'biomedisch onderzoek in de twintigste eeuw' kan bijvoorbeeld zowel aan kankerresearch en -behandeling worden gewijd, als aan endocrinologische of metabolische vraagstukken. Voor een rooster en samenvatting van het basisprogramma, zie de bijlage 2 en .

5.2 *Het leeronderzoek*

Het leeronderzoek beoogt een discussie- en onderzoeksomgeving te creëren, waar de studenten op betrekkelijk informele wijze werk (in uitvoering) van ervaren onderzoekers kunnen bespreken, eigen ideeën en plannen presenteren en een aantal oorspronkelijke medische teksten aan 'close reading' onderwerpen. Het gebruik van internet wordt gestimuleerd, bijvoorbeeld door middel van opdrachten, terwijl ook musea, zoals het Boerhaave museum in Leiden

De rol van de docent(en) bestaat uit het bespreken van een aantal onderzoekstradities op het terrein van medische geschiedenis en het presenteren van lopend onderzoek. Er wordt naar gestreefd om een aantal belangrijke onderzoeksbenaderingen te presenteren aan de hand van afgeronde casestudies. Het is de bedoeling dat de studenten de sterke en zwakke kanten van de gevalsstudie en de gehanteerde benadering weten op te sporen. Voor een samenvatting van het rooster en het programma van het leeronderzoek, zie bijlage 3 en

In de jaren 2005-2009 is de structuur van het programma ongewijzigd gebleven. Wel zijn op onderdelen veranderingen aangebracht, bijvoorbeeld de toevoeging van een dagdeel Arabische geneeskunde of de vervanging van enkele docenten. De belangrijkste wijzigingen betroffen echter de toetsing en de begeleiding:

- het nadrukkelijker toetsen van kennis (zie bijlage 4)
- de invoering van peer reviews (zie bijlage 4)
- Vroeger in het programma vaststellen van onderzoeksvragen en onderzoeksmethodologie

6 DE ORGANISATIE

De organisatie van het programma lag in de academische jaren 2004- 2009 in handen van een kernstaf, bestaande uit vijf docenten van het VUmc/LUmc en de Letterenfaculteiten in Leiden, onder wie een coördinator. De kernstaf bestond uit de volgende personen:

Prof.dr. Harm Beuker (UL)

Prof.dr. Manfred Horstmanshoff (UL)

Prof.dr. Eddy Houwaart (VUmc, UMC Maastricht), voorzitter

Dr. Hans de Waardt (VU, VUmc), coördinator

Prof.dr. Toine Pieters (VUmc)

Ten behoeve van een ordelijke organisatie van het programma (administratieve verwerking, roosters e.d.) beschikt deze kernstaf over secretariële ondersteuning. De kernstaf is verantwoordelijk voor het wetenschappelijk niveau van het programma. De kernstaf stelt ieder jaar een programma op en maakt een taakverdeling voor de uitvoering van de diverse programmaonderdelen. Daarnaast stelt deze kernstaf vast wie als gastdocent voor één of meer programmaonderdelen wordt uitgenodigd. De kernstaf is tevens eindverantwoordelijk voor de beoordeling van de werkzaamheden van de student en het verstrekken van een certificaat aan de student.

De coördinator is verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken gedurende het onderwijs. Hij draagt zorg voor de introductie van docenten, voor het lesmateriaal en voortgang van het onderwijs. De coördinator is tevens verantwoordelijk voor het opstellen en uitvoeren van een evaluatie. Zowel de coördinator als de overige stafleden hebben in de voorgaande jaren een belangrijke rol gespeeld bij het initiëren van vervolgonderzoek of - studie door de deelnemers.

De locatie

Het contacturen-onderwijs vindt sinds 2004 grotendeels plaats in een onderwijsruimte in het Hoofdgebouw van de Vrije Universiteit gedurende de eerste fase twee maal per week, daarna één maal per week. Enkele bijeenkomsten vinden plaats in Leiden en Haarlem. Daarnaast speelt als locatie de medisch-historische bibliotheek van de afdeling Metamedica van het VUmc een belangrijke rol.

7 DE LESVORMEN

Uit het voorgaande blijkt reeds dat in het programma gebruik gemaakt wordt van diverse didactische werkvormen. In zowel het basisprogramma als het leeronderzoek worden colleges gegeven die de deelnemers voorbereiden door lesmateriaal te bestuderen. Dit lesmateriaal kan bestaan uit een boekhoofdstuk, een artikel of informatie op het internet. Alle colleges moeten voldoende gelegenheid bieden voor het stellen van vragen en het leveren van commentaar door de deelnemers.

In het basisprogramma ligt de nadruk op kennisoverdracht van docent op student, maar door het gebruik van bijvoorbeeld videomateriaal en door het werken met bijvoorbeeld referenten, waarbij een of meer studenten commentaar op de inhoud van de bijeenkomst leveren, wordt een actieve participatie van de studenten bevorderd.

In het leeronderzoek ligt de nadruk op de actieve participatie van de studenten in het lesprogramma. De structuur van de bijeenkomst is informeel en bevordert de gezamenlijke ontwikkeling van een 'historisch standpunt'. Hier wordt regelmatig gewerkt met een docent die een inleiding geeft en vervolgens de discussie onderhoudt met vragen en opmerkingen. De voorbereiding bestaat uit het lezen en becommentariëren door de deelnemers van historische bronnen of oorspronkelijke medische teksten of het analyseren van videomateriaal. Verder komt vanaf de eerste bijeenkomst telkens het lopend onderzoek van de studenten zelf ter sprake. Het lopend onderzoek wordt bovendien in aparte voortgangsgesprekken door de begeleidende docenten gesuperviseerd.

De docenten van het mastertraject Medische Geschiedenis worden onderverdeeld in leden van de kernstaf en gastdocenten (zie voor een overzicht, bijlage 6). De leden van de kernstaf verzorgen een substantieel deel van het onderwijs en zijn verantwoordelijk voor de begeleiding van de studenten bij het schrijven van een werkstuk. Gastdocenten verzorgen onderwijs in één of meer

specifieke onderdelen van het programma. Er wordt naar gestreefd ten minste één maal per jaar een buitenlandse gastdocent onderwijs (liefst gedurende enkele dagen) te laten verzorgen.

8 HET LESMATERIAAL

Het lesmateriaal bestaat voor een groot deel uit hoofdstukken uit boeken en tijdschriftartikelen. Daarnaast wordt – via bezoeken aan musea en de Leidse bibliotheek - veel aandacht besteed aan historische objecten, zoals instrumenten, atlanten, anatomische verzamelingen, fotomateriaal. Een centrale rol bij het onderwijs speelt Blackboard. Elke student krijgt daartoe bij aanvang een VU studentnummer, als dat niet al geval was. Daarnaast krijgen de student toegang tot de medisch-historische bibliotheek van het VUmc aan de Van der Boechorststraat in Amsterdam en de universiteitsbibliotheek van de VU inclusief alle daarbij horende faciliteiten.

Tenslotte hebben de studenten via internet en via Blackboard toegang tot de zogenaamde Digitale leeromgeving medische geschiedenis, waar zij een ‘wetenschappelijke zoektocht’ kunnen maken op het terrein van de medische geschiedenis (<http://www.med.vu.nl/metamedica-dlo/>).

9 DE EXAMINERING

Studenten hebben het masterprogramma met goed gevolg afgerond, indien zij:

1. De bijeenkomsten van het basisprogramma en het leeronderzoek hebben bijgewoond.
2. Voor het individuele referaat waarmee het basisprogramma wordt afgesloten een voldoende hebben behaald, en gemiddeld een voldoende voor de overige papers en referaten die zij in de loop van het programma presenteren.
3. Een werkstuk ter grootte van 15.000 woorden en gebaseerd op oorspronkelijk onderzoek binnen de daarvoor gestelde termijn hebben ingeleverd. Dit werkstuk moet met ten minste met een cijfer hoger dan 5,5 zijn gewaardeerd om als voldoende te kunnen worden gekwalificeerd
De waardering voor het werkstuk en het cijfer voor het referaat waarmee het Basisprogramma is afgesloten bepalen het eindcijfer van het masterprogramma waarbij het cijfer voor het werkstuk een gewicht heeft van 2/3. Dit eindcijfer is slechts geldig indien de onder punt 2 genoemde papers en referaten als voldoende zijn beoordeeld..

Indien noodzakelijk worden studenten op basis van aanvullende eisen die de faculteit waar studenten hun hoofdprogramma volgen stellen aan keuzeprogramma's in de gelegenheid gesteld het masterprogramma met goed gevolg af te ronden.

Zoals eerder aangegeven zijn in de voorgaande jaren de toetsing en de begeleiding aangescherpt en enigszins uitgebreid:

- In een groot aantal bijeenkomst wordt van elke deelnemer verwacht dat deze een bespreking van de opgegeven literatuur geeft (zie bijlage 4).
- Gedurende het programma vindt wee maal een zogenaamd Peer review plaats onder supervisie van een stafid, waarbij studenten elkaars plannen voor het onderzoek en het aansluitende werkstuk becommentariëren (zie bijlage 4).
- Studenten geven aan het einde van het basisprogramma een presentatie die wordt beoordeeld door de kernstaf

- Aan het eind van het leeronderzoek vindt een kennistoets plaats
- Na afloop van het basisprogramma krijgt elke student een docent toegewezen als begeleider in de periode van het leeronderzoek.

Na afloop van het leeronderzoek beoordeelt de volledige kernstaf alle scripties. Het eindcijfer is gebaseerd op de beoordeling van de presentaties en de scriptie. Op de dag van de uitreiking van het certificaat wordt de student persoonlijk door begeleidende docent op de hoogte gesteld van het gegeven eindcijfer en de motivatie op basis waarvan dat cijfer is vastgesteld.

10 DE STUDENTEN IN DE ACADEMISCHE JAREN 2004-2009

In de periode 2004-2009 hebben in totaal zestig studenten het mastertraject gevolgd, waarvan 33 reguliere studenten en 27 extraneï (zie tabel 1). Van de 33 reguliere studenten waren er twaalf afkomstig van de opleiding geneeskunde van het VUmc (4), LUMc (3), UMC Utrecht (4) en AMC (1), en twaalf studenten afkomstig van de opleiding Geschiedenis Leiden (6), VU (5) en UvA (1). Vanuit Gezondheids- en biomedische wetenschappen deden er in totaal 4 studenten mee, 3 vanuit de VU en 1 vanuit Leiden (zie tabel 2)

Tabel 1 Inschrijvingen per jaar

Studiejaar	Totaal	Studenten	Extraneï
2004-05	17 / 15*	9 / 7	8 / 8
2005-06	12 / 12	7 / 7	5 / 5
2006-07	11 / 11	5 / 5	6 / 6
2007-08	16 / 14	12 / 10	4 / 4
2008-09	8 / 8	4 / 4	4 / 4
2009-10	15 / 15	7 / 7	8 / 8
Totalen	79 / 75	44 / 40	35 / 35

* links van / het aantal inschrijvingen, rechts het daadwerkelijke aantal deelnemers.

Tabel 2 Gender daadwerkelijke deelnemers

Studiejaar	V	M
2004-05	6	9
2005-06	8	4
2006-07	3	8
2007-08	8	6
2008-09	5	3
2009-10	7	8
Totalen	37	38

Tabel 3 Professionele achtergronden deelnemers bij aanvang

Student	Geneeskunde	12	
	Geschiedenis	15	
	Archeologie	1	
	Gezondheidswetenschappen	1	
	Bio-medische wetenschappen	3	
	Wijsbegeerte	1	
	Bewegingswetenschappen	1	
	Klassieke talen	4	
	Middeleeuwse studies	1	
	Italiaans	1	
Geneeskundige	Arts infectieziektebestrijding	2	
	Internist	4	
	Intensivist	1	
	Huisarts	2	
	Dermatoloog	1	
	Radioloog	2	
	Sociaal geneeskundige	3	
	Tropisch geneeskundige	1	
	Oogarts	1	
	Revalidatiearts	1	
	Neuroloog	1	
	Vrouwenarts	1	
	Chirurg	1	
Farmaceut		5	
Verpleegkundige		1	
Dierenarts		1	
Historicus		3	
Museumconservator		2	
Classicus		1	
Totaal		75	

Van de 75 deelnemers hebben in totaal 63 het basisprogramma met goed gevolg afgerond (85%) .
 Uit deze groep hebben 61 deelnemers ook het leeronderzoek gevolgd. Daarvan hebben 56
 deelnemers binnen de daarvoor gestelde tijd een werkstuk ingeleverd dat als voldoende kon
 worden beoordeeld (90%).

Tabel 4 Resultaten / afgesloten onderdelen

Studiejaar	Daadwerkelijke deelnemers	basis	leeronderzoek
2004-05	15	14	11
2005-06	12	12	11
2006-07	11	11	10
2007-08	14	9	9
2008-09	8	8	7
2009-10	15	13	9
Totalen	75	57	56

Alle studenten die het leeronderzoek met een voldoende hebben afgesloten, hebben een 6 of hoger voor hun masterscriptie behaald. De thema's waarover is geschreven waren Klassieke geneeskunde, concepten en therapieën, Psychiatrie, Ethische en politieke aspecten, Farmacie, Geneeskunde in de koloniën, Verpleegkunde en Vroegmoderne geneeskunde (Voor een volledig overzicht van alle werkstukken, zie Bijlage 5).

Vervolgactiviteiten van studenten

Een groot aantal studenten heeft na afloop van het mastertraject besloten het werkstuk om te werken tot een artikel. Onder supervisie van één van de kernstafleden zijn publicaties verschenen in (zie bijlage 6):

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
Geschiedenis der Geneeskunde
Het tijdschrift *Gewina*
Medical History

Acht studenten hebben hun masteronderzoek voortgezet in de vorm van een masterscriptie. De volgende studenten zijn na de afronding van het mastertraject gestart met een promotieonderzoek:

drs. Hans van Vliet (RIVM)
drs. H. Haak
drs. L. Hesselink (gepromoveerd in 2009 aan de UvA)
drs. Kees Simon
drs. Hannah van den Ende

11 DE TERUGKOMDAGEN

Vanaf 2007 hebben oud-deelnemers van het mastertraject ieder jaar een zogenaamde terugkomdag georganiseerd. De dag is bedoeld voor het uitwisselen van ervaringen van junioronderzoekers bij medisch-historisch onderzoek. Op de dag is telkens een gerenommeerd medisch-historicus gevraagd voor een lezing en presenteerden enkele masterstudenten de resultaten van hun onderzoek. De eerste keer vond de terugkomdag plaats in 2007 in het Utrechts Universiteitsmuseum, in de jaren 2008, 2009 en 2010 heeft het *Nederlands Tijdschrift van Geneeskunde* zijn huisvesting aan de Joh. Vermeerstraat in Amsterdam beschikbaar gesteld. Daarbij is tevens een rondleiding in de bibliotheek van het Tijdschrift verzorgd. Bij de drie terugkomdagen waren telkens ongeveer honderd aanwezigen, bestaande uit (oud-)deelnemers, docenten en belangstellenden. Voor een overzicht van de programma's van de terugkomdagen, zie bijlage 7.

BIJLAGE 1 INSTROOMMOGELIJKHEDEN MASTERTRAJECT MEDISCHE GESCHIEDENIS BIJ VUMc, LUMc, VU, MAASTRICHT

1 VUmc

De VUmc-student staat aan begin dan wel aan het eind van masterfase VUMc en wil zich aanmelden.

Variant 1

De maximale variant van 24 weken (34 ECTS) door een combinatie van wetenschappelijke stage met de volledige ruimte voor keuzeonderwijs. In dit geval zal de student voor 20 ECTS in het regulier masterprogramma MG participeren en voor nog eens 14 ECTS doorwerken onder begeleiding van een docent medische geschiedenis, bijvoorbeeld om een publicatie voor te bereiden. Voor deze 14 ECTS worden vanuit de kernstaf tutorials aangeboden. Roostertechnisch is de 20 ECTS masterprogramma MG verdeeld over ongeveer 17 weken. Dit betekent dat met de student moet worden nagegaan in hoeverre de resterende 14 ECTS over 7 – 10 weken moeten worden verdeeld. Vanuit het VUmc gezien gaat het hier formeel om de zogenaamde *Verlengde wetenschappelijke stage*, met bijbehorende huisregels.

Variant 2

Een variant waarbij gewoon het masterprogramma MG van 20 ECTS wordt gevolgd. Formeel vanuit VUmc gezien gaat het hier om het volgen van de *Wetenschappelijke Stage*, met bijbehorende huisregels. Het VUmc-beleid is dat deze stage bij voorkeur in masterjaar 1 plaats vindt! Omdat het mastertraject MG ongeveer 17 weken en de VUmc-wetenschappelijke stage 14 weken, moet met de VUmc-student worden nagegaan of er voor hem/haar ruimte is voor drie weken 'uitlopen'.

