

Bijlage bij het hoorcollege *Geschiedenis van de geneeskunde en de zorg*



GESCHIEDENIS VAN DE GENEESKUNDE EN DE ZORG

EEN HOORCOLLEGE OVER
MEDISCHE KENNIS,
BEHANDELINGEN,
PRAKTIJKEN EN BEROEPEN,
TOEN EN NU

door Frank Huisman

Inhoudsopgave

[Frank Huisman](#)

[Bob Kommer](#)

[Collegereeks 1. Capita selecta uit de medische geschiedenis](#)

[Inleiding op het hoorcollege: over medische geschiedenis](#)

[College 1. Holisme: antieke wortels](#)

[College 2. Reductionisme: de moderne geneeskunde](#)

[College 3. De medische professie: van *iatros* tot zorgmanager](#)

[College 4. De arts-patiëntrelatie: medemens of object?](#)

[College 5. De dood en de grenzen van de geneeskunde](#)

[College 6. Public health en de doelen van de geneeskunde](#)

[Collegereeks 2. Historische perspectieven op hedendaagse uitdagingen in de zorg](#)

[College 7. De relatie tussen burger-patiënt, zorgverlener en de overheid](#)

[College 8. Het vertrouwen in de medische wetenschap](#)

[College 9. Over lokale, nationale en mondiale gezondheidsverschillen](#)

[College 10. Inzet en rol van medische technologie in de zorg](#)

[College 11. Doelen, grenzen en beheersbaarheid van de gezondheidszorg](#)

[College 12. De geestelijke gezondheid bedreigd: *care, custody or cure?*](#)

[College 13. Covid-19: verleden, heden en toekomst van pandemieën](#)

[Aanbevolen literatuur](#)

[Illustraties](#)

[Colofon](#)

Frank Huisman



Prof. dr. Frank Huisman was als hoogleraar medische geschiedenis verbonden aan het UMC Utrecht en als universitair hoofddocent aan de Universiteit Maastricht. Hij heeft veel gepubliceerd over de Nederlandse gezondheidszorg, zowel in de vroegmoderne als in de moderne periode, en over medische historiografie. Hij was jarenlang voorzitter van de European Association for the History of Medicine and Health en ging in 2023 met emeritaat. Momenteel werkt hij aan een boek over het ontstaan van de moderne gezondheidszorg tussen de tijd van Thorbecke en de Tweede Wereldoorlog.

Opgenomen i.s.m. Bob Kommer Studio's

Bob Kommer Studio's, opgericht in 1952, is één van de oudste geluidsstudio's van Nederland. Naast het verzorgen van geluid voor diverse natuur- en animatiefilms, doet Bob Kommer Studio's al meer dan 20 jaar het 6-kanaals surround geluid van Omniversum en andere IMAX-theaters in Europa. De studio wordt ook gebruikt voor o.a. het inspreken van luisterboeken en het opnemen van hoorcolleges.

Kijk voor meer informatie op <http://www.bobkommer.com>

Synopsis van het hoorcollege *Geschiedenis van de geneeskunde en de zorg*

Collegereeks 1. Capita selecta uit de medische geschiedenis

Inleiding. Over medische geschiedenis

Medische geschiedenis is een interdiscipline, die wordt beoefend door zowel artsen als historici. Terwijl de eerste groep vooral is geïnteresseerd in de ontwikkelingen van de geneeskunde als wetenschap, gaat de aandacht van de laatste groep uit naar de historische context waarin de geneeskunde werd beoefend. Dit verschil in onderzoeksobject leidt tot verschillende (typen) verhalen over het verleden. Terwijl artsen primair geïnteresseerd zijn in de vooruitgang in de kennis over het menselijk lichaam in gezondheid en ziekte, hebben historici vooral oog voor de maatschappelijke context waarin die kennis (al dan niet) functioneerde. Beide benaderingen zijn complementair, en in deze collegereeks zal worden geprobeerd aan beide recht te doen.

College 1. Holisme: antieke wortels

Deze serie begint in de klassieke oudheid, waar de wetenschappelijke uitgangspunten van de grondleggers van de westerse medische traditie – vooral Hippocrates en Galenus - centraal staan. In de oudheid hanteerde de geneeskunde een holistische benadering, waarbij het gezonde leven zelfs gold als een levenskunst. Tevens vinden we hier de oorsprong van de gedachte dat gezondheid bestaat uit het in balans zijn van de vele elementen waaruit wij bestaan en die ons omringen. We traceren deze ideeën en de achterliggende filosofische mensbeelden tot in de vroegmoderne tijd. Het betreft hier overigens niet een achterhaalde of obsoleete manier van denken uit het verleden – en zeker niet een verwijzing naar ‘alternatieve’ geneeskundige praktijken of opvattingen – maar een manier van denken over gezondheid en ziekte die actueel is en nog steeds door voorname instanties (zoals de WHO) wordt gehuldigd.

College 2. Reductionisme: de moderne geneeskunde

Dit college behandelt het ontstaan en de ontwikkeling van een nieuwe denkstijl in de geneeskunde: het reductionisme. De trendbreuk met het klassieke holistische denken werd voorbereid tijdens de zogenaamde ‘wetenschappelijke revolutie’ van de zeventiende eeuw, maar kwam tot volle ontwikkeling in de negentiende eeuw, toen de moderne kliniek, de statistiek en het laboratorium hun intrede deden. Deze fase wordt gekenmerkt door een tweetal ontwikkelingen. Ten eerste werd de hippocratisch-empirische methode nieuw leven in geblazen (vooral in onderzoek naar gezondheid op populatieniveau), ten tweede ontwikkelde zich het moderne biomedische mensbeeld, waarbij gezondheid en ziekte werden gereduceerd tot materiële, fysiologische processen, die konden worden bestudeerd in het laboratorium.

College 3. De medische professie: van *iatros* tot zorgmanager

Wat is het verschil tussen een beroep en een professie? Voor beide geldt dat ze zich vormen en definiëren rondom bepaalde kennis en dat ze een zekere organisatiegraad kennen die erop is gericht concurrentie te weren. Voor een professie geldt nog iets extra's: ze beschikt over exclusieve, specialistische kennis; ze geniet de formele erkenning en bescherming door de staat en er is sprake van een afhankelijkheidsrelatie tussen de cliënt en de professional. In de loop van de tijd heeft zich in de geneeskunde een proces van professionalisering voltrokken, waarbij ongeorganiseerde arbeid zich eerst organiseerde tot een beroep en vervolgens tot een professie. In onze tijd lijkt – als gevolg van de bureaucratisering en de vermarkting van de zorg – sprake van een omgekeerd proces van de-professionalisering. Wat is hier aan de hand?

College 4. De arts-patiëntrelatie: medemens of object?

In de ontwikkeling van het biomedische model van ziekte en gezondheid en de daarmee gepaard gaande focus op de specifiek oorzakelijke factoren van ziekte, verdween het perspectief van de patiënt in toenemende mate naar de achtergrond. Sommigen stellen zelfs dat de 'medicalisering van het leven' heeft geleid tot een dehumanisering van de burger-patiënt. In alternatieve ziektemodellen werden pogingen gedaan om het patiënt-perspectief weer centraal te stellen in diagnostiek en behandeling. Maar wat houdt dat precies in, en waarom is het voor sommigen zo belangrijk? In dit college wordt dieper ingegaan op zowel het verdwijnen als de terugkeer van het patiënt-perspectief in de medische praktijk.

College 5. De dood en de grenzen van de geneeskunde

De dood is een ongemakkelijk thema voor artsen, omdat de dood het falen van de arts en de geneeskunde lijkt in te houden. Maar is dat wel een juiste voorstelling van zaken? Hoort de dood niet onlosmakelijk bij het leven? Waarom en wanneer is het stervensproces een medische aangelegenheid geworden? Heeft de 'medicalisering van de dood' niet geleid tot de onwenselijke situatie dat mensen steeds minder bereid zijn het onontkoombare van de dood onder ogen te zien? Sinds wanneer worden leven en dood als biologische fenomenen beschouwd? Wie gaat er eigenlijk over de dood? Alleen artsen of wij allemaal? Kan het faciliteren van een goede dood ook als een doel van de geneeskunde worden beschouwd? Dit college geeft niet zozeer definitieve antwoorden op al deze vragen, maar roept vooral op tot reflectie op ons levenseinde.

College 6. Public health en de doelen van de geneeskunde

De geneeskunde richt zich niet slechts op het individu, maar ook op de samenleving als geheel. In de loop van de negentiende eeuw vonden de medische professie en de overheid elkaar in het proces van moderne staatsvorming. Hun gezamenlijke doel was gericht op het creëren van een gezonde en daardoor productieve bevolking. Terwijl artsen onderzoek uitvoerden naar gezondheidsdeterminanten, bleken overheden in toenemende mate bereid de adviezen van de 'sanitaire beweging' op te volgen. De aanleg van stedelijke rioleringsstelsels en het beschikbaar komen van schoon drinkwater leidden tot een spectaculaire daling van de sterfte aan infectieziekten. De methode van de strijd tegen infectieziekten liet zich echter niet zo makkelijk overplanten op de strijd tegen chronische en degeneratieve ziekten, waarmee de new public health wordt geconfronteerd. De *quick technological fix* die zo succesvol is gebleken tegen de specifieke verwekkers van infectieziekten stond onmachtig tegen *life style diseases* zoals kanker, cardiovasculaire ziekten, diabetes en obesitas. In het denken over preventie in onze tijd dienen zich aloude vragen en dilemma's aan: wat zijn de rechten en plichten van burger, professie en overheid?

Collegereeks 2. Historische perspectieven op hedendaagse uitdagingen in de geneeskunde en de zorg

College 7. De relatie tussen burger-patiënt, zorgverlener en de overheid

De relatie tussen burgers, zorgverleners en de overheid lijkt eenduidig en evident, maar is zij dat ook? Is het bijvoorbeeld vanzelfsprekend dat de overheid een verantwoordelijkheid voelt met betrekking tot de gezondheid van de burger? En zo ja: hoe moet die verantwoordelijkheid concreet gestalte krijgen? Welke rol speelt de medische professie daarbij? Sinds 1983 is in de Grondwet vastgelegd: 'De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid'. Op het eerste gezicht lijkt dat een even heldere als onproblematische zinsnede, maar wat staat hier precies? Hoe definiëren we 'volksgezondheid'? Wanneer is dat doel bereikt? En als er geen duidelijkheid bestaat omtrent het na

te streven doel, welke maatregelen moeten we dan treffen om dat doel dichterbij te brengen? En welke personen en instellingen moeten daarbij worden betrokken?

Bij nadere beschouwing blijkt dat er geen regie is in de 'gezondheidszorg'. Zo is het een misvatting te denken dat het Ministerie van VWS middels blauwdrukken vorm kan geven aan de volksgezondheid. De 'gezondheidszorg' is altijd het voorlopig eindresultaat van op elkaar reagerende partijen, elk met hun eigen motieven en agenda's. Zo streeft de burger een zo lang en gezond mogelijk leven na. In onze gesecculariseerde tijd legt hij zich niet langer neer bij ziekte en dood, maar verwacht hij dat alle middelen worden ingezet om zijn gezondheid te behouden of te herstellen. De arts handelt deels uit roeping en humanitair plichtsbesef, maar oefent anderzijds ook een beroep uit, waarmee hij zich een inkomen wil verwerven, met alle prikkels die daarbij horen. Doordat het aantal wetenschappelijke en technologische middelen dat hem daarbij ter beschikking staat explosief is toegenomen, heeft de gezondheidszorg zich ontwikkeld tot een domein dat zowel vraag- als aanbod gestuurd is. Het is de taak van de overheid (mede indachtig de Grondwet) de volksgezondheid te optimaliseren tegen zo laag mogelijke kosten. Dat laatste is ook weer in het belang van de burger, die niet alleen patiënt kan zijn (die koste wat het kost geholpen wil worden), maar tevens premie- en belastingbetaler is (die niet teveel wil betalen). De onderlinge relatie tussen deze partijen blijkt complex en onderhevig aan voortdurende verandering.

College 8. Het vertrouwen in de medische wetenschap

Sinds de Tweede Wereldoorlog heeft de geneeskunde een duizelingwekkende ontwikkeling doorgemaakt. De ene wetenschappelijke doorbraak volgde op de andere, met belangrijke gevolgen voor de volksgezondheid. Als gevolg van de ontwikkeling van antibiotica waren vele dodelijke infectieziekten voortaan goed behandelbaar, en door de introductie van psychofarmaca konden psychiatrische aandoeningen medicamenteus worden behandeld. Doordat de relatie tussen roken en longkanker werd aangetoond werd preventief beleid tegen longkanker mogelijk. De nieuwe mogelijkheden op het terrein van orgaantransplantatie boden hoop aan velen die voorheen ten dode waren opgeschreven. Deze en andere doorbraken leidden niet alleen tot een verhoging van de (gezonde) levensverwachting, maar tevens tot groeiend vertrouwen in de medische wetenschap. Tot de jaren 1970 leken de wetenschappelijke mogelijkheden eindeloos en het vooruitgangsoptimisme grenzeloos.

Daarna kwamen er smetten op het blazoen van de wetenschap. Was er aanvankelijk nog slechts de intellectuele kritiek van mensen als Illich, Foucault, McKeown en Szasz (en in Nederland van Van den Berg en Foudraine), later leek het ongenoegen door bredere lagen van de bevolking te worden gedeeld. De geneeskunde zou burgers afhankelijk maken en zelfs schade toebrengen (iatrogenese); artsen zouden hun patiënten paternalistisch bejegenen en in de armen van alternatieve en complementaire behandelaars drijven; de professie als geheel zou verantwoordelijk zijn voor een enorme kostenstijging in de zorg (van 3% van het BNP in de jaren 1950 tot 15% anno nu).

Nergens lijkt het afbrokkelend vertrouwen van de burger in de geneeskunde zo duidelijk zichtbaar als op het terrein van vaccinatie. In Nederland luidde de geslaagde campagne tegen polio in de late jaren vijftig het begin van het Rijksvaccinatieprogramma in. De overheid stelde vele vaccins gratis ter beschikking aan elke burger die er behoefte aan had. Die behoefte bleek groot en de vaccinatiegraad hoog (meer dan 95%) - totdat met de campagnes tegen HPV (in 2009) en tegen Covid-19 (in 2020) een kentering intrad. Vertrouwen in de geneeskunde is van essentieel belang. Staat dat vertrouwen tegenwoordig onder druk? Zo ja: wat is daarvan de oorzaak? Zo nee: wat is er dan aan de hand?

College 9. Over lokale, nationale en mondiale gezondheidsverschillen

Sinds de Verlichting van de achttiende eeuw wordt nagedacht over de rechten die voor alle burgers zouden moeten gelden. Tijdens de Franse Revolutie werden de idealen van vrijheid, gelijkheid en broederschap formeel vastgelegd in de Verklaring van de Rechten van de Mens en de Burger (1789). De burgerrechten die in dat document werden opgesomd vloeiden voort uit de gedachte dat elk mens met gelijke rechten wordt geboren en gedurende zijn hele leven dezelfde rechten houdt. Concreet werd het recht op vrijheid, bezit, veiligheid, vrijheid van meningsuiting en verzet tegen onderdrukking genoemd. Het betreft hier zogenaamde klassieke grondrechten, die bedoeld zijn om te beschermen tegen inbreuken in de privésfeer door de overheid. Klassieke grondrechten leiden tot een negatieve of onthoudingsverplichting van de overheid. Dat geldt echter niet voor sociale grondrechten, die burgers niet alleen willen beschermen maar ook ontplooiingskansen willen bieden. Ze leiden daarom tot een positieve of inspanningsverplichting van de overheid, die dus geld kost (denk aan het garanderen van onderwijs, gezondheid, woon- en werkgelegenheid).

Het recht op gezondheid, een sociaal grondrecht, werd pas laat geformuleerd. In 1948 proclameerde de World Health Organization (WHO): 'Het genot van de hoogst bereikbare maat van gezondheid is een van de fundamentele rechten van ieder mens zonder onderscheid van ras, religie, politieke overtuiging, economische of sociale situatie'. Dit keer golden de rechten niet slechts voor de Franse natie, maar voor de mensheid als geheel. Gezondheid werd voortaan beschouwd als een sociaal grondrecht. Nu is dit natuurlijk een nobel ideaal, maar steeds blijkt dat er vele obstakels staan tussen droom en daad. Schaarse middelen bijvoorbeeld, en gebrek aan politieke wil. In 1978 organiseerde de WHO een conferentie in Alma Ata. In de slotverklaring staat onder meer te lezen: 'Gezondheid is een fundamenteel mensenrecht... De enorme verschillen in gezondheid die momenteel bestaan zijn politiek, sociaal en economisch onaanvaardbaar'. Ruim 200 jaar na de Franse Revolutie is nog steeds sprake van grote lokale, nationale en mondiale gezondheidsverschillen, die worden veroorzaakt door armoede, ongeletterdheid, ondervoeding, slechte huisvesting en werkloosheid. Behoort het in kaart brengen, verklaren en oplossen van gezondheidsverschillen tot de taken van de overheid? Waarom wel of niet? Wie moet er mondiaal verantwoordelijkheid nemen, en hoe?

College 10. Inzet en rol van medische technologie in de zorg

We worden omgeven door technologie die het leven enerzijds vergemakkelijkt en aangenaam maakt (denk aan internetbankieren, streaming muziekdiensten, slimme systemen in huis), maar anderzijds het levensritme en de bewegingsvrijheid in hoge mate bepaalt en beperkt (email, social media, bewakingscamera's), de consumptie in kaart brengt en zelfs stuurt (bonuskaart, OV-chipkaart) en onze leefruimte aantast (vervuiling door auto, vliegtuig en industrie). Blijkbaar heeft techniek twee gezichten. Dat geldt ook voor technologische ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Terwijl medische innovaties enerzijds hebben geleid tot indrukwekkende verbeteringen op het terrein van diagnostiek en therapie (denk aan het röntgenapparaat, de electrocardiograaf, de kunstnier, de ijzeren long en het beademingsapparaat), is anderzijds sprake van ongerustheid dat de mens de slaaf wordt van de techniek, hetgeen wordt beschouwd als een verlies voor zowel de arts als de patiënt. Ook bestaat er zorg over het kostenopdrijvend effect van medische technologie, die soms tot doel op zich lijkt te zijn geworden. Zo groeit het aantal *medical devices* tegenwoordig exponentieel, en lijkt het erop dat de gezondheidsbelangen van de bevolking ondergeschikt zijn geworden aan de economische belangen van hun producenten. Niet zelden leidt het beschikbaar komen van een nieuwe technologie tot een maatschappelijke discussie over de toepassing ervan.

Medische technologie is dus nooit alleen maar technisch en neutraal, ze is tevens sociaal en waarde beladen. Medische technologie is normatief en politiek; aan de keus voor het gebruik ervan liggen waarden en opvattingen ten grondslag, ook al worden die zelden of nooit expliciet gemaakt. De keus voor medische technologie lijkt vaak onontkoombaar. Zo wordt tegenwoordig veel verwacht van

beeldvormende technieken, big data, robotica, sensoren, *virtual reality*, *remote monitoring*, 3D-printen, *personal health management* en *'the Quantified Self'*. Natuurlijk is het van belang dat een techniek werkt, maar het is even belangrijk om te weten hoe een techniek uitwerkt. Welke effecten heeft de introductie van een nieuwe techniek op het welzijn van de patiënt? Op de zorgprofessional? Op het bereiken van de doelen van de gezondheidszorg? Op de betaalbaarheid en toegankelijkheid van het stelsel? We moeten ons ervan bewust zijn dat ze geen panacee zijn. Medische technologie is niet goed en niet slecht: het is wat de mens ervan maakt.