Variant 3

Een variant waarin de student kiest voor uitsluitend het Basisprogramma MG (10 ECTS). Formeel gezien vanuit het VUmc, besteedt de student het grootste deel van zijn/haar ruimte voor keuzeonderwijs (totaal = 14 ECTS) aan het keuzevak medische geschiedenis (10 ECTS). De resterende 4 ECTS van de keuzeonderwijs ruimte besteedt de student aan een ander VUmc-keuzevak. Het VUmc-keuzeonderwijs, inclusief de module medische geschiedenis (10 ECTS), wordt vanaf voorjaar 2009 via Blackboard aan de masterstudenten VUmc aangeboden.

2 VU-Letteren

Bij Letteren is een nieuwe opzet van de masterfase van het onderwijs geïntroduceerd. Dit onderwijs maakt nu deel uit van de graduate school van de Faculteit. Binnen deze graduate school zijn drie keuzetrajecten ontwikkeld: *Over de grenzen heen in politiek en cultuur*, *Globaal & Lokaal: globale veranderingen en plaatselijke keuzes* en *Religie in Europa*. Voor het moment zullen het Basisprogramma en het Leeronderzoek bij het eerste van deze trajecten, dus bij *Over de grenzen heen in politiek en cultuur*, worden ondergebracht. Er bestaat een voornemen om in de naaste toekomst een vierde traject *Wetenschapsgeschiedenis* te ontwikkelen. De medische geschiedenis zal daar deel van uitmaken. Op dit moment kunnen studenten die zijn ingeschreven als hoofd- of bijvakstudent geschiedenis in de masterfase het Basisprogramma en het Leeronderzoek van het Mastertraject Medische Geschiedenis volgen in de vorm van een combinatie van twee tutorials, die elk goed zijn voor 10 ECTS. Of en zo ja hoe het tutorial van 15 ECTS dat in de toekomst zal worden aangeboden door het mastertraject ook voor studenten Letteren beschikbaar zal kunnen worden gemaakt dient nader te worden onderzocht.

3 VU-FALW

Bij de VU-faculteit algemene Levenswetenschappen wordt het mastertraject aangeboden bij twee studierichtingen.

Master Gezondheidswetenschappen

Als Minor medische geschiedenis

12 ECTS

Officieel kan alleen het Basisprogramma worden gevolgd

Master Biomedische Wetenschappen

Als minor medische geschiedenis

20 ECTS

4 Leiden: LUMc

Sinds medio 2007 bestaat de afspraak dat het Mastertraject open staat voor Leidse studenten geneeskunde biomedische studenten Er is een enquête uitgevoerd naar belangstelling van LUMc-studenten. Die bleek te bestaan.

Verder betaalt LUMc vanaf 2007 voor de duur van drie jaar mee aan de financiering van de master, ter grootte van 0,1 fte. De Leidse Faculteit Letteren houdt ieder poging tot opname in het keuzepakket af. Met enige regelmaat schrijven Leidse studenten zich in.

Masterstudenten Geneeskunde

In masterjaar 3 (jaar zes) kiezen studenten voor een wetenschapsstage van 14 ECTS en verder voor onderwijs in de vrije keuzeruimte van 14 ECTS. Studenten mogen stage en keuzeruimte in diverse varianten combineren (vergelijkbaar met VUMc). Eindverantwoordelijk voor wetenschapsstages is prof.dr. M. Daha, voor keuzeruimte de examencommissie.

Studenten Biomedische wetenschappen

Studenten biomedische wetenschappen in Leiden kunnen het mastertraject medische geschiedenis onderbrengen in één van de vijf specialisaties (communication; education; health) van het programma Frontiers of science en/of elective area. Het neemt dan de vorm aan van een combinatie van een module van vier weken, een module van 6 weken en een korte stage. De totale studiebelasting is dan 20 ECTS. Studenten kunnen ook het basisprogramma medische geschiedenis volgen als Keuzevak aan het eind van masterjaar 1 (Elective area)

5 UMC-Maastricht

Vanaf 2009 kunnen geneeskunde studenten van de Faculty of Health, Life Sciences and Medicine in Maastricht in hun derde masterjaar inschrijven voor het mastertraject Medische Geschiedenis in het kader van hun stage Wetenschapsparticipatie (WESP). De WESP heeft een duur van 18 weken, ofwel 18 x 1,43 ECTS = 25,7 ECTS. Maastrichtse studenten zullen dus naast hun mastertraject extra onderwijs van 5,7 EC (ongeveer 4 weken) moeten worden aangeboden, enigszins vergelijkbaar met tutorials in Leiden en Amsterdam. Het mastertraject wordt digitaal aangeboden via ELEUM.

De procedure in Maastricht is als volgt: Studenten die hun M2 hebben behaald kunnen schriftelijk 'solliciteren' bij de afdelingen die stages aanbieden. Voor semester 1 gebeurt dat in januari-maart, voor semester 2 in juni-augustus. De definitieve aanmelding voor stages in semester 2 moet uiterlijk 15 augustus zijn geregeld. Voor medische geschiedenis geldt dus dat eventuele sollicitaties van Maastrichtse studenten in mei-augustus zullen plaatsvinden.

Als studenten uit Maastricht uiterlijk 15 augustus hun keuze voor medische geschiedenis hebben gemaakt, dan moet coördinator medische geschiedenis uiterlijk 15 september de eventueel toegewezen plaatsen aan Maastricht garanderen. Vergelijkbaar met de procedure aan het VUMc moeten studenten vooraf een protocol voor hun stage schrijven met vraagstelling ed. Dit moeten studenten doen in hun eigen tijd. Dit protocol moet worden goedgekeurd door commissie stages.

Toetsing

- Bijhouden van participatiefolio
- Drie maal 360 graden feedback door docent
- Mondelinge presentatie
- Schriftelijk verslag
- Beoordeling via een (kwalitatieve) vierpuntsschaal: onvoldoende, voldoende, goed, uitmwendend

Samenvatting officiële instroommogelijkheden mastertraject medische geschiedenis					
		Semester 1	Semester 2		
			Basisprogramma MG (4 febr – 20 maart; 10 EC)	Leeronderzoek MG (1 april – 10 juni; 10	Mogelijk Tutorial
1	VUmc		Keuzeonderwijs master (10 EC)		4 EC
2	VUmc		Wetenschappelijke stage (20 EC)		
3	VUmc		Combinatie wetenschappelijke stage (20 EC)– Keuzeonderwijs (14 EC)		14 EC
4	LUMc geneesk		Combinatie Wetenschapsstage (14 EC) – Vrije keuzeruimte (6 EC)		-
5	LUMc geneesk		Combinatie Wetenschapsstage (14 EC) – Vrije keuzeruimte (6 EC)		8 EC
6	LUMc geneesk		Vrije keuzeruimte (10-14 EC)		4 EC
7	VU-FALW Gezhwet		Master Minor Med. Geschiedenis (12 EC)		-
8	VU-Biomed.		Master minor medische geschiedenis (20 EC)		-
9	LUMc-biomed.		Minor Bachelor jaar 3 (14 EC)		4 EC
10	LUMc biomed.		Keuzevak master 1 (elective area)	Keuzevak master 1 (elective area)	-
11	LUMc biomed		Keuzemaster Frontiers of science (Education; Health (20 EC)		-
12	VU-letteren		Master cultuurgeschiedenis periode 1	Master cultuurgeschiedenis periode 2	-
13	UMC Maastricht		In het kader van WESP aan het eind van de masterfase (25,7 EC)		5-6

BIJLAGE 2 HET BASISPROGRAMMA

Het basisprogramma omvat veertien bijeenkomsten verspreid over twaalf weken. Het programma is ieder jaar in grote lijnen hetzelfde. Een enkele keer is van gastdocent gewisseld. Onderstaand overzicht heeft betrekking op het academisch jaar 2009-2010.

Alle colleges vinden, tenzij anders aangegeven, plaats in VU hoofdgebouw lokaal 11A-12

Dag 1. woensdag 3 februari

10:00 – 11:00 prof.dr. E.S. Houwaart; dr. H. de Waardt

Ontvangst; inleiding aangaande opzet en inhoud van het traject; rondleiding VU

11:00 – 13:00 prof.dr. E.S. Houwaart

Medische geschiedenis als historische en medische subdiscipline

14:00 - 17:00 prof.dr. H.F.J. Horstmanshoff

Ziekte, arts en patiënt in de Grieks-Romeinse Oudheid

Dag 2. vrijdag 5 februari

10:00 – 13:00 dr. H. de Waardt

De grens tussen reguliere en irreguliere geneeskunde: humoraalpathologie, magia en medicina

14:00 – 17:00 prof.dr. E.S. Houwaart

Geneeskunde en natuuronderzoek, 1500-1800

Dag 3. woensdag 10 februari

10:00 – 13:00 prof.dr. F. Huisman

De medische markt

14:00 – 17:00 prof.dr. F. Huisman

Gezondheidspolitiek 18de eeuw

Dag 4. vrijdag 12 februari

10:00 - 13:00 prof.dr. R. Kruk

Ziekte en gezondheid in de traditionele islamitische cultuur

14:00 – 17:00 prof.dr. T. Pieters

De geboorte van de kliniek

Dag 5. woensdag 17 februari

Dagthema: Ziekte en geneeskunde 19de eeuw. Gestructureerde verandering

10:00 – 11:00 prof.dr. T. Pieters en drs. R.A.A. Vonk

Naar een wetenschappelijke vraagstelling 1

11:00 - 13:00 prof.dr. M. van Lieburg

Organisatie, wetgeving, beroepsstructuur

14:00 – 17:00 prof.dr. E.S Houwaart
Gezondheidspolitiek 20ste eeuw

Dag 6. vrijdag 19 februari

Dagthema: Medische concepten, 1750-1940

10:00 – 13:00 prof.dr. H. Beukers
Concepten in fysiologie en pathofysiologie vanaf 1750

14:00 – 17:00 prof.dr. E.S. Houwaart
Van chirurgisch theater naar OK. Wetenschappelijke heelkunde en de doorbraak van het chirurgisch ziekteconcept 1880-1940.

Dag 7. woensdag 3 maart

Dagthema: De ontwikkeling van medicamenteuze interventies vanaf 1850

10:00 – 10:45 prof.dr. H. Beukers
10:45 – 11:30 mw. dr. A.I. Bierman
11:30 – 12:15 prof.dr. T. Pieters
13:00 - 16:00 aansluitende onderzoeksopdrachten
16:00 – 17:00 rapportage van bevindingen

Dag 8. vrijdag 5 maart

Dagthema: Biomedisch onderzoek 20ste eeuw

10:00 – 11:00 prof.dr. T. Pieters en drs. R.A.A. Vonk
Naar een wetenschappelijke vraagstelling 2
11:00 -13:00 prof.dr. H. Beukers
1ste helft 20ste eeuw. casus: klinische fysiologie in Nederland, begin 20ste eeuw
14:00 – 17:00 prof.dr. T. Pieters; dr. S.A.M. Snelders
2de helft 20ste eeuw. Casus: ontwikkeling van concepten, diagnostiek en therapie betreffende kanker.

Dag 9. woensdag 10 maart

Dagthema: Economie 19de/20ste eeuw

10:00 – 13:00 prof.dr. T.E.D. van der Grinten
Politieke economie van de moderne geneeskunde (macro socio-economische invalshoek)
14:00 – 17:00 dr. K.P. Companje en drs. R.A.A. Vonk
Staat: tot waar en niet verder? Over de regeling van publieke en private verzekering van zorg door overheid en maatschappelijk middenveld 1900-2006

Dag 10. vrijdag 12 maart

Dagthema: Psychiatrie

10:00 – 13:00

Excursie Museum Het Dolhuys

Schotersingel 2, Haarlem

023 – 5410670; www.hetdolhuys.nl

14:00 – 15:30 prof.dr. J. Vijselaar

Psychiatrie

15:30 – 17:00 mw.dr. G. Blok

Heroriëntatie van de psychiatrie: via antipsychiatrie naar vermaatschappelijking

Dag 11. woensdag 17 maart

Dagthema: De geschiedenis van de medische en sociaal-culturele ontwikkelingen op het gebied van verslaving en psychotrope stoffen

10:00 – 11:00 prof.dr. T. Pieters en drs. R.A.A. Vonk

Naar een wetenschappelijke vraagstelling 3

11:00 – 13:00 prof.dr. T. Pieters

Historisch overzicht

14:00 – 16:00 dr. G. Blok

Geschiedenis van de verslavingszorg in Nederland

Dag 12. vrijdag 19 maart

Afrondende zitting

10:00 – 12:30

Toets

13:00 – 16:15 Kernstaf

Referaten door deelnemers (in twee groepen)

16:30 – 17:30 Kernstaf

Nabespreking en vaststellen cijfers Basisprogramma

BIJLAGE 3 HET LEERONDERZOEK

Het leeronderzoek omvat acht bijeenkomsten verspreid over acht weken. Het programma is ieder jaar in grote lijnen hetzelfde. Een enkele keer is van gastdocent gewisseld. Onderstaand overzicht heeft betrekking op het academisch jaar 2008-2009.

Alle colleges worden, tenzij anders aangegeven, gegeven in lokaal 11A-12

Dag 1. Woensdag 31 maart

10:00 – 13:00 Kernstaf

Peer Review 1: Presentatie van individuele onderzoeksplannen

14:00 – 17:00 prof.dr. F. Huisman

Techniek / Methodologie: Social history of medicine

Dag 2. Woensdag 7 april

10:00 – 13:00 dr. H. de Waardt en drs. R.A.A. Vonk

Voortgang individueel onderzoek / Wegwijs in archief en bibliotheek

14:00 – 17:00 prof.dr. J. Kennedy

Casus: Euthanasie en medische ethiek

Dag 3. Woensdag 14 april

Boerhaave museum Leiden,

Lange St. Agnietenstraat 10, 2312 WC Leiden.

Tel: 071-5214224, www.museumboerhaave.nl/intro.html

10:00 – 13:00 prof.dr. H. Beukers

Rondgang Boerhaave Museum (en Scalliger-Collectie?): Presentatie van medisch-historische objecten

14:00 - 17:00

Practicum: Onderzoek van objecten in het Boerhaave Museum te Leiden

Dag 4. Woensdag 21 april

10:00 – 11:00 dr. H. de Waardt en drs. R.A.A. Vonk

Voortgang individueel onderzoek

11:00 – 13:00 dr. H. De Waardt en drs. R.A.A. Vonk

Techniek / Methodologie: in kaart brengen en analyseren van netwerken

14:00 – 17:00 prof.dr. F.H. van Lunteren

Wetenschapsgeschiedenis als vorm van sociale geschiedenis

Casus: causaliteit en determinisme rond 1900

Dag 5. Woensdag 28 april

10:00 –13:00 Kernstaf

Peer Review 2

14:00 – 17:00 dr. F.W.A. van Poppel

Historische Demografie

Dag 6. Woensdag 12 mei

10:00 – 13:00 dr. L. Hesselink

Wat bepaalt het slagen van een dokter? Javaanse dokters, 1850-1900

14:00 – 17:00 dr. C.G van El

Techniek / Methodologie: Interview en witness seminar

Dag 7. Woensdag 19 mei

10:00 –13:00 Kernstaf

Presentatie van individuele onderzoeken

14:00 – 17:00

Presentatie van individuele onderzoeken

Dag 8. Vrijdag 11 juni (plaats wordt nader bekend gemaakt)

10:00 –13:00 besloten vergadering van de Kernstaf:

Vaststellen van de eindcijfers

14:00 – 15:00

Individuele gesprekken deelnemers en eerste begeleiders

15:30 – 16:30

Ondertekening en uitreiking certificaten

BIJLAGE 4 SELECTIE VAN BIJZONDERE OPDRACHTEN

A Opdracht voor elke bijeenkomst

Bij de synopses op blackboard staat telkens aangegeven of voorafgaand aan een college bepaalde literatuur dient te zijn doorgenomen. Stuur voordat het betreffende college begint via e-mail aan de coördinator (h.dewaardt@vumc.nl) een tekst toe van maximaal 250 woorden die bestaat uit de volgende twee onderdelen:

- 1 Kerncitaat. Citeer een zin (of twee verbonden zinnen) uit de tekst die de kern vormen van het expliciete of impliciete argument van de schrijver. Vermeld altijd de bladzijde.
- 2 Argument. Vat het argument van de schrijver samen in enkele zinnen. Vermeld zowel het standpunt dat verdedigd, als de mening die verworpen wordt.

B Peer review basisprogramma

Instructie

Het gaat er in het peer review om dat jullie, de deelnemers, elkaars plannen kritisch bespreken. Daartoe worden koppels gevormd. Van elk koppel treedt er een op als referent en de nader als coreferent. De referent presenteert zijn of haar onderzoek, de coreferent neemt het gepresenteerde kritisch door. De coreferent krijgt na de presentatie als eerste het woord en pas als hij/zij tevreden is kunnen de andere aanwezigen hun vragen stellen en kritische opmerkingen maken.