College 11. Grenzen en beheersbaarheid van de gezondheidszorg

In maart 2015 trok een handjevol huisartsen op naar het Ministerie van VWS in Den Haag. Ze waren gekomen om – in het holst van de nacht - een manifest te spijkeren aan de deur van het ministerie, waarin protest werd aangetekend tegen de doorgeschoten bureaucrativering en marktwerking in de gezondheidszorg. De spontane noodkreet trok veel aandacht: binnen enkele weken hadden maar liefst 7800 huisartsen en 17.000 sympathisanten het Manifest ondertekend, en werden er publieke en parlementaire debatten aan gewijd. De artsen voelden zich met de rug tegen de muur staan. Ze deden daarom een appèl aan de politiek om prioriteiten te stellen en keuzes te maken. Keuzes waarvoor zij zich niet toegerust voelden. Waar moet het geld naar toe: naar technologie of naar thuiszorg? Naar nieuwe chemotherapie of naar meer handen aan het bed? Hoe halen we de weeffouten uit het stelsel en hoe garanderen we solidariteit in het systeem? Dat waren vragen waarop zij, als arts, geen antwoord konden of wilden geven. Daarom vroegen ze de politiek de kaders aan te geven waarbinnen zij konden dokteren.

We beleven paradoxale tijden, die misschien het best kunnen worden omschreven als een *embarrassment of riches* – althans in het rijke westen. Er is meer medische kennis voorhanden dan ooit tevoren, waardoor we langer (gezond) leven dan ooit tevoren. Er gaat ook meer geld naar de gezondheidszorg dan ooit tevoren. Het heeft per saldo geleid tot torenhoge, maar vaak ook onrealistische, verwachtingen van de geneeskunde. Er lijkt geen grens te zijn aan wat de geneeskunde vermag, en geen grens aan wat de overheid lijkt te willen besteden aan de gezondheidszorg. Een combinatie van secularisering, maakbaarheid denken en hoge welvaart heeft zodoende geleid tot onredelijke en tevens onhoudbare verwachtingen bij de burger-patiënt. Door deze combinatie van factoren dreigt het stelsel onbetaalbaar en onbeheersbaar te worden. Als samenleving moeten we daarom bereid zijn na te denken over de fundamenten ervan. Wat zijn de doelen en de grenzen van de geneeskunde? Wie heeft de regie in de gezondheidszorg? Welke instrumenten kunnen het best worden gebruikt om het stelsel optimaal te doen functioneren, zowel voor de individuele patiënt en zorgverlener als voor de premie- en belastingbetaler? Van wie is de gezondheidszorg eigenlijk?

College 12. De geestelijke gezondheid bedreigd

Steeds meer mensen worden gediagnostiseerd met een mentale aandoening, en de uitgaven voor psychische stoornissen bedragen meer dan het dubbele van die voor hart- en vaatziekten, de tweede groep op de ranglijst van zorguitgaven. Wat is hiervan de verklaring? Zijn we tegenwoordig zieker dan ooit? Of is er gewoon meer oog voor psychische problematiek? Hoeveel van die problematiek heeft een strikt medische oorzaak, en hoeveel kan worden geschreven op het conto van het jachtige en competitieve karakter van het moderne leven? En wat is eigenlijk de rol van de farmaceutische industrie bij het samenstellen van de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), die een taxonomie van mentale aandoeningen geeft, maar daarmee ook de indicatiegebieden voor een groeiend arsenaal aan geneesmiddelen?

De omgang met mentale aandoeningen en afwijkend gedrag is nooit eenduidig geweest, en heeft ook niet altijd behoord tot het domein van de geneeskunde. De diverse benaderingen worden wel samengevat in de drie *c's*: *care, custody and cure* (zorg, bewaring en genezing). Terwijl de kerk vanuit een charitatief motief zorg wilde bieden in de gods- en gasthuizen, had de staat vooral oog voor het behoud van de openbare orde en zedelijkheid. Mensen die een bedreiging vormden voor zichzelf of hun omgeving werden daarom met dwang opgenomen in zogenaamde 'dolhuizen'. De geneeskunde voelde, vooral vanaf de negentiende eeuw, een groeiende behoefte tot behandelen, en was ervan overtuigd dat dat ook mogelijk was. Maar daartoe diende wel eerst de aard en oorzaak van mentale aandoeningen te worden vastgesteld. Twee tradities streden daarbij om voorrang: een organische en een psychologische. De nieuwe psychofarmaca van de tweede helft van de twintigste eeuw gaf de organische traditie de wind stevig in de zeilen en zorgde voor een geweldig therapeutisch optimisme onder psychiaters.

Volgens de antipsychiatrie van de late twintigste eeuw was echter niet het individu, maar juist de samenleving ziek. Afwijkend gedrag zou een gezonde reactie zijn op een zieke samenleving. Daarom moest volgens hen niet het individu worden behandeld, maar de samenleving hervormd. De identiteit en het takenpakket van psychiatrie en GGZ blijven lastig te bepalen. Wanneer zijn ze onderdeel van gezonde zorg, wanneer een vorm van sociale controle en normalisering? Wat dienen we eigenlijk te verstaan onder 'normaal', en wie komt die definitie- en interventiemacht toe? Komt onze bemoeienis voort uit zorg om de individuele patiënt? Of gaat het vooral om exclusie, normalisering en behandeling in het belang van anderen?

College 13. Covid-19: verleden, heden en toekomst van pandemieën

In 2020 werd de wereld opgeschrikt door een uitbraak van Covid-19. Relatief laat werd de epidemie door de WHO opgeschaald naar een pandemie. Ingezien werd dat het hier ging om een ernstige en besmettelijke ziekte met een explosief karakter waartegen nog geen populatiebrede immuniteit bestond, en die zich dus razendsnel over de wereld kon verspreiden. De impact van de uitbraak was enorm: het dagelijks leven kwam grotendeels tot stilstand, ziekenhuizen kampten met volle IC-afdelingen en economieën kraakten in hun voegen. De mensheid zag zich al vaker gesteld voor grote uitdagingen, van de pest in de middeleeuwen tot de cholera in de 19e eeuw en de Spaanse griep in 1918. Wat zijn de overeenkomsten tussen pandemieën? Welke lessen kunnen we trekken uit het verleden?

In dit college worden pandemieën beschouwd als fasen in een epidemiologische transitie; als het gevolg van een virale spillover van de ene regio naar de andere. Vervolgens wordt nagegaan hoe de mens reageert op een epidemie. Aanvankelijk wordt een epidemie ontkend, vervolgens wordt gezocht naar een zondebok, daarna ontstaat consensus over te volgen beleid. Tenslotte, als de epidemie geweken is, wordt er geëvalueerd. Maar eindigen epidemieën eigenlijk wel? Tot nog toe gelden slechts twee ziekten als volledig uitgeroeid: de pokken en de runderpest. In alle andere gevallen eindigde een epidemie niet, maar werd hij endemisch of verplaatste hij zich naar elders. Het eind van een epidemie is meestal een politiek besluit, opdat het leven weer zijn normale gang kan nemen. Maar in een geglobaliseerde wereld moeten we ons realiseren dat we – meer dan ooit – van elkaar afhankelijk zijn. Lokaal curatief beleid schiet daarom tekort. Mondiaal preventief beleid is het enige antwoord op bedreigingen van pandemische aard.

Aanbevolen literatuur

Aanbevolen literatuur bij collegeserie 1: Capita selecta uit de medische geschiedenis

Inleiding

H.F.P. Hillen, E.S. Houwaart en F.G. Huisman eds., *Medische geschiedenis . Ziekte, kennis, dokter en patiënt, gezondheidszorg en maatschappij* (Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2018)

Roy Porter, *The greatest benefit to mankind. A medical history of humanity from antiquity to the present* (Londen: Harper Collins, 1997)

D.S. Jones, J.A. Greene, J. Duffin en J. Harley Warner, 'Making the case for history in medical education', *Journal of the history of medicine and allied sciences* 70 (2015), 623-652

College 1

Vivian Nutton, 'Medicine in the Greek world, 800-50 BC' in: Lawrence Conrad, Michael Neve, Vivian Nutton, Roy Porter en Andrew Wear, *The western medical tradition, 800 BC to AD 1800* (Cambridge: Cambridge university press, 1995), 11-38

H.J. Cook, 'De ontmoeting met niet-westerse tradities' in: H.F.P. Hillen, E.S. Houwaart en F.G. Huisman eds., *Medische geschiedenis . Ziekte, kennis, dokter en patiënt, gezondheidszorg en maatschappij* (Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2018), 57-68

Charles E. Rosenberg, 'Holism in twentieth-century medicine' in: Christopher Lawrence en George Weisz eds., *Greater than the parts: Holism in biomedicine 1920–50* (Oxford: Oxford University Press, 1998), 335–355

College 2

Jacob Stegenga, 'Holism and reductionism' in: Idem, *Care and cure. An introduction to philosophy of medicine* (University of Chicago press, 2018), 67-79

René Dubos, 'The mirage of health' in: Basiro Davey, Alastair Gray en Clive Seale eds., *Health and disease: a reader* (Buckingham: Open University Press, 2001), 4-9

Allan Brandt en Martha Gardner, 'The Golden Age of medicine?' in: Roger Cooter en John Pickstone eds., *Medicine in the 20th century* (Amsterdam: Harwood, 2000), 21-35