Het gaat in dit eerste peer review vooral om de onderzoeksmethode. Tijdens het referaat waarmee het Basisprogramma is afgesloten heeft elk van jullie een definitieve keuze gemaakt voor een onderzoeksvraag. Vanaf nu gaat het erom op die vraag en op de subvragen een zo doortimmerd mogelijk antwoord te geven. Daartoe is het noodzakelijk om goede bronnen te selecteren en die op de meest vruchtbare wijze te onderzoeken.

Elk van jullie treedt op als presentator van het eigen onderzoek en als coreferent.

Let er bij het maken van je presentatie op dat je vooral aandacht besteedt aan je

- Bronnenkeuze (waarom kies je die bronnen?)
- De manier waarop je de bronnen gaat onderzoeken
- De manier waarop je de gegevens die je uit je bronnen haalt (en die kunnen soms flink van elkaar verschillen, elkaar zelfs tegenspreken) met elkaar combineert om tot een consistent resultaat te komen

Het is uiteraard de taak van de coreferent om vooral op die aspecten te letten. Vind je de onderzoeksstrategie van de spreker verantwoord, uitvoerbaar, samenhangend? Voorzie je problemen bij de uitvoering van het onderzoek? Welke en waarom?

De groep wordt verdeeld in twee subgroepen. Per presentatie wordt in totaal een half uur uitgetrokken. Daarvan zijn tien minuten gereserveerd voor de presentatie, tien minuten voor de bespreking door de coreferent en tien minuten voor de algemene discussie.

Elke deelnemer schrijft een tekst waarin hij de bovenstaande punten van aandacht bespreekt en stuurt die uiterlijk maandagavond op naar de docenten en de andere deelnemers die bij zijn presentatie aanwezig zullen zijn. Iedereen leest deze teksten. De e-mailadressen zijn op Blackboard te vinden.

C Tweede peer review Leeronderzoek

Instructie

Op dit ogenblik zijn jullie begonnen met schrijven of jullie staan op het punt om daarmee te beginnen. Dit tweede peer review staat daarom niet meer op de eerste plaats in het teken van de definitieve vormgeving vraagstelling. Dat moet al zijn gebeurd. Het gaat nu vooral om de opzet van het onderzoeksverslag. Daarbij is het in deze fase van groot belang dat jullie je bewust worden van mogelijke losse eindjes in je aanpak. Als je je daarvan bewust bent kun je twee dingen doen: óf je geeft in je presentatie aan hoe je mogelijke lacunes in je gegevens gaat invullen, óf je laat zien dat je je er bewust van bent dat zulke losse eindjes nog bestaan maar geeft te kennen dat je er niet aan toe zult komen een of meer daarvan netjes af te hechten. Dat laatste hoeft geen probleem te zijn als het althans niet gaat om fundamentele gaten in je data. Geen enkele onderzoeker kan alle vragen beantwoorden, maar je moet je er wel van bewust zijn dat bepaalde vragen voor het moment onbeantwoord zullen blijven.

Stuur voorafgaande aan de bijeenkomst aan alle deelnemers en de kernstaf een tekst van maximaal 3.000 woorden toe met de volgende vorm:

- Je hoofdvraag en eventuele subvragen.
- De indeling van je werkstuk waarbij je het volgende format aan kunt houden.

Geef per hoofdstuk kort (mogelijk is de titel van het hoofdstuk al genoeg) aan wat je daarin zult behandelen.

- Titelpagina en eventueel een voorwoord.
- Hoofdstuk 1
 - i. Een overzicht van de relevante literatuur.
 - ii. De (ontwikkeling van de) vraagstelling
 - iii. Een beschrijving van de methodologie / je onderzoeks aanpak.
- In Hoofdstuk 2 en eventueel enkele volgende hoofdstukken biedt je een overzicht van je bevindingen. Doe dat aan de hand van je subvragen, dus per hoofdstuk of paragraaf wordt een subvraag beantwoord.
- Tenslotte een concluderend hoofdstuk waarin de bevindingen uit de voorgaande hoofdstukken worden samengevat, de hoofdvraag wordt beantwoord en eventuele lacunes / aanzetten voor verder onderzoek worden genoemd.
- Opgave van gebruikte bronnen en literatuur.
- Een beschrijving van eventuele problemen die je nu hebt met de laatste loodjes. Zijn die inhoudelijk van aard of technisch/onderzoeksmatig? Probeer die zo goed mogelijk te beschrijven, zo krijg je zelf een scherper beeld van mogelijke problemen en geef je ook je lezers een duidelijk beeld.

Stuur je tekst uiterlijk twee dagen voor het peer review naar de andere deelnemers en de leden van de kernstaf. Lees de teksten van de andere deelnemers en vooral van degene wiens/wier presentatie je moet bespreken door voor aanvang van de zitting.

De zitting duurt drie uur. Er is dus tijd genoeg voor een grondige gedachtewisseling. Elke bespreking duurt maximaal drie kwartier en heeft de volgende structuur:

- Presentatie van maximaal 10 minuten door de referent waarbij de nadruk ligt op genoemde problemen en/of lacunes.
- Reactie door de coreferent van eveneens maximaal 10 minuten
- Reactie door eerste begeleider van weer maximaal 10 minuten.

D Toets en presentatie basisprogramma

Op vrijdag 20 maart wordt zoals bekend het Basisprogramma afgesloten. Daarbij worden van jullie twee prestaties verwacht, een toets en het presenteren van een essay.

1. De toets vindt plaats van 10:00 tot 12:30 en bestaat uit een essay opdracht. Je krijgt de keuze uit drie verschillende opdrachten en schrijft ter plekke een essay van minimaal 1.000 en maximaal 2.000 woorden. De opdrachten/mogelijke thema's zijn gebaseerd op de stof die in de afgelopen zeven weken aan de orde is geweest. Je mag alles meenemen dat je denkt nodig te kunnen hebben. Het is mijn advies om in ieder geval uitdraaien van de opdrachten mee te nemen die je voor elke bijeenkomst hebt gemaakt en eventueel ook de teksten die als verplichte literatuur zijn opgegeven. Maar die zijn dan vooral bedoeld als naslagmogelijkheid.

2. De presentatie van de referaten vindt in twee groepen plaats van 13:00 tot 16:15. De groepsindeling en de plaatsen waar de referaten worden gepresenteerd worden nog bekendgemaakt. Voor ieder van jullie zijn drie kwartier beschikbaar inclusief discussie. Het referaat zelf duurt maximaal 30 minuten (d.w.z. telt maximaal 2.500 woorden) en heeft de volgende structuur:

- a. Status questionis: presenteer het thema van het onderzoek dat je tijdens het Leeronderzoek wilt gaan doen en geef een overzicht van de relevante literatuur.
- b. Onderzoeksvraag: formuleer zo scherp mogelijk je hoofdvraag en je subvragen.
- c. Methodologie: licht toe hoe je je onderzoek gaat uitvoeren. Heb je een onderzoeksplan ontwikkeld? Welke bronnen ga je raadplegen en hoe ga je dat doen?

Van 16:30 tot 17:30 vergadert de kernstaf en stelt dan de cijfers vast van degenen die op die dag zowel een essay hebben geschreven als een referaat hebben gehouden.

BIJLAGE 5 WERKSTUKKEN MASTERTRAJECT MEDISCHE GESCHIEDENIS

Academisch jaar 2004-2005

KLASSIEKE GENEESKUNDE

- 1 Corien de Gier, *Helpen, niet schaden. De houding van artsen in casus uit het Corpus Hippocraticum ten aanzien van 'hopeloze gevallen'*
- 2 Hans Haak, *De 'anamnese' bij Rufus, Galenus en Soranus*

INTRODUCTIE VAN CONCEPTEN EN THERAPIEËN

- 3 Jaap Smit, *De ontvangst van Insuline door de artsen in Nederland*
- 4 Hans van Vliet, *Veranderingen in de behandeling van de ziekte kinkhoest tussen 1900 en 196*
- 5 Henk Menke, *Contagionisten versus anticontagionisten. De Nederlandse bijdrage aan de 19de eeuwse discussie rond lepra*

PSYCHIATRIE

- 6 Feikje van Stiphout, *Chaos of eenheid? De receptie van Kraepelin's 'dementia praecox' in Nederland*

ETHISCHE EN POLITIEKE ASPECTEN

- 7 Frits Schuitemaker, *'Nur ein guter Mensch kann ein guter Arzt sein' Hermann Nothnagel*
- 8 Han Habets, *Medische enquête en abortus provocatus in 1908. Treubs zoektocht naar de veroordeling van criminele abortus*
- 9 Laura de Jong, *Lehr- und Lernfreiheit. De bloei van de Weense geneeskunde in Vormärz en haar relatie tot het liberalisme*

FARMACIE

- 10 Huub Kisters, *De positie van de militaire apotheker in de militaire geneeskundige dienst in de periode 1813-1914*

GENEESKUNDE IN DE KOLONIËN

- 11 Liesbet Hesselink, *Hoe stonden de dokters djawa ten opzichte van de doekoens? De positionering van de westers opgeleide inheemse artsen ten opzichte van de traditionele inheemse geneeskundige behandelaars in Nederlands-Oost-Indië tussen 1893-1922*
- 12 Sjoerd Zondervan, *De ziekenhuizen van Nederlands Oost-Indië in de negentiende eeuw*

Academisch jaar 2005-06

KLASSIEKE GENEESKUNDE

1. Maartje van Wulfften Palthe, *De sociale implicaties van het hebben van een besmettelijke ziekte in de Griekse kolonie Metapontion, zuid-Italië 7e – 3e eeuw v. Chr.*

INTRODUCTIE VAN CONCEPTEN EN THERAPIEËN

2. Jelte Prins, *Albert Abrams, van regulier naar irregulier*
3. Reina de Raat, *Door Kunst hersteld; de opkomst van de tandheerkundig chirurgische prothetiek tot 1940*
4. Kees Simon, *Hendrik Zwaardemaker en zijn bioradioactiviteit. Een wetenschapshistorische verkenning van een experiment*
5. Michiel Stadman, *De berichtgeving over de Spaanse en Aziatische griepvloed in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*
6. Martine Kooiman, *Helicobacter pylori en de maagzweer. De opkomst van de biologische visie in de geneeskunde aan het einde van de 20e eeuw, geïllustreerd aan de hand van de ontdekking van Helicobacter pylori.*

ETHISCHE EN POLITIEKE ASPECTEN

7. Joke van Vels-van Dongen, *Walcheren fever, een Legerziekte van Pringle?*
8. Deirdre Boer, *De feministische kritiek op de obstetrische echografie: een analyse*
9. Stephanie Bindels, *Zorg van gunst naar recht. Over de juridisering van de arts – patiëntrelatie, resulterend in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst*
10. Nastaran Shekary, *Historisch overzicht van de abortus en de wetgeving 1800-1981*

Academisch jaar 2006-07

KLASSIEKE GENEESKUNDE

1. Jurgen Runge, *Het hart bij Homerus*

INTRODUCTIE VAN CONCEPTEN EN THERAPIEËN

2. Johan Koekkoek, *De kindsheid voorbij: Nederlandse ontwikkelingen in het ziektebegrip van hersentumoren tussen 1890 en 1950*
3. Gerhard Broers, *De variolatie-discussie. Meningsverschillen binnen het medisch vertoog van de 18de eeuw over de gevaren van de inenting tegen de kinderpokjes*

PSYCHIATRIE

4. Alexandros Mavromatidis, *Tussen twee culturen. depersonalisatie in het DSM tijdperk*

ETHISCHE EN POLITIEKE ASPECTEN

5. Jan Peter Verhave, *Paul de Kruif*

GENEESKUNDE IN DE KOLONIËN

6. Jacomien Rook, *Zowel zijn lichaam als zijn ziel. De medische zending in Nederlands-Indië 1894 – 1934*
7. Ton Zwaard, *De gezondheidszorg in Azië in de 18e eeuw: organisatie en bestuur door de Verenigde Oost-Indische Compagnie*

FARMACIE

8. Arie van Loenen, *De ontwikkeling en het gebruik van fenacetine in Nederland. Honderd jaar fenacetine, Is dat niet te lang?*

PARAMEDISCHE GESCHIEDENIS

9. Mireille Hoffmann, *Arnhemse Meisjes: een geschiedenis van het verplegend personeel in het Gemeente Ziekenhuis Arnhem 1848 – 1914*

NIET-HUMANE GENEESKUNDE

10. Erik Jan Tjalsma, *Dierenarts tussen snijhond en schoothond*

Academisch jaar 2007-08

KLASSIEKE GENEESKUNDE

1. Abdul Haq Compier, *Vesalius' Paraphrase van Rhazes: context en betekenis*
2. Cornelis van Tilburg, *Een heilzame vergissing. Het faecaliënprobleem van Grieken tot Gouwenaars*

INTRODUCTIE VAN CONCEPTEN EN THERAPIEËN

3. Janette Rahamat-Langendoen, *De constructie van influenza tijdens influenzapandemieën in Nederland 1880-1970*
4. Ria van Hes, *Dansen rond de stamboom. Van chorea hereditaria adultorum naar ziekte van Huntington 1872-1983*
5. Jip Tolenaar, *Geschiedenis van de Schildklierchirurgie: Van experiment tot inzicht*

PSYCHIATRIE

6. Elzemarijke Deen, *Schizofrenie en erfelijkheid*
7. Mathijs Slotboom, *Militaire psychiatrie in Nederland. De opvang van Nederlandse militairen tussen 1945-1965*

ETHISCHE EN POLITIEKE ASPECTEN

8. Hannah van den Ende, *Goedgekeurd? De geschiedenis van de medische afdeling van de Joodsche Raad voor Amsterdam*
9. Jasper van Keulen, *Dossier Mengele. Beeldvorming rond de gevreesde arts*

Academisch jaar 2008-09

INTRODUCTIE VAN CONCEPTEN EN THERAPIEËN

1. Anneliene Jonker, *Ricketts: a story of framing a disease*
2. Marjolijn ten Doesschate, *Trachoomdiscussie in Amsterdam*

3. Wiebe Meijer, *Crohn 1932, De directe gevolgen voor de Nederlandse patiënt van de ontdekking van een nieuwe ziekte in 1932*
4. Irma Peters, *De Nederlandse antirooklobby in de jaren '50. Een veld van artsen tegen artsen en een plek voor KWF Kankerbestrijding*

VROEGMODERNE GENEESKUNDE

5. Judith Copier, *Petitus versus Blankaart. Een tranenstrijd tussen aristotelici en cartesianen*
6. Harry Hillen, *Adrien Pelerin en het geneeskundig onderwijs aan de Illustre School te Maastricht in de achttiende eeuw*
7. Jos van Engelshoven, *Maastrichtse Geneeskundigen tijdens het Verenigd Koninkrijk der Nederlanden. Een inventarisatie van geneeskundige beroepsbeoefenaren in Maastricht tussen 1815 en 1830.*

Academisch jaar 2008-09

ETHISCHE EN POLITIEKE ASPECTEN

1. Albert Hijdra, *Van Geweten naar Wet. Over de totstandkoming van de Wet op het Medisch-Wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO), 1945-1999*

IRREGULIERE GENEESKUNDE

2. Didi Haghuis, *Irreguliere geneeskunde in de provincies Gelderland en Overijssel in de negentiende eeuw.*

INTRODUCTIE VAN CONCEPTEN EN THERAPIEËN

3. Elias van der Plicht, *De bestrijding van malaria op Walcheren, 1919-1924.*

SOCIALE GENEESKUNDE

4. Kim Jeurissen, *Duitse heroïneverslaafden in Amsterdam en de invloed op de Nederlandse verslavingszorg 1970 – 1990*

FARMACIE

5. Piet Vree, *De omslag in het titreren. Kwantitatieve chemische analyse in de Derde Uitgave van de Nederlandse Pharmacopee.*

VROEGMODERNE EN MIDDELEEUWSE GENEESKUNDE

6. Jurjem Breedijk, *De receptie van Ramazzini's werken, waaronder het handboek De Morbis Artificum Diatriba (1700), in de Nederlanden van 1690 tot 1800.*
7. Marieke Epping, Ruys, Boerhaave, Albinus, *Een Anatomische Driehoek in de Nederlanden.*
8. Romy Doornhouwer, *Geprakte kip, wijn en munt Middeleeuwse 'sick-dishes' in Hs 15 Gent.*
9. Wim Rakhorst, *Kermes minerale, conflictstof voor apothekers en medicinae doctores in Den Haag (1747).*

BIJLAGE 6 SELECTIE VAN PUBLICATIES VAN MASTERSTUDENTEN

- Haak, H., 'Het oog en het zien', *Geschiedenis der Geneeskunde* 12 (2008) 3: 155-164.
- Haak, H.L. en Horstmanshoff, H.F.J. (2006), 'De anamnese in de oudheid. De geneeskundige vragen van Rufus Ephesius', *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 150, 2825-2829
- Koekkoek J. Pieters T. (2008) Ontwikkeling van ziekteconcept, diagnostiek en neurochirurgische behandeling van hersentumoren in Nederland (1890-1950). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 152 (2008): 2810-6.
- Menke HE. Wille R-J. B. Faber WR. Pieters T. (2007) Bijdragen van Nederland en zijn koloniën aan de kennis over de oorzaak van lepra in de negentiende eeuw. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 150, 825-30.
- Peters, I., 'De Nederlandse antirooklobby in de jaren vijftig. Aanvulling', *Geschiedenis der Geneeskunde* 13 (2009) 4: 243-245.
- Peters, I., 'De Nederlandse antirooklobby in de jaren vijftig', *Geschiedenis der Geneeskunde* 13 (2009) 3: 161-166.
- Tilburg, C. van, 'Büchner en de Goudse grachten', *Geschiedenis der Geneeskunde* 12 (2008) 5: 5289-295.
- Vels-Van Dongen, J. van, 'Zeeuwse koorts of Engelse ziekte?', *Geschiedenis der Geneeskunde* 11 (2007) 5: 302-312.

Eerste terugkomdag 30 maart 2007

Graag willen wij alle (oud) deelnemers aan het mastertraject medische geschiedenis bij de vakgroep Metamedica van de VUmc uitnodigen voor een middagbijeenkomst op vrijdag 30 maart 2007 in het open Depot van het Universiteitsmuseum te Utrecht. Al tijdens de studie viel op hoe interessant het was om met elkaar over medisch historisch onderzoek te praten en te overleggen. De communicatie over de gemeenschappelijke interesse bleek al spoedig zijn vruchten af te werpen; gegevens werden uitgewisseld en daar waar mogelijk toegepast.

Om het contact tussen de deelnemers aan het mastertraject en de huidige promovendi te bevorderen en elkaar op te hoogte te stellen van zijn bezigheden op medisch historisch gebied hebben vier oud deelnemers in samenspraak met Prof. Dr. E.S. Houwaart een bijeenkomst georganiseerd.

Het programma zal naast enkele presentaties van (oud)deelnemers van het mastertraject over hun huidige onderzoek binnen de medische geschiedenis, ook voorzien in een bijdrage van Prof dr. E.S. Houwaart en Prof.dr. F Huisman. Voorafgaand aan de bijeenkomst is er gelegenheid tot het bezoeken van de tentoonstelling *Bodybeeld, het menselijk lichaam ontleed*.

Het programma:

13.00 uur	Ontvangst met koffie en thee
13.00 –14.00 uur	Gelegenheid tot bezichtigen <i>Bodybeeld, het menselijk lichaam ontleed</i>
14.00- 14.15	Opening door Prof E.S. Houwaart
14.15- 14.44	Lezing oud student
14.45-15.15	Kees Simon, De verbeelding van het brein
15.15-15.30	Pauze
15.30-16.00	Uitleg over de tentoonstelling ' <i>Bodybeeld, het menselijk lichaam ontleed</i> ' door Reina de Raat, conservator medische collecties
16.00-16.30	Prof.dr. F. Huisman, Van Vesalius tot plastinaat
16.30- 17.00	Prof E.S. Houwaart afsluiting en gelegenheid tot discussie

Na afloop biedt de directie van het Universiteitsmuseum alle deelnemers een borrel aan in het museumcafé, het Zaadhuis. Aanmelden voor 1 maart via e-mail: r.deraat@uu.nl
Aan de middag zijn verder geen kosten verbonden.

Adres: Universiteitsmuseum Utrecht
Lange Nieuwstraat 106
3512PN Utrecht
Tel 030-2538028

Met vriendelijke groeten,
Mw. drs. J. Vels- van Dongen, historicus
Drs. J. Prins, bedrijfsarts
Drs. K. Simon, radioloog
Mw. drs. R de Raat, conservator medische collecties Utrecht

Tweede terugkomst 28 maart 2008

Graag willen wij alle (oud) deelnemers aan het mastertraject medische geschiedenis bij de vakgroep Metamedica van de VUmc en andere geïnteresseerden uitnodigen voor een middagbijeenkomst op vrijdag 28 maart. De middag heeft als doel om het contact tussen de deelnemers aan het mastertraject, onderzoekers en geïnteresseerden te bevorderen en hen op de hoogte te houden van activiteiten op medisch historisch gebied. Na een succesvolle eerste bijeenkomst in 2007 in het Universiteitsmuseum Utrecht heeft de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde aangeboden dit jaar als gastheer op te treden.

Programma:

13.00	ontvangst
13.30-13.40	Opening , Reina de Raat, voorzitter commissie voorjaarsbijeenkomst Medische Geschiedenis
13.40-13.45	De medisch historische bibliotheek van het NTVG , Joost Gijselhart, bibliothecaris NTVG
13.45-14.30	Curing with water in the 19th century Hillary Marland Professor of History, Director of the Centre for the History of Medicine, University of Warwick
14.30-15.00	Geschiedenis van de neurochirurgie Johan Koekoek, student geneeskunde Universiteit Utrecht
15.00- 15.45	pauze In de pauze geeft Joost Gijselhart een rondleiding in de bibliotheek van het NTVG .
15.45- 16.15	De 'anamnese' en lichamelijk onderzoek ten tijde van Hippocrates Hans L. Haak, internist
16.15-17.00	17^{de} eeuwse medici en het gebruik van de bibliotheek Harm Beukers, Scaliger hoogleraar Universiteit Leiden
17.00 -17.10	Afsluiting Eddy Houwaart, hoogleraar geschiedenis van de geneeskunde VUmc Amsterdam
17.10	Hapje en drankje aangeboden door NTVG

Dagvoorzitter: Erik Jan Tjalsma

Aanmelden voor 15 maart via e-mail: r.deraaf@uu.nl

Aan de middag zijn verder geen kosten verbonden.

Adres: Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
Johannes Vermeerstraat 2
1071DR Amsterdam

Wij, oud deelnemers van het mastertraject, hopen u op 28 maart te mogen begroeten :

Hans Haak, internist, (2005)

Reina de Raat, conservator medische collecties Universiteitsmuseum Utrecht (2006)

Kees Simon, radioloog (2006)

Joke van Vels van Dongen, historica (2006)

Arie van Loenen, ziekenhuisapotheker, klinisch farmacoloog (2007)

Erik Jan Tjalsma, dierenarts (2007)

Derde terugkomst 27 maart 2009

Graag willen wij alle (oud) deelnemers aan het mastertraject medische geschiedenis bij de vakgroep Metamedica van de VUmc en andere geïnteresseerden uitnodigen voor een middagbijeenkomst op vrijdag 27 maart. De middag heeft als doel om het contact tussen de deelnemers aan het mastertraject, onderzoekers en geïnteresseerden te bevorderen en hen op de hoogte te houden van activiteiten op medisch historisch gebied. Na een succesvolle eerste bijeenkomst in 2007 in het Universiteitsmuseum Utrecht en in 2008 bij het de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde heeft ook dit jaar het NTVG dit jaar zich bereid verklaard gastheer te zijn voor deze bijeenkomst

Programma:

13.00	ontvangst
13.30-13.45	Opening door NTVG prof dr. J. Van Gijn
13.45-14.30	Minerva's Owl: Struggle and Wisdom in Early Modern Medicine prof. Harold Cook , Director of The Wellcome Trust Centre for the History of Medicine
14.30-15.00	De medische afdeling van de Joodse Raad in Amsterdam tussen 1941-1943. Hannah van den Ende, huisarts i.o. (jaar 2008)
15.00- 15.45	Pauze mogelijkheid tot rondleiding in de bibliotheek
15.45- 16.30	NSB kinderen en de last van hun verleden J. Hofman, psychiater .
16.30-17.00	De Arabische arts Rhazes in het oeuvre van Andreas Vesalius (1514-1564) Abdul Haq Compier, student geneeskunde (jaar 2008))
17.00 -17.10	Afsluiting Eddy Houwaart, hoogleraar geschiedenis van de geneeskunde VUmc Amsterdam
17.10	Drankje aangeboden door NTVG

Dagvoorzitter: drs. Erik Jan Tjalsma

Aanmelden voor 15 maart via e-mail: r.deraaf@uu.nl

Aan de middag zijn verder geen kosten verbonden.

Adres: Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
Johannes Vermeerstraat 2
1071DR Amsterdam

Wij, oud deelnemers van het mastertraject hopen u op 27 maart te mogen begroeten
Hans Haak, internist, (2005)
Arie van Loenen, Ziekenhuisapotheker, klinisch farmacoloog (groep 2007)
Reina de Raat, conservator medische collecties Universiteitsmuseum Utrecht (2006)
Kees Simon, radioloog (2006)
Joke van Vels van Dongen, historicus (2006)
Erik Jan Tjalsma, dierenarts (2007)

Vierde terugkomst 26 maart 2010

Voorjaarsbijeenkomst medische geschiedenis

Graag willen wij alle (oud) deelnemers aan het mastertraject medische geschiedenis bij de vakgroep metamedica van het VUmc en andere geïnteresseerden, uitnodigen voor een Voorjaarsbijeenkomst / Terugkomst op vrijdag 26 maart 2010. De bijeenkomst heeft tot doel het contact tussen de deelnemers van het mastertraject, onderzoekers en geïnteresseerden onderling te bevorderen en elkaar op de hoogte te houden van activiteiten op medisch historisch gebied.

Na een eerste bijeenkomst in 2007 in het Universiteitsmuseum Utrecht en in 2008 en 2009 bij de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde heeft ook dit jaar de Vereniging zich bereid verklaard gastheer te zijn voor deze bijeenkomst

Programma

13.00 - 13.15 Ontvangst

13.30 - 13.45 **Opening**

13.45 - 14.30 **Victorie of nederlaag? Drinkwaterfluoridering in Nederland 1946 -1976**

Dr Dennis Edeler

14.30 - 15.00 **De Nederlandse antirooklobby in de jaren vijftig**

Irma Peters MA (studiejaar 2009)

15.00 - 15.45 **Pauze.**

Voor geïnteresseerden een rondleiding door de medisch historische bibliotheek NTVG door Drs. Joost P. Gijssels, bibliothecaris NTVG

15.45 - 16.30 **Van parelziekte naar Q-koorts. Veterinair en Volksgezondheid 1850-2010**

Prof. dr. Peter Koolmees, hoogleraar geschiedenis van de diergeneeskunde, Utrecht

16.30 - 17.00 **Rachitis: omljsting van een heropkomende ziekte**

Anneliene Jonker, B.Sc. (studiejaar 2009)

17.00 - 17.10 **Het opzetten van een Kennisnetwerk Medische Geschiedenis**

Drs. Robert Vonk, VUmc, Amsterdam

17.10 - 17.15 **Afsluiting**

Prof. dr. Eddy Houwaart, hoogleraar geschiedenis van de geneeskunde VUmc, Amsterdam

17.15 Drankje aangeboden door het NTVG

Dagvoorzitter: drs. Erik Jan Tjalsma

Aanmelden voor 15 maart via e-mail: renjvanvels@casema.nl

Aan de middag zijn verder geen kosten verbonden.

Adres: Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

Johannes Vermeerstraat 2

1071 DR Amsterdam

Bereikbaarheid: per trein vanaf het Centraal Station Amsterdam tram 2 of 5, halte Museumplein of Rijksmuseum

Wij, oud studenten van het mastertraject hopen u op 26 maart te mogen begroeten

Frits Schuitemakers, internist/ intensivist (studiejaar 2005)

Reina de Raat, conservator medische collecties Universiteitsmuseum Utrecht (2006)

Joke van Vels van Dongen, historicus (2006)

Erik Jan Tjalsma, dierenarts (2007)

Arie van Loenen, ziekenhuisapotheker, klinisch farmacoloog (2007)

BIJLAGE 8 DE DOCENTEN

De kernstaf

Prof.dr. Harm Beuker (UL)
Prof.dr. Manfred Horstmanshoff (UL)
Prof.dr. Eddy Houwaart (VUmc)
Dr. Hans de Waardt (VU, VUmc)
Prof.dr. Toine Pieters (VUmc)

De gastdocenten

Dr. Olga Amstedamska (UvA)
Dr. Annette Bierman (UL)
Dr. Gemma Blok (UvA)
Dr. Karel Peter Companje (VUmc)
Prof.dr. Karel Davids (VU)
Dr. Carla van El (VUmc)
Prof.dr. Willem Frijhoff (VU)
Dr. Leonie de Goei (KNHG)
Prof.dr. Tom van der Grinten (EUR)
Drs. Bart Grob (Museum Boerhaave)
Prof.dr. Frank Huisman (UU, UM)
Dr. Ton Kappelhof (ING)
Prof.dr. James Kennedy (UvA)
Prof.dr. Remke Kruk (UL)
Prof.dr. Mart van Lieburg (EUR, RUG)
Prof.dr. Frans van Lunteren (VU)
Prof.dr. Bertie Lumey (Columbia University New York)
Prof.dr. F.J. Meijman (VUMC)
Prof.dr. Frans van Poppel (NIDI)
Prof.dr. Catrien Santing (RUG)
Dr. Stephen Snelders (VUmc)
Dr. Jaap van der Stel (GGZ inGeest)
Prof.dr. Jan Vandenbroucke (LUMC)
Prof.dr. Joost Vijselaar (UU)

BIJLAGE 9 SELECTIE VAN SYNOPSES VAN DE STUDIEONDERDELEN

SYNOPSIS BASISPROGRAMMA

I SYNOPSIS ZIEKTE, ARTS, PATIËNT IN DE GRIEKS-ROMEINSE OUDHEID

Algemeen

‘De geneeskunst bestaat uit drie elementen: de ziekte, de zieke en de arts. De arts is de dienaar van de geneeskunst. De zieke moet zich met de arts tegen de ziekte teweestellen.’ (Hippocrates, Epid. 1.11)
De ‘pest’ van Athene (430 v C) is door Thucydides zo nauwkeurig beschreven, dat hedendaagse medici, steeds opnieuw, trachten een retrospectieve diagnose, ook wel ‘leunstoeldiagnose’ genoemd, te stellen, zonder tot een eensluidend oordeel te komen. Waarom zou dat zo moeilijk zijn?

Inhoud

De ziekte

In het eerste uur wordt een overzicht gegeven van het beschikbare bronnenmateriaal, in de eerste plaats de tekst van de Atheense geschiedschrijver Thucydides, die zelf aan de ziekte heeft geleden en haar gedetailleerd heeft beschreven. Ook zal worden besproken welke betrouwbare medisch-historische informatie we aan zijn tekst kunnen ontleen.

Vervolgens zal, exemplarisch, een artikel aan de orde komen dat een ‘leunstoeldiagnose’ stelt, namelijk influenza. Daartegenover staat een visie die de mogelijkheid van een retrospectieve diagnose in alle gevallen, dus ook in dit geval, volstrekt afwijst.

De arts

In het tweede uur wordt kennis gemaakt met de geneeskunde uit de tijd van Thucydides, in de eerste plaats de Hippocratische geneeskunde. Aan de hand van oorspronkelijke teksten, in vertaling, wordt nagegaan wat het niveau en het karakter van die geneeskunde was. Extra aandacht zal worden besteed aan die elementen uit de Hippocratische geneeskunde die tot in de Nieuwe Tijd hun invloed hebben behouden, zoals de humorenleer en de *sex res non naturales*. Met de verworven kennis wordt de pestbeschrijving van Thucydides herlezen en geplaatst in de context van zijn werk.

De patiënt

In het derde uur komt de vraag aan de orde tot wie de patiënt zich kon wenden. De Atheense pest dient weer als casus. Wat was de rol van de goden? Hoe verhielden tempelgeneeskunde (Asklepioscultus) en Hippocratische geneeskunde zich tot elkaar? Hierbij past ook aandacht voor de sociale geschiedenis van de geneeskunde. Wat waren de sociale en religieuze gevolgen van de epidemie. Leidde zij tot ontwrichting? Tot en verval van normen en waarden? Tot anomie?

Vorm

Hoorcollege en werkcollege

Eindtermen

1. Deelnemers hebben overzichtskennis van de geneeskunde van de oudheid en van de bronnen die bij de bestudering van dat thema kunnen worden gebruikt
2. Deelnemers zijn in staat zelfstandig een onderzoeksthema te kiezen binnen het thema de oudheid en (eventueel in overleg met de docent) een onderzoeksvraag te formuleren.

Docent

Prof.dr. H.F.J. (Manfred) Horstmanshoff

Leerstof

Verplichte literatuur

A.D. Langmuir e.a., ‘The Thucydides syndrome’, *The New England Journal of Medicine* 313/161 (1985) 1027-1030.