College 3

F.G. Huisman, 'De medische professie' in: H.F.P. Hillen, E.S. Houwaart en F.G. Huisman eds., *Medische geschiedenis . Ziekte, kennis, dokter en patiënt, gezondheidszorg en maatschappij* (Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2018), 209-224

Harold J. Cook, 'Medicine in western Europe' in: Mark Jackson ed., *The Oxford handbook of the history of medicine* (Oxford: Oxford university press, 2011), 190-207

Evelien Tonkens, *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector* (Amsterdam: Van Genneep, 2008)

College 4

Nicolas Jewson, 'The disappearance of the sick man from medical cosmology, 1770-1870', *Sociology* 10 (1976) 225-244

F.G. Huisman, 'De arts-patiëntrelatie' in: H.F.P. Hillen, E.S. Houwaart en F.G. Huisman eds., *Medische geschiedenis. Ziekte, kennis, dokter en patiënt, gezondheidszorg en maatschappij* (Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2018), 163-177

Martin Dinges, Kay Peter Jankrift, Sabine Schlegelmilch en Michael Stolberg eds., *Medical practice, 1600–1900. Physicians and their patients* (Leiden: Brill / Rodopi, 2016)

College 5

Philippe Ariès, 'Invisible death', *The Wilson quarterly* (1981) 105-115

Michael Jacobsen, "'Spectacular death" – proposing a new fifth phase to Philippe Ariès's admirable history of death', *Humanities* 5 (2016) 1-17

Jacob Stegenga, 'Death' in: Idem, *Care and cure. An introduction to philosophy of medicine* (University of Chicago press, 2018), 36-47

College 6

Johan Mackenbach, *A history of population health. Rise and fall of disease in Europe* (Leiden: Brill / Rodopi, 2020)

Dorothy Porter ed., *The history of public health and the modern state* (Amsterdam: Rodopi, 1994)

Alan R. Petersen en Deborah Lupton, *The new public health. Health and self in the age of risk* (Londen: Sage Publications, 1996)

Aanbevolen literatuur bij collegeserie 2: Historische perspectieven op hedendaagse uitdagingen in de zorg

College 7

Kim Putters, *Het einde van de BV Nederland. Over de noodzaak van een verhaal voor onze samenleving* (Amsterdam: Prometheus, 2022)

Frank Huisman en Harry Oosterhuis eds., *Health and citizenship. Political cultures of health in modern Europe* (London: Pickering & Chattoo, 2013)

Deborah Lupton, *Medicine as culture. Illness, disease and the body in western societies* (Londen: Sage publications, 1994)

Eliot Freidson, *Professionalism: the third logic* (Cambridge: Polity, 2001)

College 8

Heidi Larson, *Stuck. How vaccine rumors start – and why they don't go away* (New York: Oxford university press, 2020)

Steven Shapin, 'Is there a crisis of truth?', *Los Angeles review of books*, 2 december 2019.

<https://lareviewofbooks.org/article/is-there-a-crisis-of-truth/>

James Lefanu, *The rise and fall of modern medicine* (Londen: Abacus, 2001)

Sjaak Koenis, *De Januskop van de democratie. Over de bronnen van boosheid in de politiek* (Amsterdam: Van Genneep, 2016)

College 9

I. Kawachi, S.V. Subramanian en N. Almeida-Filho, 'A glossary for health inequalities', *Journal of epidemiology and community health* 56 (2002) 647–652

Frank Huisman en Nancy Tomes, 'A world south-side up? Global health and the provincializing of Europe', *European journal for the history of medicine and health* 1 / 78 (2021), 195-212

Randall Packard, *A history of global health. Interventions into the lives of other peoples* (Baltimore: the Johns Hopkins university press, 2016)

Seye Abimbola, 'The foreign gaze: authorship in academic global health', *BMJ Global Health* (2019). doi:10.1136/bmjgh-2019-002068

College 10

Stanley Joel Reiser, *Technological medicine. The changing world of doctors and patients* (Cambridge: Cambridge university press, 2009)

Marc Berg en Annemarie Mol, *Ingebouwde normen. Medische technieken doorgelicht* (Utrecht: Van der Wees, 2001)

Paul Unschuld, *Ware Gesundheit. Das Ende der klassischen Medizin* (München: Becksche Reihe, 2009)

José van Dijck, Thomas Poell en Martijn de Waal, 'Health care and health research' in: Idem, *The Platform society. Public values in a connective world* (Oxford: Oxford university press, 2018), 97-116

College 11

Roy Porter, *The greatest benefit of mankind. A medical history of humanity from antiquity to the present* (Londen: Harper Collins, 1997), 3-13 en 710-718

D. Callahan, 'Managed care and the goals of medicine', *Journal of the American geriatrics society* 1998. doi: 10.1111/j.1532-5415.1998.tb01060.x

Ivan Illich, *Limits to medicine. Medical nemesis: the expropriation of health* (Londen: Boyars, 1976)

Atul Gawande, *Being mortal. Medicine and what matters in the end* (New York: Metropolitan Books, 2014)

College 12

G. Blok, 'Soelaas voor geest en samenleving: de GGZ als werkveld' in: H.F.P. Hillen, E.S. Houwaart en F.G. Huisman eds., *Medische geschiedenis . Ziekte, kennis, dokter en patiënt, gezondheidszorg en maatschappij* (Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2018), 207-219

Charles E. Rosenberg en Janet Golden eds., *Framing disease. Studies in cultural history* (New Brunswick: Rutgers university press, 1997), i.h.b. 206-226

Thomas Szasz, *The myth of mental illness. Foundations of a theory of personal conduct* (St. Albans: Paladin, 1972)

Trudy Dehue, *De depressie-epidemie. Over de plicht het lot in eigen hand te nemen* (Amsterdam: Augustus, 2008)

College 13

William McNeill, *Plagues and peoples* (Oxford: Blackwell, 1977)

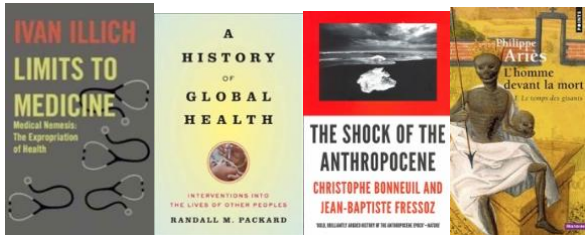
Charles Rosenberg, *Explaining epidemics and other studies in the history of medicine* (Cambridge: Cambridge university press, 1992), 278-292 en 293-304

Richard Horton, *The Covid-19 catastrophe: what's gone wrong and how to stop it happening again* (Cambridge: Polity press, 2020)

Christophe Bonneuil en Jean-Baptiste Fressoz, *The shock of the anthropocene. The earth, history and us* (Londen: Verso, 2017)

Illustraties

Inleiding op het hoorcollege: over medische geschiedenis



Zelfmedicatie. Een man die bij een open haard staat en een vies gezicht trekt nadat hij medicijnen heeft ingenomen. Ingekleurde ets naar J. Gillray (1801)



Bezoek van een dokter. Edward Jenner vaccineert een jongen. Olieverfschilderij van E.-E. Hillemacher, 1884

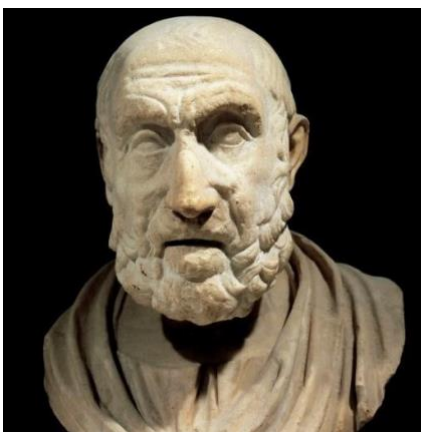


Bezoek aan een kwakzalver. Gerard Dou: detail van de kwakzalver (1652)



Opname in een ziekenhuis (de Franse arts Laënnec ausculteert een patiënt in het bijzijn van studenten, 1816)

College 1. Holisme: antieke wortels



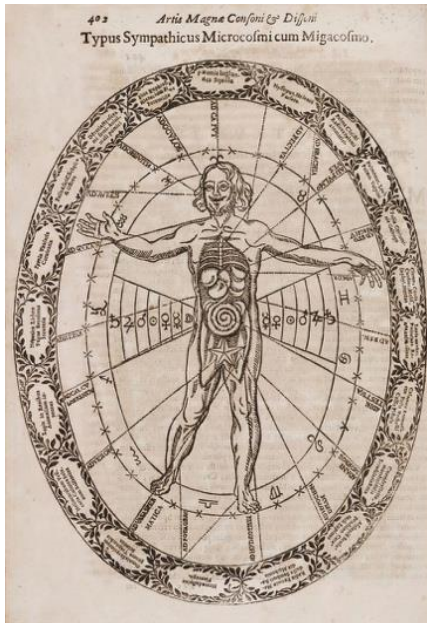
Hippocrates (ca. 460- 377 v.C.)