K.H. Leven, “‘At times these ancient facts seem to lie before me like a patient on a hospital bed’ – retrospective diagnosis and ancient medical history”, in: H.F.J. Horstmanshoff en M. Stol (red.), *Magic and Rationality in Ancient Near Eastern and Graeco-Roman Medicine* (Leiden 2004) 369-386.

II SYNOPSIS ZIEKTE EN GEZONDHEID IN DE TRADITIONELE ISLAMITISCHE CULTUUR

Algemeen

Allereerst worden basisbegrippen besproken: wat bedoelen we in dit verband met “traditioneel” en “islamitisch”? Er zal blijken dat “traditioneel” loopt van 600 tot heden, en dat “islamitische” verwijst naar een cultuur, en niet per se naar de islamitische godsdienst. Daarna kijken we naar de manier waarop iemand binnen een traditionele islamitische context (bijvoorbeeld iemand die in de 11^e eeuw in Bagdad, Cairo of Damascus leefde) aankeek tegen ziekte, of tegen lichamelijk disfunctioneren in het algemeen. Verschillende verklaringsmodellen komen daarbij ter sprake, waarbij de nadruk zal liggen op de “geleerde” benadering van ziekte en gezondheid, namelijk de Hippocratisch-Galenische zienswijze. Deze was namelijk in de islamitische cultuur van overheersend belang. In dat opzicht sluit de islamitische cultuur naadloos aan bij de Grieks-Romeinse oudheid aan de ene kant, en bij de premoderne Europese wereld aan de andere kant. Een goed begrip van deze zienswijze is mede van belang omdat de invloed ervan ook in de moderne tijd niet geheel verdwenen is.

Vorm

Eerste deel hoorcollege (1 à 1,5 uur); daarna worden in groepjes van max. 4 personen vragen besproken, waarop men aan de hand van beschikbare literatuur antwoorden moet vinden. Daarna bespreking van de gevonden resultaten.

Eindtermen

De deelnemer heeft een globaal idee van de historische periode en het geografisch gebied dat ter sprake is gekomen.

De deelnemer is in staat kort de basisprincipes te schetsen waarop de heersende geleerde opinie over het functioneren van het menselijk lichaam berustte, en ook een idee hebben van de manier waarop het medisch bedrijf functioneerde.

De deelnemer moet in staat zijn zelfstandig een onderzoeksthema te kiezen binnen het thema “Ziekte en gezondheid in de traditionele islamitische cultuur” en (eventueel in overleg met de docent) een onderzoeksvraag te formuleren.

Docent(en)

Prof. dr. Remke Kruk

Leerstof

Geef de titels van monografieën en artikelen die tijdens het college aan de orde komen en van literatuur die als beginpunt kan dienen voor verder onderzoek, bijv. voor studenten die (verg. eindterm 3) een onderzoek zouden willen doen dat aansluit bij het door jou behandelde thema.

Medieval Islamic Medicine. Ibn Ridwan’s Treatise “On the Prevention of Bodily Ills in Egypt”, transl.

With an introduction by Michael W. Dols (Berkely [etc] 1984) 3-73

Remke Kruk, ‘Het artsenberoep in het middeleeuwse Arabische discours’, *Gewina* 21 (1998) 94-107.

Voorbeelden onderzoeksthema’s:

- De menselijke onderkaak: bestond hij uit een of twee delen?
- Gebruik en nut van de tandenstoker
- De menselijke embryologie
- De rol van psychische factoren bij ziekte
- “Profetische geneeskunde”: aard en rol

Voor al deze thema's biedt Porman en Savage-Smith, *Medieval Islamic Medicine* goede aanknopingspunten wat literatuur betreft. De docent kan aansluitend daaraan hulp bieden.

III SYNOPSIS GRENS TUSSEN REGULIERE EN IRREGULIERE GENEESKUNDE

Algemeen

Tot ver in de vroegmoderne periode werd in de geneeskunde expliciet rekening gehouden met de mogelijkheid dat de menselijke gezondheid kon worden beïnvloed door immateriële krachten die zich bevonden buiten het domein van de natuur, c.q. het empirisch waarneembare. Van deze krachten werd verondersteld dat zij ofwel op eigen initiatief, ofwel op instigatie van menselijke actoren het lichamenlijk of geestelijk welbevinden van mensen of dieren beïnvloedden. Dit ingrijpen kon zowel een positieve als een negatieve uitwerking hebben, m.a.w. ziekte kon er door worden veroorzaakt, maar kon er ook door worden genezen. In ieder geval moest een genezer bij diverse therapeutische handelingen rekening houden met de invloed van dergelijke krachten.

Inhoud

Een belangrijk element van het magisch denken is de overtuiging dat buitennatuurlijke krachten kunnen worden gemanipuleerd en tot op zekere hoogte gedwongen om bepaalde gewenste effecten te bewerkstelligen.

Om dit mogelijk te maken werden specifieke technieken gebruikt. Veel van deze technieken werden afgeleid van de werkwijzen van aangrenzende specialismen. Waarzeggers, duivelbanners en onttovenaars gingen vaak te werk op een manier die sterk leek op wat geestelijken deden tijdens een exorcisme. Anderzijds sloten zij aan bij de humoraal-pathologie door bijvoorbeeld bepaalde lichaamsvloeistoffen zoals bloed, urine en in het geval van vee ook melk nauwgezet te observeren en op basis van wat zij zo waarnamen uitspraken te doen over de lichamenlijke en mentale situatie van hun patiënten maar ook over de kwaliteit van hun sociale netwerk.

Aan de hand van de visie op demonische bezetenheid en de manier waarop deze aandoening werd behandeld zullen verschillende aspecten van het magisch denken over ziekte en gezondheid worden behandeld. Tijdens dit college komen de volgende aspecten aan de orde:

1. Causaliteit in het magisch wereldbeeld
2. De relatie tussen het domein van de natuur en dat van de preter- en/of bovennatuur.
3. De interpretatie van preter-natuurlijke verschijnselen.
4. Het doorleven van magische voorstellingen over ziekte en gezondheid tot op de dag van vandaag.

Vorm

Werkcollege. Na een inleiding door de docent zullen gezamenlijk enkele bronnen worden geanalyseerd.

Eindtermen

1. Na het volgen van dit onderdeel heeft de deelnemer een duidelijke indruk van het magisch wereldbeeld, d.w.z. van een wereldbeeld waarin natuur en preternatuur nauw met elkaar interfereren, meer in het bijzonder waarin de menselijke gezondheid direct of indirect kan worden beïnvloed door krachten die buiten het domein van de natuur, c.q. het empirisch waarneembare, zijn gelokaliseerd.
2. De deelnemer heeft inzicht in de relatie tussen de vorm van causaliteit die kenmerkend is voor het magisch denken en de maatschappelijke context waarin deze manier van denken functioneert.

3. De deelnemer is in staat zelfstandig binnen het onderzoeksthema ‘Gezondheid en magisch denken’ (eventueel in overleg met de docent) een onderzoeksvraag te formuleren.

Docent

Dr. J.H.M. de Waardt

Leerstof

Verplichte literatuur

Waardt, Hans de, ‘Chasing demons and curing mortals. The Medical Practice of Clerics in the Netherlands’, in: Hilary Marland; Margaret Pelling (red.), *The task of healing. Medicine, religion and gender in England and the Netherlands, 1450-1800* (Rotterdam 1996) 171-203.

Waardt, Hans de, ‘Breaking the boundaries. Irregular healers in eighteenth-century Holland’, In: M. Gijswijt-Hofstra, H. Marland, H. de Waardt (red.), *Illness and healing alternatives in Western Europe* (Londen 1997) 141-160.

IV SYNOPSIS GENEESKUNDE EN NATUURONDERZOEK 1500-1800

Algemeen

Wie wil begrijpen hoe de natuurwetenschappen hun rol in de westerse samenleving (en dus ook de geneeskunde) hebben verkregen, doet er verstandig aan terug te gaan naar de periode van de Renaissance en de Reformatie (vijftiende - zeventiende eeuw). In deze periode vonden ingrijpende veranderingen plaats in de wetenschapsbeoefening, uitlopend op Newtons formulering van de grondslag van de klassieke mechanica in de *Philosophiae naturalis principia mathematica* (1687) - een grondslag waarop men twee eeuwen lang met een gerust hart de rest van de wetenschap meende te kunnen bouwen. Deze veranderingen - door sommige historici met de term wetenschappelijke revolutie aangeduid - worden gekenmerkt door de vervanging van de aristotelische natuurwetenschap door de klassieke fysica, en door het zoeken naar een nieuw fundament voor zekere kennis. In dit kader groeide de belangstelling voor de wiskunde, maar was er ook een toegenomen aandacht voor de zintuiglijke ervaring (waarneming, het doen van experimenten) als bron en rechtvaardiging van kennis. Volgens de wetenschapshistoricus E.J. Dijksterhuis nam men sindsdien een geheel nieuw standpunt in ten aanzien van de natuur: het substantiële denken, dat naar het wezen der natuur vroeg, werd vervuuld voor het functionele denken, dat de gedragingen der dingen in hun onderlinge afhankelijkheid wil vaststellen. De behandeling der natuurverschijnselen in woorden wordt opgegeven voor een mathematische formulering van de daarin waargenomen relaties. Of, zoals één van de personages in Galilei's *Dialogo over de twee voornaamste wereldstelsels* (1632) het stelde: ‘Waarlijk begin ik in te zien dat de logica, hoewel een zeer uitstekend instrument om onze rede te leiden, niet is te vergelijken met de scherpte der meetkunde om de geest ontvankelijk te maken voor een ontdekking’.

Inhoud

We zien een groep mensen op het toneel verschijnen die menen dat de ‘waarheid’ niet per definitie kan worden ontleend aan de werken van traditionele autoriteiten, maar ontdekt moet worden, en dat deze ‘waarheid’ ook niet definitief is maar op basis van verdere ervaring herzien kan worden. Deze cultuuromslag had grote gevolgen voor de geneeskunde. Het eeuwenoude bouwwerk van de klassieke, in het bijzonder Galenische geneeskunde, raakte onder invloed van Aristotelisch geïnspireerde kritieken, zelfstandig, empirisch anatomisch en botanisch onderzoek en fysische en chemische experimenten in verval. Dit verval betrof niet alleen de klassieke, geneeskundige theorieën die eeuwenlang door gezaghebbende tekstgeleerden werden gedoceerd, maar ook de therapeutische praktijk. Men kwam in aanraking met en sprak over nooit eerder waargenomen ziekten waartegen alleen volkomen nieuwe geneesmiddelen werkzaam zouden zijn. Daarnaast groeide de betekenis van de chirurgijns die steeds vaker met nieuwe instrumenten heelkundige ingrepen uitvoerden. In de loop van de zeventiende eeuw

was er een bloeiende medische onderzoekstraditie ontstaan (anatomie; fysiologie; chemie; botanie), maar was het geneeskundig denken in Europa ook in diverse scholen uiteengevallen.

In dit programmaonderdeel wordt een inleiding gegeven op dit proces van verval in de Galenische fysiologie en op de opkomst van de Renaissance-anatomie en de mechanistische fysiologie die vooral in de achttiende eeuw heeft gefloreed. Tegelijkertijd wordt besproken tot welke nieuwe methoden van onderzoek de natuuronderzoekers van de zestiende en zeventiende eeuw kwamen en hoe tijdgenoten – in reactie daarop – op zoek gingen naar een nieuwe grondslag van ware kennis.

Vorm

Hoorcollege

Eindtermen

De doelstelling van dit onderdeel is dat studenten kennis maken met:

1. Na het volgen van dit onderdeel heeft de deelnemer overzichtskennis van de omwentelingen in de zestiende en zeventiende eeuw op het terrein van het natuuronderzoek en met de mathematische en de experimentele methode van onderzoek in de geneeskunde.
2. De deelnemer heeft inzicht in het proces van de opkomst van het mechanisme in het natuuronderzoek en de geneeskunde en de functie van de belangrijkste kennistheoretische beginselen die door tijdgenoten, in het kader van reflectie op deze omwenteling, zijn opgesteld: rationalisme en empirisme.
3. De deelnemer is in staat om zelfstandig binnen het thema ‘De relatie tussen geneeskunde en natuuronderzoek na 1500’ (eventueel in overleg met de docent) een onderzoeksvraag te formuleren.

Docent

Prof.dr. E. Houwaart.

Leerstof

Verplichte literatuur

Porter, R. (ed.) *The Cambridge illustrated history of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996, 154-177 (= hoofdstuk 5, Medical science); verschillende exemplaren in bibliotheek metamedica aanwezig.

Ackerknecht, E. H. (1982 Revised edition). *A Short History of medicine*. Baltimore, Johns Hopkins U.P. Hoofdstuk 9 Renaissance medicine; hoofdstuk 10 Medicine in 17th century, hoofdstuk 11 Medicine in the 18th century

R. Porter, ‘The eighteenth century’. In: Lawrence, I. C., M. Neve, et al. (1995). *The Western Medical Tradition, 800 BC to AD 1800*. Cambridge, Cambridge University Press., 371-401.

Andrew Wear, ‘Medicine in early modern Europe, 1500-1700’. In: Lawrence, I. C., M. Neve, et al. (1995). *The Western Medical Tradition, 800 BC to AD 1800*. Cambridge, Cambridge University Press, 215 - 362.

V SYNOPSIS DE MEDISCHE MARKT

Inhoud

In de jaren tachtig van de vorige eeuw introduceerde de Angelsaksische ‘social history of medicine’ het marktperspectief in de medische historiografie. Van oudsher was de geschiedenis van de geneeskunde een zaak geweest van medici, die vooral geïnteresseerd waren in de ontwikkelingen in de geneeskunde als wetenschap. Een nieuwe generatie van medisch-historici (meestal niet-medici), wilde de plaats van de geneeskunde en haar beoefenaars in de samenleving als geheel analyseren. Zo ontstond een sociale

geschiedenis van de gezondheidszorg, die zowel de formele als de informele gezondheidszorg tot haar onderzoeksobjecten rekent.

Door de gezondheidszorg te bezien als een markt waarop de vraag naar en het aanbod van zorg samenkomen wordt men gedwongen buiten de grenzen van de 'klassieke' medische geschiedenis te treden. Op de 'gezondheidsmarkt' wordt veel meer aangeboden dan wetenschappelijk onderbouwde medische zorg (waarbij het overigens nog de vraag is volgens welke criteria 'wetenschappelijkheid' wordt gemeten). Medische wetenschap wordt niet langer beschouwd als de enige constituerende factor in de gezondheidszorg, maar als een van de vele. De gezondheidsmarkt wordt niet alleen in economische termen begrepen, maar ook aan sociaal-culturele processen (machtsrelaties, betekenisgeving) wordt een belangrijke structurerende rol toegekend. Hoewel de marktdynamiek ook tegenwoordig nog werkzaam is, gaat de belangstelling in deze module vooral uit naar de vroegmoderne periode.

Vorm

Hoorcollege

- Algemene inleiding op het thema
- Illustratie aan de hand van de casus Groningen

Eindtermen

1. De deelnemer heeft inzicht in zowel de economische als de sociaal-culturele dimensies van de gezondheidsmarkt; de rol van staatsinterventie; en de invloed van de 'therapeutische revolutie'.
2. De deelnemer is in staat een typologie te presenteren van markten, zowel synchroon (geografisch) als diachroon (temporeel).
3. De student is in staat zelfstandig een onderzoeksthema te kiezen binnen het thema 'de medische markt' en (eventueel in overleg met de docent) een onderzoeksvraag te formuleren.

Docent

Prof.dr. F. Huisman

Leerstof

Verplichte literatuur

Porter, Roy, 'The patient's view. Doing medical history from below', *Theory and society* 14 (1985) 175-198.

Gijswijt-Hofstra, Marijke, 'Geloven in genezen. Beschouwingen over recent onderzoek', in: Idem (red.), *Geloven in genezen. Bijdragen tot de sociaal-culturele geschiedenis van de geneeskunde in Nederland. Themanummer Volkskundig bulletin* 17 (1991) 118-142.

VI SYNOPSIS OVERHEIDSBELEID

Algemeen

Op dag 4 wordt ingegaan op de ontwikkeling van het overheidsbeleid op het terrein van gezondheidsvraagstukken, met bijzondere aandacht voor public health politiek, en de verhouding tussen centraal en lokaal beleid. De politiek en wetgeving voor de beroepsstructuur (1805/ 1815; 1865; 1901; 1933; 1981) en voor het hoger onderwijs, alsmede de historische ontwikkeling van verzekeringsystemen in diverse landen komen slechts in de kantlijn aan de orde.