De vier humores

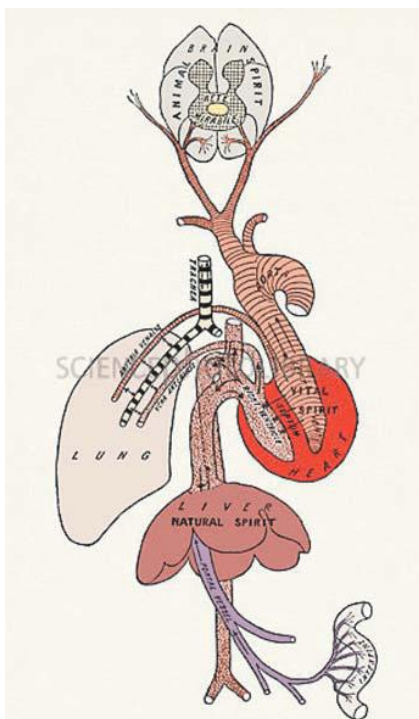
Humor	Latijn	Lichaamsdeel	Element	Temperament
Bloed	Sanguineus	Lever	Lucht	optimistisch, vriendelijk
Slijm	Phlegmaticus	Longen	Water	introvert, kalm, evenwichtig
Gele gal	Cholericus	Galbaas	Vuur	extrovert, gepassioneerd
Zwarte gal	Melanchoicus	Milt	Aarde	serius, pessimistisch



De samenhang tussen de elementen, humoren en kwaliteiten



De samenhang tussen micro- en macrocosmos. Athanasius Kircher, ca. 1650



De *spiritus*-leer van Galenus (ca. 130-200 AD)



ABC therapie: aderlaten. Olieverfschilderij van Jacob Toorenvliet, 1666.



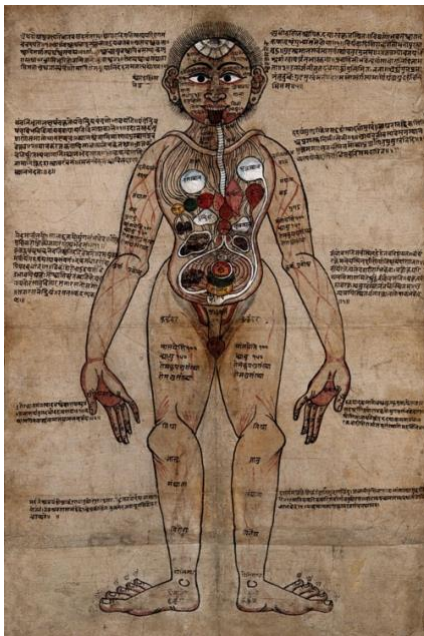
ABC-therapie: braken. Gekleurde aquatint van G.M. Woodward, 1800.



ABC-therapie: clisteren. Chromolithografie naar G. Droz, 1832-1895.



Uitwisseling met andere holistische stelsels: acupunctuur

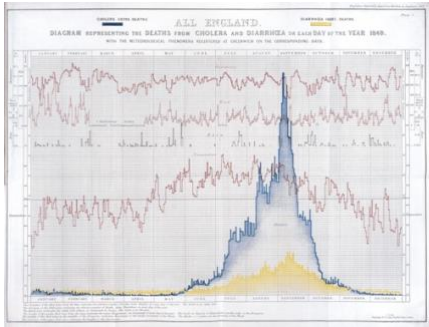


Uitwisseling met andere holistische stelsels: ayurveda

College 2. Reductionisme: de moderne geneeskunde



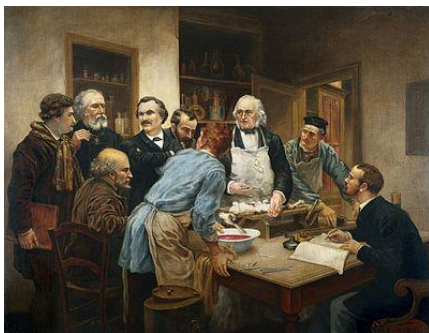
De (Franse) kliniek: seriële observatie



De statistiek en de 'gemiddelde mens'



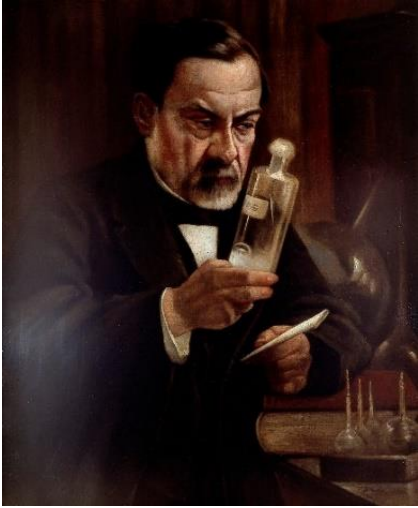
Het laboratorium: gezag van het experiment. Giessen, Duitsland, 1851



Vivisectie in het lab door Claude Bernard (1813-1878)



Vereniging tegen de kwakzalverij, vanaf 1881.



Louis Pasteur (1822-1895)



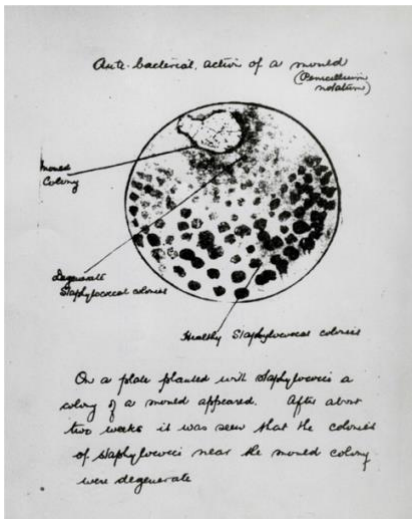
Robert Koch (1843-1910)



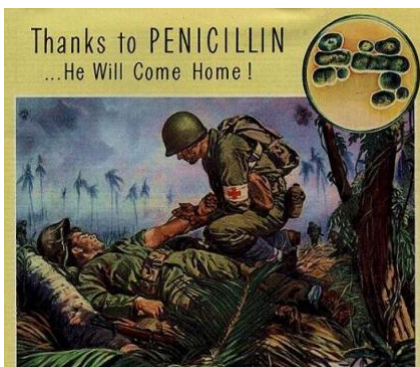
Paul Ehrlich (1854-1915)



Alexander Fleming (1881-1955)

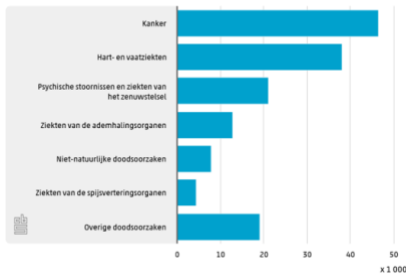


Uit het labjournaal van Fleming



De triomftocht van penicilline

Doodsoorzaken, 2017



Het dominante ziektepatroon: van infectie- naar chronische ziekten (Nederland)

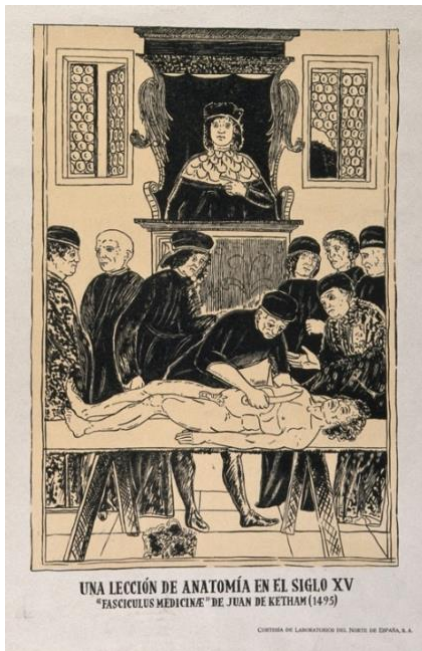
College 3. De medische professie: van *iatros* tot zorgmanager



Oudheid: de behandeling van een schouder (Grieks reliëf uit Oropos)



Middeleeuwen: college aan de medische faculteit van Parijs. Uit het manuscript "Chants royaux", Bibliothèque Nationale, Parijs. 16^{de} eeuw.



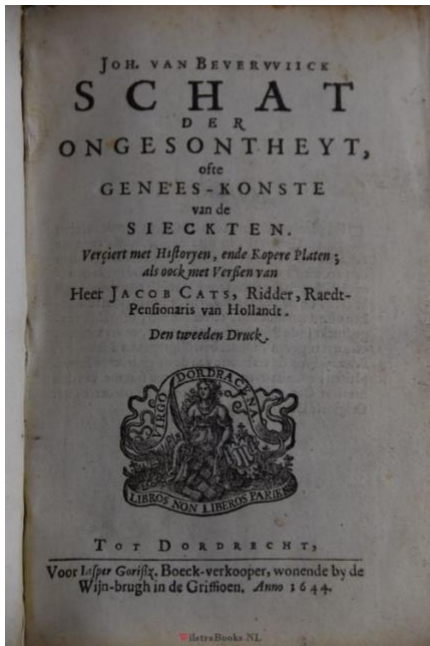
Middeleeuwen: scheiding tussen genees- en heelkunde. (Houtsneede door Johannes de Ketham, Venetië 1493)



Personificatie van de geleerde *medicinae doctor*. Nicolas de Larmessin (1632–1694)



De *Medicinae doctor* voelt de pols. Jan Steen ca. 1663



De *Medicinae doctor* geeft gewogen advies



De chirurgijn verricht een aderlating in zijn winkel



De reizende meester praktiseert op de jaarmarkt. Gerard Dou, detail van *De kwakzalver* (1652)



Premier Thorbecke en de vier geneeskundige wetten (1865)



Minister Borst en *Medisch handelen op een tweesprong* (1991)

College 4. De arts-patiëntrelatie: medemens of object?