Drie thema's staan centraal:

- Gezondheid en Verlichting
- Het liberale tijdperk
- De gezondheidszorg-staat 1880-1980

De deelnemers bereiden deze drie thema's voor door het lezen van literatuur en door het opstellen van een kort referaat over één van de twee tevoren aangereikte teksten over de twee laatst genoemde thema's .

Inhoud

Gezondheid en Verlichting

Tegen de achtergrond van Verlichtingsidealen, beschavingsoffensief (hygiëna privata) en een groeiend environmentalisme in de geneeskunde (neo-Hippocratisch denken) vanaf 1750 wordt ingegaan op onderzoek naar en praktijken rond de grote gezondheidsproblemen van eind achttiende en begin negentiende eeuw. Er wordt veel aandacht geschonken aan het concept 'medische politie', bijvoorbeeld op het terrein van demografie, de geneeskundige plaatsbeschrijving, militaire geneeskunde, verloskunde, de bouw van nieuwe ziekenhuizen, de quarantaine, het opsluiten van psychiatrische patiënten en de vaccinatie. Meer in de kantlijn komt aan de orde het ontstaan van een nieuwe beroepspolitiek.

De onderwerpen kunnen worden besproken aan de hand van ontwikkelingen in Oostenrijk-Hongarije, Duitse staten, Zweden. Goed materiaal is tevens beschikbaar over het Franse resp. Napoleontische gezondheidsbeleid en de Bataafse Republiek. Daarnaast kan worden ingegaan op het werk van J.P. Frank, J. van Geuns of Jeremy Bentham. Napoleontisch-administratief-repressief apparaat, nieuwe ziekenhuisbouw.

Het liberale tijdperk

Aandacht voor de herleving van verlichtingsidealen in het kader van het ontstaan van een 'liberale democratie' en van industrialisatie vanaf 1830. Daarbij worden opvattingen en activiteiten van de hygiënisten in Engeland, Frankrijk, Duitsland, België en Nederland besproken. Gedacht kan worden aan Chadwick, Farr, Villermé, Virchow en Nederlandse hygiënisten. De volgende aspecten van dit tijdperk komen in het bijzonder aan de orde:

1. Liberale wetgeving vanaf 1840 en de bestrijding van epidemieën. Met bespreking van de liberale verhouding tussen lokaal en centraal beleid.
2. Een nieuw overheidsbeleid voor het medisch beroep en het hoger onderwijs.
3. De geboorte van een nieuwe epidemiologie.
4. Sanitaire politiek (riool, drinkwater, vuilverwijdering, openbare gebouwen, vaccinatie, voorlichting) en het ontstaan van de volksgezondheid.
4. Het ontstaan van de eerste internationale regelingen.

De gezondheidszorg-staat 1880-1980

Onder dit thema komt de ontwikkeling van de moderne verzorgingstaat aan de orde, met sociale en gezondheidswetgeving. Aspecten van deze periode die aandacht krijgen:

1. De voortzetting van de sanitaire politiek, vooral op lokaal niveau; de bloeitijd van de gemeentelijke, sociaal-democratische gezondheidspolitiek.
2. De komst van de sociale en verzekeringswetgeving vanaf 1880.
3. De komst van de consultatiebureaus, Kruiswerk en de tuberculosebestrijding. Grote verschillen tussen landen.
4. Crisis rond de medische professie, uitmondend in een regulering van de medische markt en specialisering in de jaren twintig.
5. De stichting van overheidsinstellingen voor research en preventie, zoals het RIVM.
6. De opkomst van het plandenken in het interbellum.
7. De gezondheidswetgeving na 1945 met o.m. aanpassingen aan technologische ontwikkelingen.

Vorm

Thema 1 (gezondheidspolitiek van de Middeleeuwen tot ca. 1840):
Hoorcollege

- Algemene inleiding op het thema (typologie van relaties tussen staat en samenleving; diachroon overzicht van de situatie in de Republiek, De Bataafs-Franse tijd en de periode Willem I)
- Illustratie aan de hand van de casus-Groningen en de Natuur- en Geneeskundige Correspondentie-Sociëteit

Docenten

Prof.dr. E.S. Houwaart; prof.dr. F. Huisman

Eindtermen

1. De deelnemer is op de hoogte van de belangrijkste kenmerken van de gezondheidspolitiek in Europa ten tijde van de Verlichting en heeft inzicht in de historische ontwikkeling van het liberale gezondheidsbeleid in Europa van de negentiende eeuw.
2. De deelnemer kan de historische ontwikkeling van het gezondheidsbeleid in de negentiende eeuw toelichten aan de hand van de situatie in één van de grote Europese landen of Nederland.
3. De deelnemer heeft inzicht in de historische ontwikkeling van staatsinterventies op het terrein van de volksgezondheid na 1880 en kan voor tenminste twee Europese landen de kenmerkende verhouding tussen publieke en private zorgarrangementen beschrijven voor de periode 1880-1980.

Leerstof

Verplichte literatuur

Fox, Daniel M., 'Medical institutions and the state' in: W.F. Bynum en Roy Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* 2 dln. (Londen 1993) dl. 2, 1204-1230

Porter, Dorothy, 'Public health', *Ibidem*, 1231-1261.

E.S. Houwaart, *De Hygiënisten*. Amsterdam: 2004.

VII SYNOPSIS ORGANISATIE, WETGEVING EN BEROEPSSTRUCTUUR

Algemeen

In dit onderdeel wordt behandeld de geneeskunde als vakgebied en als beroep in de negentiende eeuw. De behandelde periode vangt aan omstreeks de nasleep van de Franse Revolutie en eindigt omstreeks 1914. De twee belangrijkste thema's van dit onderdeel zijn *Organisatie, wetgeving en beroepsstructuur* en *de opkomst van de natuurwetenschappelijke geneeskunde*. De beide thema's worden niet noodzakelijkerwijs op identieke wijze voor de volledige periode uitgewerkt.

Inhoud

Organisatie, wetgeving en beroepsstructuur

Bij dit thema wordt stil gestaan bij de bijzondere structuur van het medisch beroep tussen 1815 en het begin van de 20^e eeuw, wanneer de moderne specialisering langzaam gestalte krijgt. Drie aspecten van het thema komen aan de orde:

1. De betekenis van het bestaan van twee geneeskundige standen voor ten eerste de medische praktijk en voor ten tweede de geneeskundige kennisontwikkeling.
2. De rol van de medische Genootschappen en de oprichting en lotgevallen van de in 1849 opgerichte NMG.
3. De veranderingen in de arts-patiënt relatie, gedurende deze periode: van patronage, thuisbezoek en armenzorg naar de spreekkamer.

Opkomst van natuurwetenschappelijke geneeskunde

Bij dit thema ligt de nadruk op de geneeskunde als vakgebied in de jaren 1840-1900. In deze periode dringen inzichten uit natuurwetenschappen (fysica, chemie, fysiologie) door in het geneeskundig denken en handelen. Gedacht kan worden aan de opkomst van het laboratorium als onderzoeks- resp. onderwijsplaats en als diagnostisch middel, aan het groeiend gebruik van instrumenten bij onderzoek, diagnostiek en therapie. In het verlengde daarvan kunnen aan de orde komen de betekenis van enkele onderzoekers (bijvoorbeeld: J. Müller, R. Virchow, Cl. Bernard, J. Moleschott, Helmholtz; E. du Bois-Reymond), of van de komst van de eerste leerstoelen PA, fysiologie, medische chemie en microbiologie. In verband kan aandacht worden geschonken aan een bespreking van materialistische en deterministische concepten in het medisch-wetenschappelijk denken en de spanning tussen wetenschap en geneeskunst.

Onderwijsvorm

Hoorcollege

Eindtermen

1. De deelnemer kent de belangrijkste veranderingen in de medische beroepsstructuur in de negentiende eeuw en is in staat aan te geven hoe de beroepsstructuur de ontwikkeling van medische kennis heeft beïnvloed en omgekeerd.
2. De deelnemer kent de belangrijkste innovaties die de zogenaamde ‘Franse Klinische School’ na 1800 te weeg heeft gebracht en kan aangeven waaruit de zogenaamde natuurwetenschappelijke wending in de geneeskunde in de negentiende eeuw bestond.
3. De deelnemer is in staat zelfstandig een onderzoeksthema te kiezen binnen een van de behandelde thema’s en (eventueel in overleg met de docent) een onderzoeksvraag te formuleren.

Docenten

Prof.dr. M. van Lieburg

Leerstof

Verplichte literatuur

Lieburg, M.J. van, ‘Geneeskunde en medische professie in het genootschapswezen van Nederland in de eerste helft van de negentiende eeuw’, *De Negentiende Eeuw* 7 (1983) 123-145. (Blackboard)

Lieburg, M.J. van, ‘De tweede geneeskundige stand (1818-1865). Een bijdrage tot de geschiedenis van het medisch beroep in Nederland’, *Tijdschrift voor Geschiedenis* 96 (1983) 433-453. (Ordner)

M.J. van Lieburg, *In het belang van wetenschap en kunst. Een beknopte geschiedenis van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst* (Rotterdam 1999) 11-23, 65-97.

E.S. Houwaart, ‘De modernisering van de gezondheidszorg en de geneeskunde in de negentiende eeuw’, in: B.J.M. Aulbers (red.), *De Huisarts van toen. Een historische benadering* (Rotterdam 1995) 9–33.

Perneel, P.G.M.G. *Het beroepsjournaal van dr. J.F.Ph. Hers, arts te Oud-Beijerland (1881-1915). Een reconstructie van een plattelandspraktijk omstreeks 1900* (Rotterdam 2000) Paragraaf 5.3 ev. of deel van hoofdstuk 7 of hoofdstuk 8.

Literatuursuggesties voor verder onderzoek

Houwaart, E.S. *De Hygiënist. Artsen, staat en Volksgezondheid in Nederland 1840-1890* (Groningen 1991) hoofdstuk 6.

VIII SYNOPSIS VAN CHIRURGISCH THEATER NAAR OK

Algemeen

Op deze dag komen twee onderwerpen aan de orde:

1. De opkomst van de moderne heekunde in Europa en de Verenigde Staten en de gevolgen daarvan voor de theoretische basis van de geneeskunde als geheel.
2. Het karakter van de heekunde als theoriegeladen medisch vakgebied waarvan een intellectuele geschiedenis valt te schrijven.

Inhoud

Omstreeks 1900 stond de heekunde in hoog aanzien, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg. In de ogen van het publiek en van veel medici kon de heekunde in therapeutisch opzicht als een van meeste succesvolle vormen van medische hulpverlening worden gezien. Sommige met naam en toenaam bekende chirurgen stonden zelfs als helden te boek in kranten, tijdschriften en de beeldende kunsten.

Deze vooraanstaande positie van de heekunde is opmerkelijk, wanneer we ons bedenken dat hij nauwelijks een halve eeuw eerder het vakgebied nog maar weinig sociale status had en in voorgaande eeuwen altijd als het minst aanzienlijke medisch specialisme werd gezien. In de loop van de negentiende eeuw was de heekunde echter diepgaand veranderd op het gebied van anatomische kennis, van het instrumentengebruik en van de chirurgische vaardigheden. Er was een ‘science of surgery’ ontstaan die volop kansen kreeg zich te ontplooiën in de omgeving van nieuw gebouwde ziekenhuizen. Het gevolg was een sociale opwaardering van het beroep chirurg. Vormden aderlaten en de behandeling van beenulcera (amputaties) tot 1800 nog de belangrijkste bronnen van inkomsten van chirurgen, 75 jaar later konden veel chirurgen operaties uitvoeren aan buikorganen, grote vaten, slokdarm en gewrichten. Nog geen generatie daarna zijn de heekunde en de medische wetenschappen vrijwel geheel geïntegreerd en zijn de chirurg en de operatiekamer een icoon van de moderne geneeskunde en gezondheidszorg geworden.

Even opmerkelijk als de omslag in het medisch handelen is het feit dat chirurgen en medisch-historici in het verleden weinig studie hebben gemaakt van de historische ontwikkeling van de moderne heekunde. In veel gevallen wordt de heekunde bovendien als een vanzelfsprekend, geheel empirisch georiënteerd vakgebied beschreven, waarvan de vooruitgang op sterke persoonlijkheden en nieuwe technieken is gebaseerd. Een belangrijke uitzondering was de Amerikaanse medisch-historicus Owsei Temkin. Hij heeft bijna in zijn eentje getracht een intellectuele geschiedenis van de heekunde op te stellen door de introductie van het ‘chirurgische ziekteconcept’ dat kon concurreren met andere medische ziekteconcepten. In het verlengde daarvan heeft de medisch-historicus Gert Brieger de succesvolle opkomst van de zogenaamde conservatieve heekunde (lees: conserverende heekunde) als de belangrijkste oorzaak beschreven van de verbreiding van de chirurgie in de ziekenhuizen na 1850. Daarmee keerde hij zich tegen een technologisch-deterministische trend in de geschiedschrijving, aangezien hij niet in de eerste plaats de anesthesie en de antisepsis aanwees als reden voor de doorbraak van de heekunde. Vervolgens beschrijft Brieger de komst van de zogenaamde radicale heekunde, met de appendectomie als paradigmatische interventie en met de Amerikaanse chirurg William S. Halsted als belangrijke vertegenwoordiger. Deze volledig op genezing van de patiënt gerichte aanpak vormde volgens Brieger de basis voor de grote medische, sociale, en politieke successen van de heekunde na 1900.

In dit programmaonderdeel wordt de professionele en wetenschappelijke doorbraak van de heekunde omstreeks 1900 besproken en wordt onderzocht in hoeverre de historiografie van Temkin, Brieger en anderen aanknopingspunten biedt voor nadere analyse van de 20^e eeuwse heekunde.

Vorm

1. Deelnemers analyseren voorafgaande aan het college een tekst en bestuderen enkele realistische schilderijen waarop chirurgische theaters 1874-1910 staan afgebeeld.
2. Tijdens het college worden de conclusies van studenten besproken.
3. Nadere uitleg van historiografie en historische ontwikkeling in collegevorm.

Eindtermen

1. De deelnemer kan de medische vooronderstellingen en de interventies benoemen op basis waarvan de heekundige benadering van ziekte en therapie tussen 1875 en 1914 gezichtsbepalend voor de gezondheidszorg is geworden.

2. De deelnemer heeft inzicht in de verschillende historiografische posities in de beschrijving van de moderne heelkunde en is in staat de ontwikkeling van de moderne heelkunde in verband te brengen met professionele, institutionele en technologische veranderingen.
3. De deelnemer is in staat zelfstandig binnen het onderzoeksthema 'Wetenschappelijke heelkunde en de doorbraak van het chirurgisch ziekteconcept' (eventueel in overleg met de docent) een onderzoeksvraag te formuleren.

Docent

Prof. dr. E.S. Houwaart

Leerstof

Verplichte literatuur

Gert H. Brieger, 'From conservative to radical surgery in late nineteenth century America', in : Lawrence, Christopher (red.) *Medical Theory, Surgical Practice. Studies in the History of Surgery* (Londen en New York 1992) 216-231.

Lawrence, Christopher, 'Democratic, divine and heroic: the history and historiography of surgery', *ibid.*, 1-47.

Porter, Roy, 'Hospitals and surgery', in: Porter, R. (red.), *The Cambridge Illustrated History of Medicine* (Cambridge 1996) 224- 245.

IX SYNOPSIS TWEEDE HELFT 20^E EEUW

Algemeen

Als iets de geschiedenis van 'berichten van het kankerfront' kenmerkt dan is het wel de schier eindeloze cycli van belofte, hoop en teleurstelling. In tegenstelling tot ziekten als polio, pokken of tuberculose valt er zelfs met enige goede wil uit de geschiedenis van kanker geen medische triomftocht te destilleren.

Juist als medisch open eind biedt de geschiedenis van de strijd tegen kanker daarom bij uitstek een vruchtbare ingang voor de bestudering van de productie van 'feiten' en 'waarden' in de geneeskunde en gezondheidszorg.

Medisch historici, filosofen en antropologen hebben de afgelopen twee decennia laten zien dat iedere generatie, iedere cultuur en iedere gebruik(st)er op geheel eigen wijze gezondheidsproblemen definieert, benadert en aanpakt. Anders gezegd, ziekte- en behandelconcepten, diagnose en therapie krijgen betekenis in relatie tot de periode én de context van hun gebruik. Begin 21^{ste} eeuw wordt bijvoorbeeld door wetenschappers, artsen, en patiënten en in de publieke meningsvorming op andere wijze omgegaan met kanker dan een eeuw geleden. Er worden andere grenzen getrokken tussen gezond en ziek, behandelbaar en onbehandelbaar of bespreekbaar en onbespreekbaar.

In dit werkcollege zal bestudeerd worden hoe in de afgelopen honderd jaar veranderingen en aanpassingen in het landschap van kennis en technieken rond de omgang met kanker door onderzoekers, artsen, patiënten en het grote publiek hun beslag hebben gekregen.