Pablo Picasso, 'Wetenschap en liefdadigheid' (1897)



Strijd om de juiste methode/de gunst van de patiënt. Gekleurde houtgravure, ca. 1800



Thomas Rowlandson, 'Het consult' (1808)



Honoré Daumier, 'De rekening'



'De vier gedaanten van de arts' (17^e eeuw): de arts als Christus



'De vier gedaanten van de arts' (17^e eeuw): de arts als engel



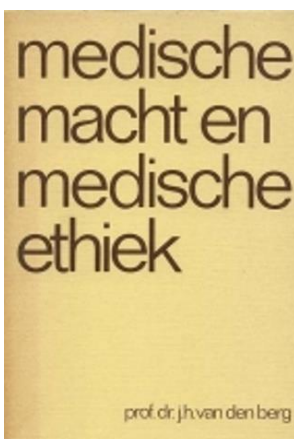
'De vier gedaanten van de arts' (17^e eeuw): de arts als mens



'De vier gedaanten van de arts' (17^e eeuw): de arts als duivel



De arts als huisvriend, Norman Rockwell (1894-1978)



Noodkreet door J.H. van den Berg

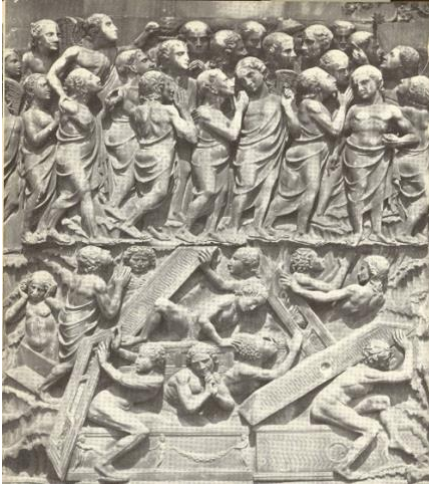
College 5. De dood en de grenzen van de geneeskunde



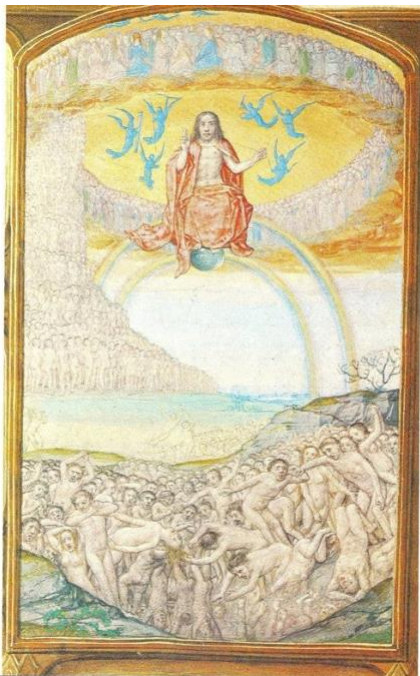
De arts, de vrouw en de dood (Ivo Saliger, 1894-1987)



De rust van een ridder (Salisbury cathedral)



De terugkeer van Christus: collectieve wederopstanding. Detail van het Laatste Oordeel op de pilaar van de gevel van de kathedraal van Orvieto, ca. 1320



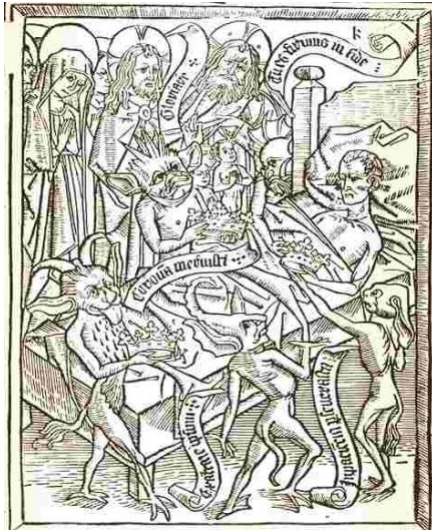
De terugkeer van Christus: eeuwige gelukzaligheid. Gedateerd 13e eeuw



Transi: persoonlijke aftakeling. De grafbeeltenis van François de Sarrà, ca. 1400



Danse Macabre: passie voor het leven. Aquarelkopie van Johann Rudolf Feyrabend, 1806



Ars Moriendi: straf voor hoogmoed, Nederland, c. 1460



Ars Moriendi: beloning voor deemoed. Nederland ca. 1460



Aartsengel Michaël weegt de zielen, Juan de la Abadia, 1498



Michelangelo, 'Het Laatste Oordeel' ca. 1541



Het vanitas-motief. Onbekende kunstenaar, 19^{de} eeuw



Het vanitas-motief. Door Pieter Claesz (1596-1661)



Grafsculptuur in Milaan



Grafsculptuur in Verona



Levensverlenging als doel op zichzelf. De dood als 'falen' (Ariès)



De 'pornografie van de dood': Damien Hirst



De 'pornografie van de dood', onthoofding door Isis



De 'pornografie van de dood': de vluchtelingencrisis



De 'pornografie van de dood': genocide in Afrika



De 'pornografie van de dood': Günther von Hagens



De 'pornografie van de dood': de dood van Lady Diana



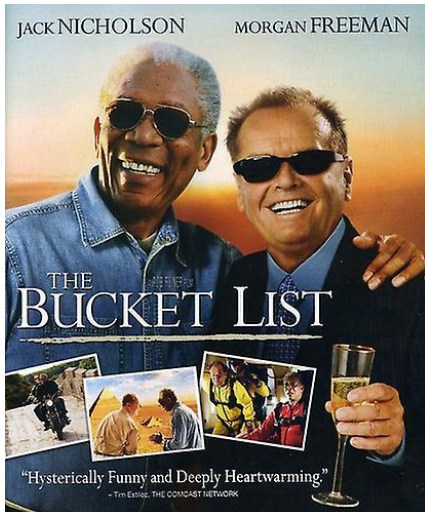
Commercialisering van de dood



Commercialisering van de dood: doodskisten op maat



Commercialisering van de dood: vervoer op maat



Seculiere her-ritualisering



Seculiere her-ritualisering



Seculiere her-ritualisering



Seculiere her-ritualisering



Palliatieve zorgrevolutie (personal decision-making, waardig sterven)

PALLIATIEVE ZORG

**LEVEN DOE JE
OP JE EIGEN MANIER**

STERVEN OOK

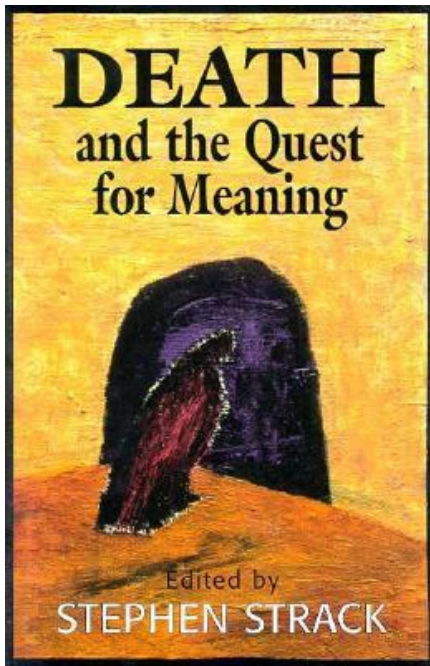
Loesje

www.loesje.nl

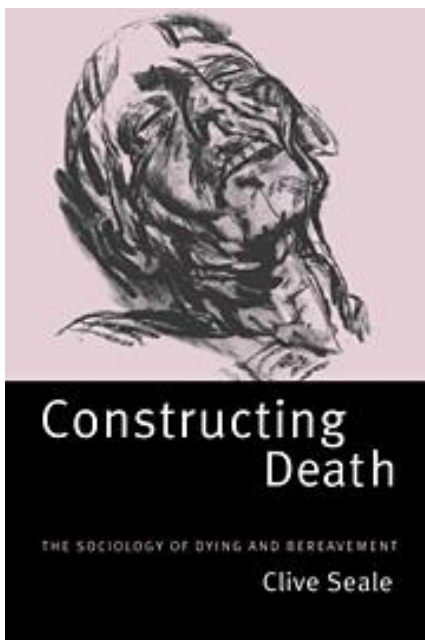
Palliatieve zorgrevolutie (personal decision-making, waardig sterven)



Palliatieve zorgrevolutie (personal decision-making, waardig sterven)



Thanatologie, een nieuwe academische discipline



Thanatologie, een nieuwe academische discipline



Thanatologie, een nieuwe academische discipline

College 6. Public health en de doelen van de geneeskunde



Oudheid: Hygieia met een slang



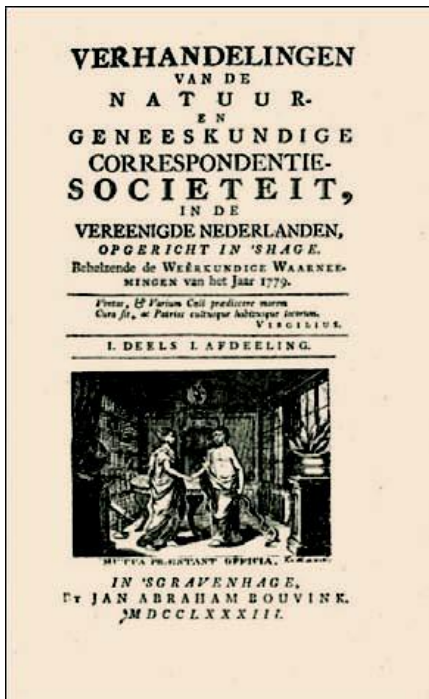
Oudheid: publieke latrines in Ostia, Italië



Middeleeuwen: publiek badhuis



Middeleeuwen: verklaring van de gezondheidscommissie van Milaan, ca. 1700



Vroegmoderne tijd: verslag van de Correspondentie-Societeit



Pleidooi door Matthias van Geuns voor preventief gezondheidsbeleid, 1850



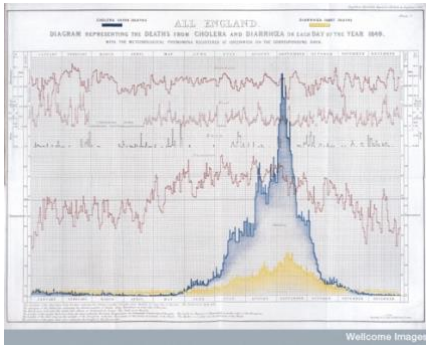
Cholera, de grote "killer" van de 19^{de} eeuw



'Father Thames' (1848): water (hippocratische elementenleer)



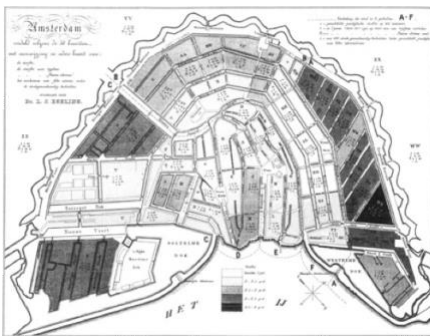
Besmet drinkwater in Londen



Sterftestatistiek in Engeland



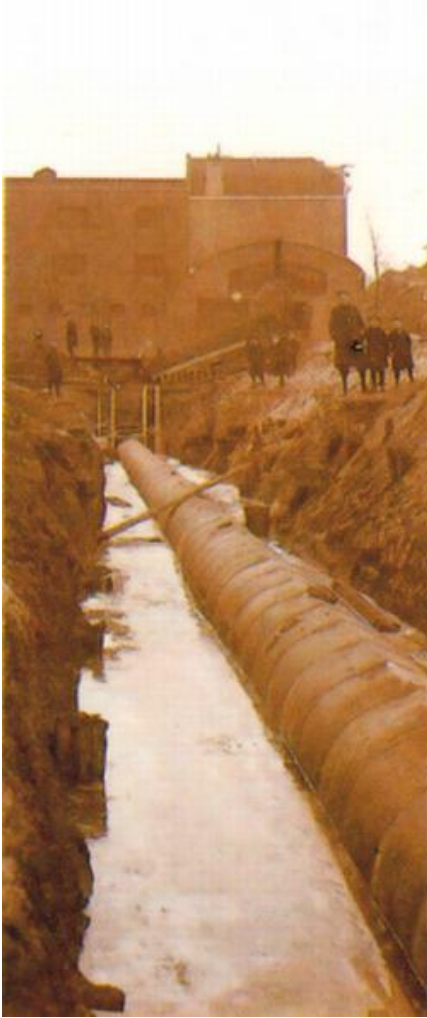
De aanleg van riolering in Londen



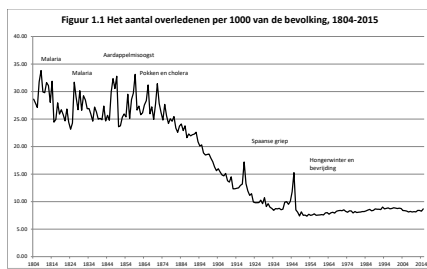
Amsterdam: sterfte per wijk (sociale differentiatie) in de periode 1856-1860 op schaal ca. 1:12.500, opgemaakt door dr. L.J. Egeling



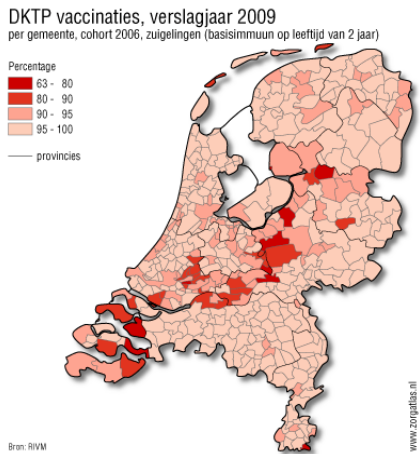
GGD brengt huisraad naar desinfectieoven



De aanleg van riolering in Amsterdam (1909)



De epidemiologische transitie in Nederland: sterftedaling vanaf ca 1875



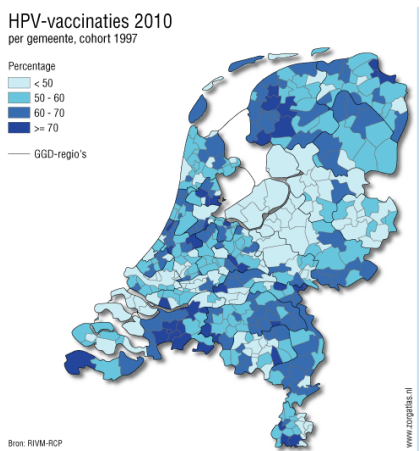
Hoge vaccinatiegraad in Nederland: > 95% (m.u.v. de 'Bible belt')



RIVM: 'Prik en bescherm'




Nederlandse Vereniging Kritisch Prikken

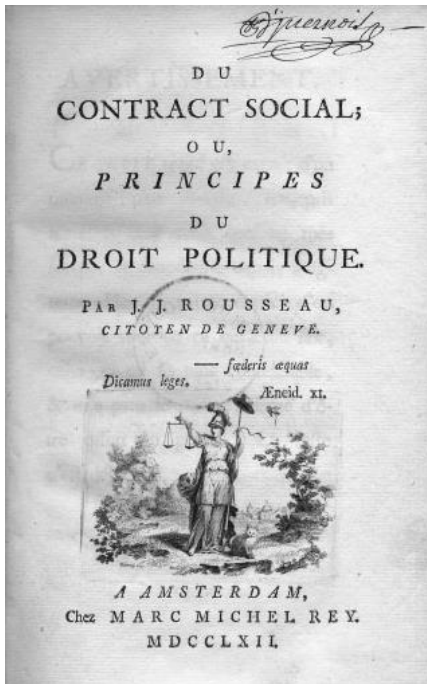


Vaccinatiegraad HPV. (NB: veel grilliger beeld dan voorheen)

 <p>Oude volksgezondheid</p>	 <p>Nieuwe volksgezondheid</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Het model • 19^e eeuw • Industriële samenleving • (Welvaart)staat • Sociaal-democratische context • Rechten-vertooog • Politieke macht 	<ul style="list-style-type: none"> • Een nieuwe realiteit • Late 20^e eeuw • Post-industriële samenleving • Markt, ondernemerschap • Neoliberale context • Plichten-vertooog • Persoonlijke autonomie

 <p>Oude volksgezondheid</p>	 <p>Nieuwe volksgezondheid</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Infectieziekten dominant • Ongezonde omgeving • Bacteriologie • Laboratoriumwetenschap • Causaliteit • Risico is specifiek • Sanitair beleid • Publieke hygiën 	<ul style="list-style-type: none"> • Chronische ziekten dominant • Ongezonde leefstijl • Genetica (predisponerend) • Epidemiologie, statistiek • Waarschijnlijkheid • Risico is overall • Empowerment van de burger • Het individuele lichaam

College 7. De relatie tussen burger-patiënt, zorgverlener en de overheid



Rousseau en de notie van het sociaal contract



Fransen revolutie: de Eed op de kaatsbaan, 1789



De Tocqueville over de nieuwe democratie

18e eeuw:

1870-1920:

20e eeuw:

**wettelijk
burgerschap**

**politiek
burgerschap**

**sociaal
burgerschap**

burgerrechten
wettelijke gelijkheid

politieke rechten
stemrecht

sociale rechten
welzijnsrechten



rechtszaal

parlement

welvaartstaat

De groeiende dimensies van democratisch burgerschap (Marshall)

Hoeveel bedragen de zorguitgaven in Nederland?

In 2017 bedroegen de uitgaven
aan gezondheidszorg

88 miljard euro*

Dat is ruim

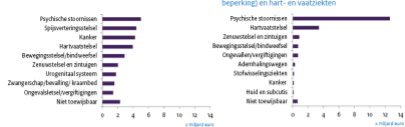
5.100 euro
per inwoner*

Hoogste zorguitgaven voor psychische stoornissen

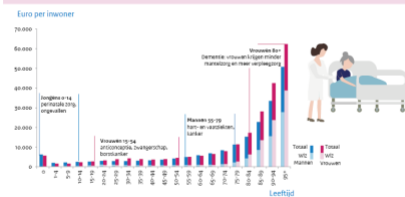


Aanzienlijke verschillen in uitgavenpatroon curatieve en langdurige zorg

Haft uitgaven curatieve zorg naar psychische stoornissen, spijvertingsstoornis, kanker en hart- en vaatziekten



Zorguitgaven voor mannen en vrouwen verschillen per levensfase



Meer informatie
<https://www.volkegezondheidszorg.info/acties-voor-ziekten>

Bronnen
 Kosten van ziekten

Toelichting
 * op basis van het BVM-perspectief, alle collectief en privaat gefinancierde zorguitgaven