Inhoud

Het internationale onderzoek naar de verschillende vormen van kanker, als specifieke medische aandoeningen, neemt vanaf het midden van de negentiende eeuw nieuwe vormen aan. Onderzoekers in met name Duitsland, Groot-Brittannië en Frankrijk gingen zich op geleide van de pathologie-anatomie en de microscopie op systematische wijze bezighouden met onderzoeksvragen als: Wat is kanker voor ziekte? Hoe ontstaat het? Wat is het beloop van de ziekte? En hoe dient kanker gedefinieerd te worden? Uitgaande van de het nieuwe laboratoriumconcept van de cel als drager van ziekte en gezondheid (cel-pathologische benadering) van de Duitse patholoog Rudolf Virchow (1821-1902) ontstaat een levendige internationale discussie. Een andere Duitse patholoog, Wilhelm Waldeyer (1837-1921) speelt een centrale rol in het bereiken van internationale consensus over de volgende onderscheidende criteria van kanker:

Goed- en kwaadaardige gezwellen onderscheiden zich niet alleen van elkaar maar ook van ontstekingszwellingen.

Tumorcellen ontwikkelen zich door ontregeling van 'normale' cellen, die zich versneld gaan delen. Verspreiding van een tumor treedt op door actieve of passieve verplaatsing van tumorcellen. Dit kan lokaal plaatsvinden maar ook systemisch door transport van kankercellen via het bloed, de lymfe of andere lichaamsvloeistoffen.

Hiermee was een werkbaar kader gecreëerd voor een veelbelovend onderzoeksveld. Onderzoekers richtten vervolgens de aandacht op de mogelijke oorzaken van kanker. Uitgaande van de notie van een meer of minder vruchtbare voedingsbodem voor kanker ging men op zoek naar endogene kankerfactoren (familiale predispositie, erfelijke eigenschappen) en exogene factoren (emoties, kwetsuren, chemische stoffen of micro-organismen). Het zeer succesvolle bacteriologische onderzoeksprogramma van Louis Pasteur (1822-1896) en Robert Koch (1843-1910) liet daarbij ook het kankeronderzoek niet onberoerd. Aan het eind van de negentiende eeuw kwam een nadruk in de wetenschappelijke zoektocht te liggen op het vinden van een kankerveroorzakend micro-organismen.

Opvallend is de eclectische wijze waarop artsen het nieuwe celpathologische kankerconcept combineerden met klassieke humoraal pathologische ideeën over de circulatie van kankergif. In de medische literatuur treffen we allerlei mengvormen aan van lokale en meer constitutionele benaderingen van kanker. Geleidelijk verschoof de medische benadering van kanker als een constitutionele ongeneeslijke aandoening naar kanker als een lokaal te behandelen ziekte.

Bij de behandeling van kanker namen artsen en patiënten in het algemeen een afwachtende houding aan. Met pappen en nathouden stelden arts én patiënt een risicovolle en pijnlijke verwijdering van het kankergezwellen zolang mogelijk uit. Door de introductie van nieuwe verdovingsmiddelen en anti-infectiemiddelen verbeterde de prognose en reputatie van chirurgische interventies. In samenhang hiermee nam de frequentie en omvang van de chirurgische interventies toe en kreeg het histologisch onderzoek een nieuwe impuls. Er is sprake van een toenemende differentiatie in de duiding van kanker als een ziekte met verschillende levensfasen en met een voorgeschiedenis. Bij de diagnose en therapie van kanker vertaalt dit zich in een geleidelijke verschuiving richting vroege herkenning en interventie.

Vanaf omstreeks 1910 steeg kanker met stip op de medische én publieke agenda door een toenemende zichtbaarheid en volgens sommigen sterke toename van de sterfte aan kanker. Epidemiologische studies lieten zien dat er sprake is van toenemende ziekte en sterfte door kanker. Daarmee boden deze studies de nieuwe organisaties ter bestrijding van kanker een belangrijk argument voor de concentratie van onderzoeksmiddelen bij gespecialiseerde kankerklinieken, kankerlaboratoria en kankerinstellingen.

Het 'cancerologische' onderzoek (later omgedoopt tot 'oncologisch' onderzoek) werd 'volwassen' en groeide uit tot een internationaal erkend specialistisch medisch-wetenschappelijk onderzoeksveld met eigen tijdschriften en bijeenkomsten. Dit ging gepaard met een proces van professionalisering en institutionalisering dat ook op andere medische terreinen manifest werd. Hierbij moesten nieuwe grenzen worden getrokken tussen 'bonafide' en 'malafide' geneeswijzen bij kanker.

De introductie van nieuwe kostbare röntgen- en radiumtechnologie bevorderde de centralisatie van kennis en expertise in gespecialiseerde instituten. De nieuwe stralenbehandelingen boden een beloftevolle uitbreiding van de diagnostische en therapeutische mogelijkheden. Ze veroverden relatief snel een vaste plaats naast de scalpel. Met patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek onder één dak profileerden gespecialiseerde kankerziekenhuizen zich als centra van medische vooruitgang. Zij kregen hierbij in landen als bijvoorbeeld de Verenigde Staten en na de Tweede Wereldoorlog ook in Nederland alle medewerking van de succesvolle 'collectebus' fondsen op het gebied van kanker. In de publieke beeldvorming vochten chirurg, radioloog, patholoog en biochemicus zij aan zij tegen een gemeenschappelijke vijand: de oorlog tegen de gevreesde Krab. Bij het propageren van werken in teamverband speelden de kankercentra een pioniersrol in de ziekenhuisgeneeskunde.

Ook het kankeronderzoek veranderde van aard in de eerste helft van de twintigste eeuw. De aandacht verschoof van beschrijvende pathologie en histologie naar experimentele biochemie en proefdierstudies. Naast de microscoop gingen onderzoekers gebruik maken van proefdieren en

biochemische technieken. Hierbij werd de kankercel niet langer beschouwd als een ‘zwarte doos’. Men ging intracellulaire processen bestuderen met het doel inzicht te krijgen in het proces van kankervorming. Nog steeds werd hierbij aandacht geschonken aan zowel exogene en endogene onderzoeksbenaderingen.

Zonder overtuigend bewijsmateriaal vindt het idee van kanker als mogelijke infectieziekte weinig weerklank meer tegen 1940. Daarentegen wint het biochemische onderzoek naar kankerverwekkende stoffen als teer en kleurstoffen snel terrein. Ook is er net als bij andere ziekten toenemend onderzoek naar de rol van erfelijkheid. Nieuw in dit verband is het gebruik van grote gestandaardiseerde populaties van inteeltmuizen door met name Amerikaanse onderzoekers om onderzoek te doen naar mogelijke overervingsmechanismen bij kanker.

Het grootschalige Amerikaanse muizenonderzoek zet na de Tweede Wereldoorlog de toon. Het onderzoek neemt industriële proporties aan. Tegelijkertijd is sprake van een explosieve groei in de medische behandeling en zorg op het gebied van kanker. Bij de verspreiding en toegankelijkheid van kennis en expertise ligt de regie niet langer bij de collectebusfondsen. In de naoorlogse periode zet de overheid de toon. De strijd tegen kanker gaat veel meer dan voorheen onderdeel vormen van de politieke en beleidsagenda. Belangrijk in dit verband is de voortdurende wisselwerking tussen risicocalculatie, risicobeleving, de prioritering van risicofactoren en de waardering respectievelijk honorering van benaderingen in onderzoek en behandeling van kanker. Achtereenvolgens verschuift hierbij de aandacht naar:

Beroepsziekten

De zoektocht naar chemotherapeutica

Bevolkingsonderzoek naar frequent voorkomende vormen van kanker

Verminderen van de toxiciteit van kankerbehandelingen

De nieuwe genetisering

Vorm

Hoorcolleges met inleiding in de problematiek door achtereenvolgens Toine Pieters en Stephen Snelders. Vergelijkende bestudering van een aantal ter beschikking gestelde primaire bronnen in de vorm van artikelen uit medische tijdschriften en de Codex Medicus, met rapporteersessie. Het ligt in de bedoeling om studenten te laten ontdekken hoe de prioritering van risicofactoren en onderzoeks- respectievelijk behandelbenaderingen samenhangen.

Eindtermen

1. De deelnemer heeft een overzicht van de belangrijkste veranderingen in het onderzoek naar en de behandeling van kanker vanaf het eind van de 19^e tot het eind van de twintigste eeuw.
2. De deelnemer heeft inzicht in de verschuivingen van kankerconcepten in de 19^e en 20^e eeuw in de wisselwerking tussen wetenschappelijk en publiek terrein op het gebied van kanker en ook in de politieke, sociale en culturele veranderingen in relatie tot het onderzoek naar kanker en de behandeling en preventie van kanker.
3. De deelnemer is in staat zelfstandig een onderzoeksthema te kiezen binnen het thema ontwikkeling van concepten, diagnostiek en therapie en (eventueel in overleg met de docent) een onderzoeksvraag te formuleren.

Docenten

Prof. dr. Toine Pieters & Dr. Stephen Snelders

Leerstof

Verplichte literatuur

Lesterhuis, J., en E.S. Houwaart, 'Bringing the inbred-mouse to Europe. The Netherlands Cancer Institute within the context of international cancer research 1913-1950', in: W. U. Eckart (red.), *100 Years of Organized Cancer Research* (Stuttgart 2000) 89-95.

D. Cantor, 'Cancer', in: W.F. Bynum en R. Porter (red.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (London 1993) 537-561.

Pinell, P., 'Cancer', in: R. Cooter en J. Pickstone (red.), *Medicine in the 20th Century* (Amsterdam 2000) 671-687.

X SYNOPSIS POLITIEKE ECONOMIE

Algemeen

Het is gebruikelijk om het karakter van de Nederlandse verzorgingsstaat te omschrijven als "gemengd". Het stelsel blijkt moeilijk in te passen in de gangbare typologieën van verzorgingsstaten, zoals bijvoorbeeld de bekende indeling in drie clusters van Esping-Andersen: liberaal, corporatistisch en sociaal-democratisch. De Nederlandse verzorgingsmaatschappij is een mengvorm van deze drie, met opvallende accentverschuivingen in de loop van de tijd. De aanvankelijke liberale accenten in het corporatistisch gedomineerde systeem, werden na 1940 grotendeels ingeruild voor sociaal-democratische elementen, die op hun beurt sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw weer geleidelijk worden vervangen door liberale principes. Deze mengeling van voorzieningenstructuur en sturingsprincipes zien we ook terug in de gezondheidszorg.

Inhoud

In dit college zal worden ingegaan op de bestuursstructuur en –cultuur van de Nederlandse gezondheidszorg en de veranderingen die zich in de loop der tijd hierin hebben voorgedaan.

De bestuurlijke instituties van de Nederlandse gezondheidszorg zijn gevormd in de periode die samenvalt met de topjaren van de verzuiling van de samenleving (1920-1965) en de christen-democratische dominantie van het politieke leven. De erfenis hiervan wordt weerspiegeld in de bestuursstructuur en –cultuur van de gezondheidszorg. Het wezen van dit bestel is in een aantal karakteristieken samen te vatten: traditie van zelfsturing en solidariteit, private uitvoering van de zorg en gemengde verzekeringsfinanciering. De combinatie van deze karakteristieken heeft geleid tot sterke onderlinge afhankelijkheden in de beleidsvorming en de besturing van de zorg. Of het nu gaat om de overheid, de aanbieders van zorg of de ziektekostenverzekeraars: men is op elkaar aangewezen om de eigen doelstellingen te verwezenlijken. Dit maakt de positie van de overheid in het bestel tot een bijzondere. De Nederlandse staat heeft belangrijke, constitutioneel verankerde, verantwoordelijkheden voor de toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van de zorg, maar ze is niet bij machte om deze verantwoordelijkheid op eigen kracht waar te maken. Weliswaar is er een massief stelsel van wet- en regelgeving vanuit deze verantwoordelijkheid opgetrokken, waarmee individuele beroepsbeoefenaren, instellingen en zorgverzekeraars in de tang gehouden kunnen worden, maar tegelijkertijd is de overheid voor de beleidsuitvoering aan handen en voeten gebonden aan de inzet van diezelfde actoren. Een belangrijk kenmerk van het bestel van de Nederlandse gezondheidszorg is juist het ontbreken van een machtscentrum dat materieel voldoende is toegerust om eenzijdig in te kunnen grijpen in de organisatie, de bedrijfsvoering en de kwaliteit van de zorg. Anders gezegd: er bestaan in de Nederlandse gezondheidszorg weinig aanknopingspunten voor hiërarchische coördinatiemechanismen met de overheid als opdrachtgever (principaal) die bepaalt wat er moet gebeuren en een uitvoeringsorganisatie (agent) die de uitvoering ter hand moet nemen.

De publiek-private afhankelijkheden manifesteerden zich enerzijds in een verstatelijking van het particulier initiatief en anderzijds in een intensieve betrokkenheid van de representanten van dit initiatief in de landelijke beleidsvorming en de besturing van de gezondheidszorg. Via een veelheid van overleg-,

advies- en uitvoeringsorganen speelden de beroeps- en brancheorganisaties van beroepsbeoefenaren, zorginstellingen en –verzekeraars een opvallende dubbelrol: enerzijds als pressiegroep voor private belangenbehartiging naar de overheid, anderzijds als publieke gezagdrager gericht op het verkopen van beleidsresultaten aan de eigen achterban. Deze combinatie van principieel tegenstrijdige rollen heeft gedurende tientallen jaren een aantal aantrekkelijke functies vervuld in het realiseren van de doelstellingen van zowel de overheid als de particuliere organisaties.

Bewegingen van ‘onderop’ (democratisering, individualisering, emancipatie van zorgvrager) en van buitenaf (liberalisering van het maatschappelijke leven, geloof in marktwerking en ondernemerschap, invloed van ‘Europa’) hebben deze werkwijze onder druk gezet. Sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw zijn de instituties van het traditionele maatschappelijk middenveld in de gezondheidszorg geleidelijk geërodeerd. Medio jaren negentig was de ontmanteling van de *wettelijke* organen voor overleg, advies en beleidsuitvoering – d.w.z. de meest zichtbare manifestaties van publiek-private samenwerking in beleid en bestuur – een feit. Het zou echter een misvatting zijn om te concluderen dat hiermee de maatschappelijke dubbelrollen van de particuliere organisaties ook uit de gezondheidszorg verdwenen zouden zijn. Vooralsnog is er sprake van een *verplaatsing* van de maatschappelijke dubbelrollen van particuliere organisaties: op horizontaal niveau (naar andere, meer of minder incidentele landelijke beleidsnetwerken), in verticale zin (naar regio’s en grote steden waar particuliere organisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, vaak tezamen met regionale consumenten- en patiëntenorganisaties en in samenspraak met gemeentelijke en provinciale overheden bestuurlijk actief zijn op terreinen van *care* en *cure*) en naar het niveau van de individuele organisaties (waar zorginstellingen en –verzekeraars zich manifesteren als maatschappelijke ondernemingen).

Bij nader inzien is deze hardnekkigheid van de publiek-private samenwerking niet zo vreemd. Immers, de basiskennmerken van het stelsel zijn nauwelijks gewijzigd: Zelfregulering en solidariteit zijn nog steeds belangrijke waarden. De zorg wordt nog steeds verleend door private organisaties en zelfstandige beroepsbeoefenaren. Het verzekeringskarakter van de financiering en de afhankelijkheid van de inzet van de zorgverzekeraars is zelfs nog versterkt. En er is onverminderd veel overheidsverantwoordelijkheid voor de toegankelijkheid, doelmatigheid en kwaliteit van zorg, waar nog steeds weinig overheidsmacht om deze verantwoordelijkheid op eigen kracht waar te maken tegenover staat. Kortom, voorlopig lijkt het gemengde bestel voor de Nederlandse gezondheidszorg nog een gegeven. Maar de vraag blijft: voor hoe lang? De hiervoor genoemde interne en externe krachten die op het maatschappelijk middenveld inwerkten zijn allerm minst verflauwd, integendeel. Er lijkt sprake van een forse legitimiteitscrisis van de besturing van de Nederlandse gezondheidszorg. Een interessante vraag is, hoe we tegen de achtergrond van de institutionele geschiedenis van de Nederlandse gezondheidszorg de actuele ontwikkeling kunnen interpreteren.

In het college zal worden ingegaan op de ontwikkeling van het bestuur, de organisatie en de financiering van de Nederlandse gezondheidszorg, met bijzondere aandacht voor de typische karakteristieken van de bestuursstructuur en –cultuur in de context van de Nederlandse verzorgingsmaatschappij.

Vorm

College en discussie

Eindtermen

1. De deelnemer heeft een overzicht van de manier waarop de het bestuur, de organisatie en financiering van de Nederlandse gezondheidszorg zich heeft ontwikkeld met name van de verstrengeling van het publieke en private domein daarin.
2. De deelnemer heeft inzicht in de samenhang tussen deze ontwikkeling en politiek-maatschappelijke processen zoals de rol van het ‘Particulier Initiatief’, de verzuiling en de effecten van de dominantie door christen-democratische partijen.
3. De deelnemer is in staat zelfstandig een onderzoeksthema te kiezen binnen het thema de politieke economie van de moderne geneeskunde en (eventueel in overleg met de docent) een onderzoeksvraag te formuleren.

Docent

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten (Erasmus Universiteit Rotterdam)

Leerstof

Verplichte literatuur

Boot, J.M., en M.H.J.M. Knapen (red.), *Handboek Nederlandse Gezondheidszorg* (Utrecht 2001) 273-299.

Doorn, J. A. A. van, 'De verzorgingsmaatschappij in de praktijk', in: J.A.A. van Doorn en C.J.M. Schuyt (red.), *De stagnerende verzorgingsstaat* (Meppel en Amsterdam 1978)17-46.

Grinten, T.E.D. van der, *De vorming van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een historisch beleidsonderzoek* (Baarn 1987) 25-35, 117-126.

Grinten, T.E.D. van der, 'Macht, tegenmacht, onmacht. De hardnekkige aanwezigheid van het maatschappelijke middenveld in de gezondheidszorg', in: E. Dekker en E. Elsinga (red.), *Mensen en machten. gezondheidszorg in de jaren negentig* (Alphen a/d Rijn 1990) 115-127.

Velden, Henk van der, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland, 1850-1941* (Rotterdam 1993) 27-46.

XI SYNOPSIS PSYCHIATRIE

Algemeen

In de loop van de negentiende en de twintigste eeuw hebben zich opmerkelijke en soms ingrijpende veranderingen voorgedaan in de zorg voor psychiatrische patiënten en mensen met mildere psychische problemen. Deze ontwikkelingen tekenden zich af op het vlak van onder andere de omvang van het psychiatrisch domein, de psychiatrische concepten en de therapeutische praktijken en de bredere maatschappelijke inbedding van de psychiatrie.

Inhoud

Het onderwijs in dit onderdeel zal gewijd zijn aan de ontwikkelingen in Nederland in de laatste twee eeuwen. De stof wordt in chronologische volgorde behandeld, waarbij een indeling is gemaakt in drie periodes, de negentiende eeuw tot aan de instelling van de eerste gewone leerstoel in de psychiatrie (1893), de periode tot de tweede wereldoorlog en de periode daarna. Daarbij zullen de volgende thema's aan de orde komen:

1. De concepten en basispremissen van de psychiatrie aangaande de relatie tussen de biologische, de psychologische en de sociale aspecten van de mens.
2. Instellingen die psychiatrische zorg aanboden c.q. bieden en hun verhouding tot andere medische disciplines en de overheid.
3. De therapeutische regimes en de therapeutische strategieën.
4. De verhouding tussen de psychiatrie en de samenleving, zowel waar het gaat om de invloed van maatschappelijke ontwikkelingen op de psychiatrie als omgekeerd de opvattingen van de psychiatrie over en de invloed van de psychiatrie op de samenleving.
5. De positie van patiënten/cliënten in de zorg en hun opvattingen daarover.

Vorm

Een combinatie van hoor- en werkcollege. Voor elk van de periodes zal voor de genoemde thema's een oorspronkelijke (primaire) bron bestudeerd en geanalyseerd worden, ondersteund door een keuze uit de betreffende secundaire literatuur. De student krijgt op die manier inzicht in de aard van de bronnen die voor onderzoek op dit terrein beschikbaar zijn.

Eindtermen

1. De deelnemers hebben een duidelijke indruk van de specifieke ontwikkeling van de wetenschappelijke en de institutionele ontwikkeling van de psychiatrie in Nederland.
2. De deelnemers hebben inzicht in de mate waarin psychiatrische concepten en therapieën worden beïnvloed door de sociaal-culturele context.
3. De student moet in staat zijn zelfstandig binnen het onderzoeksthema ‘Psychiatrie en geestelijke volksgezondheid’ (eventueel in overleg met de betrokken docenten) een onderzoeksvraag te formuleren.

Docenten

Dr. Gemma Blok
Prof. Dr. Joost Vijselaar
Dr. Hans de Waardt

Leerstof

Verplichte literatuur

Blok, Gemma, ‘De ziekmakende samenleving. Kritische psychiatrie en het streven naar een welzijnsrevolutie’, uit: G. Blok, *Baas in eigen brein. ‘Antipsychiatrie’ in Nederland, 1965-1985* (Amsterdam 2004) 25-54.

Abma, Ruud, en Ido Weijers, *Met gezag en deskundigheid. De historie van het beroep psychiater in Nederland* (Amsterdam 2005) 21-55, 63-79.

Crossley, Nick, ‘R. D. Laing and the British anti-psychiatry movement: a socio-historical analysis’, *Social science and medicine* 47 (1998) 877-889,

Kolk, J. van der, ‘Over bedbehandeling in de krankzinnigengestichten’, *Psychiatrische en neurologische bladen* 21 (1916) 477-487.

Scheer, W.M. van der, ‘De actievere therapie van Dr. Simon’, *Psychiatrische en neurologische bladen* 30 (1927) 3-8.

XII SYNOPSIS VERSLAVINGSZORG

Algemeen

Na 1850 is in de westerse wereld de verslavingszorg ontstaan. Het werk in deze sector is in de praktijk vaak een mengeling van behandeling, maatschappelijk werk en ordehandhaving. Dit zorgt voor een heel eigen dynamiek.

Inhoud

Dit college zal voornamelijk gewijd zijn aan de ontwikkelingen in de Nederlandse verslavingszorg in de twintigste eeuw. Aan de orde komen:

1. het ontstaan en de institutionele ontwikkeling van de verslavingszorg
2. de diverse therapeutische regimes die zijn gehanteerd door de decennia heen
3. wie waren de cliënten van de verslavingszorg
4. de relatie met de ‘ketenpartners’ van de verslavingszorg (psychiatrie, justitie, lokale en nationale overheden, particuliere organisaties van drank- en drugshulpverlening)

Vorm

Hoorcollege

Eindtermen

De deelnemers hebben een duidelijke indruk van de institutionele en therapeutische ontwikkeling van de verslavingszorg in Nederland.

Ze zijn in staat om ten aanzien van dit terrein een vraagstelling te ontwikkelen voor eigen onderzoek.

Docent

Dr. G. Blok

Leerstof

Verplichte literatuur

Gemma Blok, "Pampering needle-freaks" or caring for chronic addicts? Early debates on harm reduction in Amsterdam', *The Social History of Alcohol and Drugs* 22 (2008) 243-261

SYNOPSIS LEERONDERZOEK

XIII SYNOPSIS SOCIAL HISTORY OF MEDICINE

Algemeen

Lange tijd is de geschiedenis der geneeskunde opgevat als een subdiscipline met een helder, onproblematisch object: het menselijk lichaam. Van oudsher was ze om die reden een zaak van medici. Hun aandacht ging bijna uitsluitend uit naar de ontwikkelingen in de medische wetenschap, die de natuur op de pijnbank legde om haar te dwingen haar geheimen prijs te geven. De aldus verkregen kennis werd beschouwd als universeel en algemeen toepasbaar. Kortom: de ontwikkeling van de geneeskunde werd geacht een autonome dynamiek te kennen.

In de loop van de jaren 1970 verscheen een aantal publicaties die het begin van de 'social history of medicine' markeren. Een nieuwe generatie van medisch-historici (vooral bestaande uit historici en sociale wetenschappers) wilde de geneeskunde niet geïsoleerd bestuderen, maar in relatie tot de samenleving als geheel. Ze meenden dat het biologisch determinisme dat hun voorgangers kenmerkte voorbijging aan het contextafhankelijke karakter van ziekte, het geconstrueerde karakter van ziekteclassificaties en het politieke karakter van de gezondheidszorg. Omdat deze vorm van medische geschiedenis geen oog had voor de context waarin ideeën en handelingen met betrekking tot gezondheid en ziekte tot stand komen en functioneren werd ze als 'internalistisch' gediskwalificeerd. Sociaal-historici wilden andere vragen stellen, een ander perspectief hanteren, andere bronnen gebruiken en een ander historisch verhaal presenteren dan bovengenoemde medisch-historici. Gaandeweg ontstond naast de 'internalistische' geschiedenis van de geneeskunde een 'externalistische' geschiedenis van de gezondheidszorg.

Inhoud

Op dag 6 van het leeronderzoek worden de voor- en nadelen van de sociaal-historische benadering in de medische historiografie (alsmede de methodologische voetangels en -klemmen) onderzocht. Daarbij is het goed dat men zich realiseert dat de social history of medicine (SHM) geen school vormt, met vaste leerstellingen en methoden. Het is een globale aanduiding van een benaderingswijze, waarbij het denken en handelen rondom gezondheid en ziekte wordt geplaatst in een sociale, epidemiologische en historische context. Door de SHM wordt medische wetenschap niet beschouwd als de enige constituerende factor in de gezondheidszorg, maar als een van de vele. De bedoeling is dat studenten begrijpen hoe en waarom de sociaal-historische variant ontstond, en waarin deze benadering zich onderscheidt van de 'internalistische'. Voorts zullen de diverse 'bloedgroepen' binnen de SHM de revue passeren, waarna wordt geprobeerd in een plenaire discussie te komen tot een evaluatie van deze 'onderzoeksstrategie'.

Vorm

Gecombineerd hoor- en werkcollege.

* Hoorcollege (eerste en tweede uur):

- Eerste uur: schematische presentatie van vier theoretische posities / historiografische tradities in de medische historiografie; situering van de SHM in het veld.

- Tweede uur: methodologische kwesties / nuances: presentatie en vergelijking van een * Werkcollege (derde uur):
 - Discussie naar aanleiding van de van tevoren bestudeerde literatuur en het hoorcollege.
 - Bespreking van de gehanteerde onderzoeksstrategie (onderzoeksvragen, methoden en technieken) van de docent bij twee van diens artikelen.[1]
 - Evaluatie: voor- en nadelen van de SHM als methode / perspectief.
4. Eindtermen
- De student kent de diverse onderzoekstradities binnen de medische historiografie, en is in staat uit te leggen wat ze van elkaar onderscheidt.
 - De student kan de voor- en nadelen van de SHM helder onder woorden brengen.
 - De student kan beredeneren waarom de SHM voor hem / haar al dan niet nuttig is.

Docent

Prof.dr Frank Huisman

XIV SYNOPSIS HISTORISCHE COHORT STUDIES IN DE GENEESKUNDE

Een illustratie van de toepassing van methoden en inzichten ontleend aan de z.g. Lifecourse Epidemiology op de Hongerwinter van 1944-1945 in Nederland om een beter inzicht te krijgen in normale determinanten van groei en ontwikkeling bij de mens. Tijdens het eerste gedeelte van het seminar komen de volgende onderwerpen aan de orde:

- Lifecourse epidemiology: why, what, how
- Specific hypotheses: thrifty genotype or phenotype? Other?
- Research designs; historical cohort studies and alternative designs
- Biases of study designs
- The Ecologic fallacy
- Study Power and Sample Size
-

Van de deelnemers wordt een actieve inbreng aan de discussie verwacht op basis van het verstrekte studiemateriaal. Tijdens het tweede gedeelte van het seminar worden de voornaamste resultaten gepresenteerd van onderzoek in Nederland naar de Hongerwinter. Hierbij is ook gelegenheid voor vragen en discussie.

Docent

L.H.Lumey,
 Department of Epidemiology
 Mailman School of Public Health
 Columbia University, New York
lumey@columbia.edu

Required Readings

Kuh D and Davey Smith G. The life course and adult chronic disease: an historical perspective with particular reference to coronary heart disease. In: Kuh D and Ben-Shlomo Y (Eds) A life course approach to chronic disease epidemiology, 2nd edition, 15-40. Oxford university Press, 2004.

Schwartz S. The fallacy of the ecological fallacy: the potential misuse of a concept and the consequences. Am J Public Health 1994; 84:819-824.

Hypotheses:

Neel JV. Diabetes mellitus: a "thrifty" genotype rendered detrimental by "progress". *Am J Hum Genet* 14: 353-62, 1962.

Hales CN, Barker DJ. The thrifty phenotype hypothesis. *Brit Med Bulletin* 60:5-20, 2001.

Early Application:

Stein Z, Susser M, Saenger G, Marolla F: Nutrition and mental performance. *Science* 178:708-713, 1972.

Low birth weight does not imply famine:

Stein AD, Zybert PA, van de Bor M, Lumey LH: Intrauterine famine exposure and body proportions at birth: the Dutch Hunger Winter. *Int J Epidemiol* 33:831-836, 2004.

Summary of Dutch famine studies and exposure definitions:

Lumey LH, Stein AD, Kahn HS, van der Pal-de Bruin KM, Blauw GJ, Zybert PA, Susser ES: Cohort profile: the Dutch Hunger Winter Families Study. *Int J Epidemiol* 2007.

Schizophrenia after prenatal famine:

Susser E, Neugebauer R, Hoek HW, Brown AS, Lin S, Labovitz D, Gorman JM. Schizophrenia after prenatal famine, Further evidence. *Arch Gen Psychiat* 53:25-31, 1996.

Xu M-Q, Sun W-S, Liu B-X, Feng G-Y, Yu L, Yang L, He G, Sham P, Susser E, St. Clair D, He L. Prenatal malnutrition and adult schizophrenia: evidence from the 1959-1961 Chinese famine. *Schizophr Bull* 2009.

Epigenetics:

Heijmans BT, Tobi EW, Stein AD, Putter H, Blauw GJ, Susser ES, Slagboom PE, Lumey LH: Persistent epigenetic differences associated with prenatal exposure to famine in humans. *Proc Natl Acad Sc U S A* 105:17046-17049, 2008.

Background Reading (optional)

Stein Z, Susser M, Saenger G, Marolla F: Famine and Human Development: The Dutch Hunger Winter of 1944-45. New York: Oxford University Press, 1975.

Long term effects of exposure to famine. Summary of the findings from the first international workshop on the long term consequences of famine in human populations, November 3-6, 2008, Lorentz Center, Leiden, the Netherlands.

BIJLAGE 10 LITERATUUR

- Bylebyl, Jerome J. *Teaching the history of medicine at a medical center*. Baltimore-London: Johns Hopkins Press, 1982.
- Bynum, W.F. & Porter, R. (eds.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. 2 Vols. London-New York: Routledge, 1993.
- Clarke, E. (ed.) *Modern methods in the history of medicine*. London: The Athlone Press of the university of London, 1971.
- Cooter, R., and J. Pickstone (eds.), *Medicine in the 20th century*. Australia etc: Harwood Academic Publishers, 2000.
- Cunningham, A. , and R. French (eds.), *The medical Enlightenment of the eighteenth Century*. Cambridge: CUP, 1990.
- Fee, Elizabeth, and Theodore M. Brown (eds.), *Making Medical History: The Life and Times of Henry E. Sigerist*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1997.
- Golinski, Jan. *Making Natural Knowledge. Constructivism and the History of Science*. New York: Cambridge University Press, 1998.
- Grmek, Mirko D. (ed.) *Western Medical Thought from Antiquity to the Middle Ages*. Cambridge: Harvard University Press, 1998.
- Huisman, Frank. "Positivism en historicisme in de medische historiografie: bij de uitreiking van de Gerrit Arie Lindeboomprijs." *Tijdschrift voor de Geschiedenis van Geneeskunde, Wiskunde, Natuurwetenschappen en Techniek* 19, no. 2 (1996): 116-118.
- Jordonova, Ludmilla. "The social construction of medical knowledge." *Social History of Medicine* 8, no. 3 (1995): 361-381.
- King, Charles R. "The historiography of medical history: From great men to archeology." *Bulletin New York Academy of Medicine* 67, no. 5 (sept-oct. 1991) (1991): 407-428.
- Labisch, A. *Homo Hygienicus. Geschichte und Medizin in der Neuzeit*. Frankfurt a.M.: Campus Verlag, 1992.
- Lawrence, I.C.; Nive, M.; Nutton, V.; Porter, R. & Wear, A., *The Western Medical Tradition, 800 BC to AD 1800*. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.
- Nuland, Sherwin B. *Artsen. Een biografie van de geneeskunde*: Anthos, 1997.
- Paul, Norbert, and Thomas Schlich. *Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven*. Frankfurt-New York, 1998.
- Porter, Dorothy. "The mission of social history of medicine: an historical overview." *Social History of Medicine. Journal of the Society of the Social History of Medicine* 8, no. 3 (1995): 345-359.
- Porter, R. *The Cambridge illustrated history of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- Porter, R., *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity*. New York-London: W.W. Norton & Company Harper Collins, 1998.