Zorgkosten in Nederland, 2017

College 8. Het vertrouwen in de medische wetenschap



Karikatuur over (koepok)vaccinatie, ca 1800



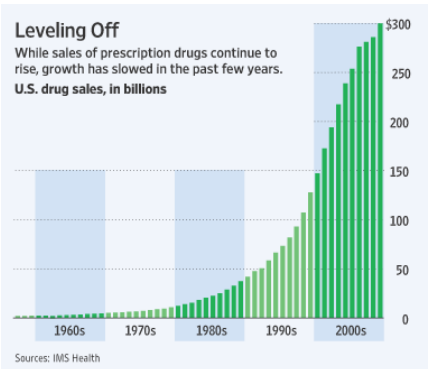
Karikatuur over vaccinatie, 2020



Karikatuur over vaccinatie, 2022

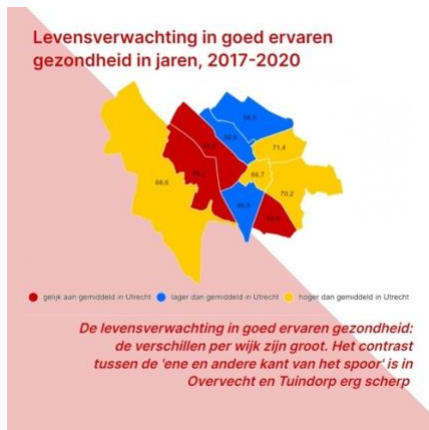


Protest tegen vaccinatie, 2022

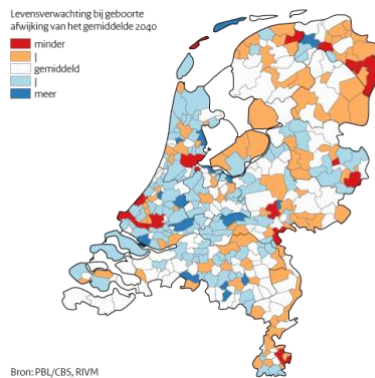


Van Golden Age of medicine naar Era of Big Science

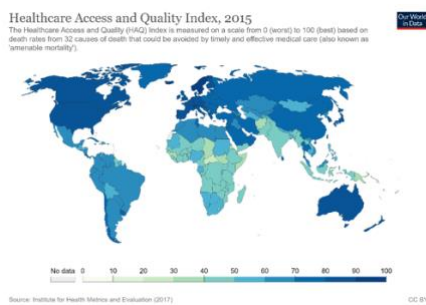
College 9. Over lokale, nationale en mondiale gezondheidsverschillen



Lokale gezondheidsverschillen: Utrecht



Nationale gezondheidsverschillen: Nederland



Mondiale gezondheidsverschillen



Gezondheidsverschillen



Verklaring van de rechten van de mens en de burger, 1789



Universele verklaring van de rechten van de mens, 1948



Alma Ata, 1978 (WHO conference on Primary Health Care)



Middeleeuwen: afvoer van stedelijk afval



Hobbes: het individuele en het publieke lichaam



J.P. Frank, *System einer vollständigen medicinischen Polizey*



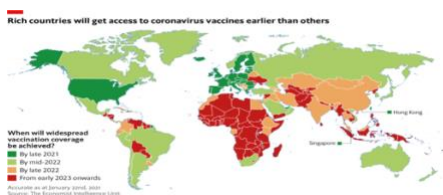
Edwin Chadwick: armenwetgeving en sanitaire hervormingen



Colonial medicine as a 'tool of empire'



Public-private partnerships in global health



COVID-19: prognose vaccinatiegraad, 2021-2023

College 10. Inzet en rol van medische technologie in de zorg



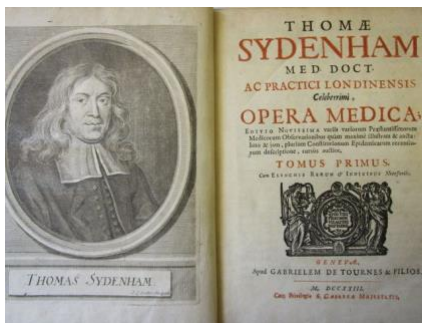
Technologie helpt de geneeskunde...



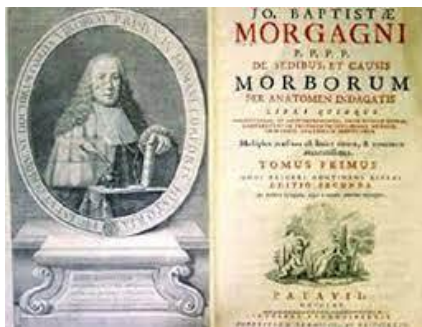
...maar ook de patiënt?



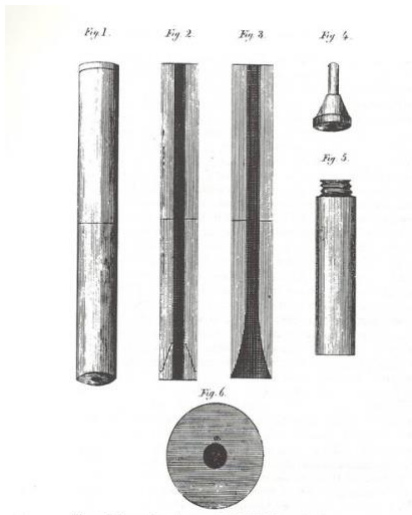
Andreas Vesalius en de anatomische wending



Thomas Sydenham en het ontologisch ziektebegrip



Giovanni Battista Morgagni en de lokalistische pathologie



René Laënnec en de auditieve diagnostiek



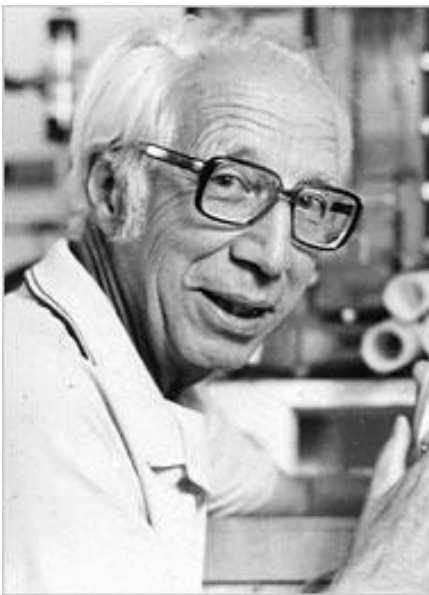
René Laënnec en de auditieve diagnostiek



Wilhelm Röntgen en de visuele diagnostiek



Wilhelm Röntgen en de visuele diagnostiek



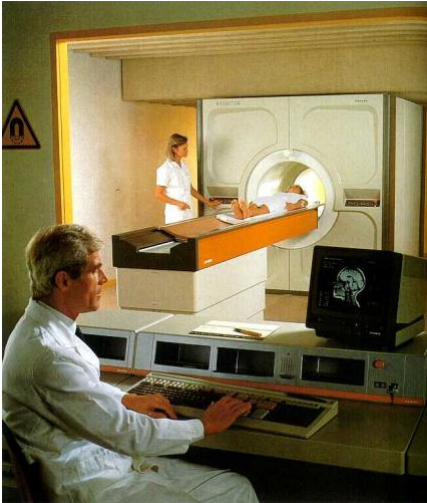
Willem Kolff en de kunstnier



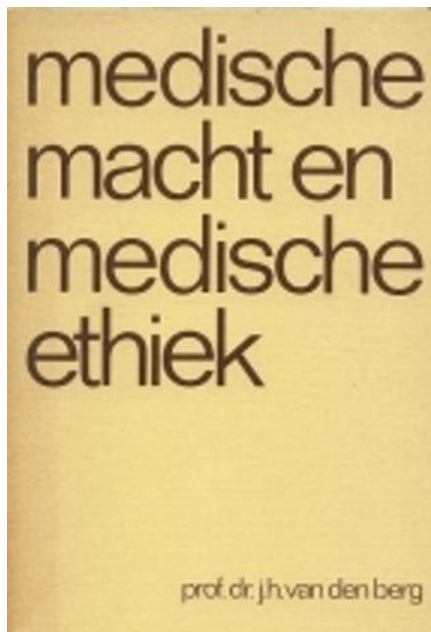
Willem Kolff en de kunstnier



Van de arts-bricoleur naar grootschalige industriële innovatie en productie



Van de arts-bricoleur naar grootschalige industriële innovatie en productie

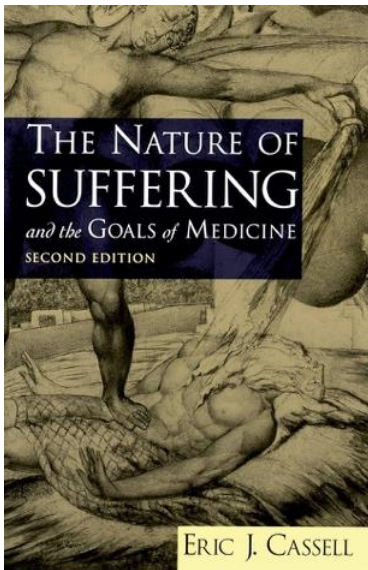


Noodkreet door J.H. van den Berg

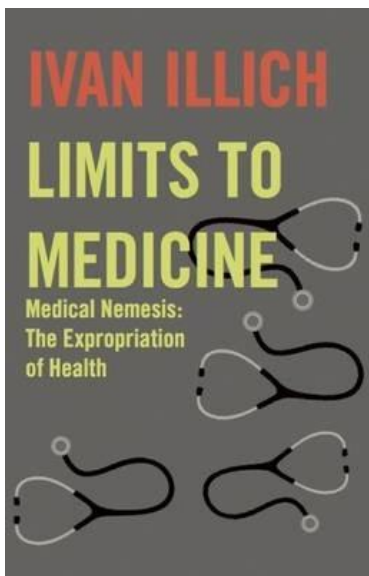


Motieven voor het doen van onderzoek: He Jiankui

College 11. Doelen, grenzen en beheersbaarheid van de gezondheidszorg



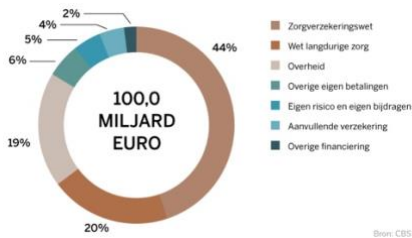
Doelen en grenzen van de geneeskunde



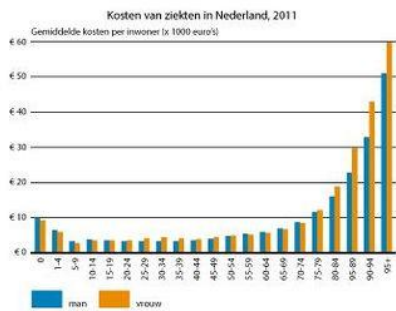
Doelen en grenzen van de geneeskunde



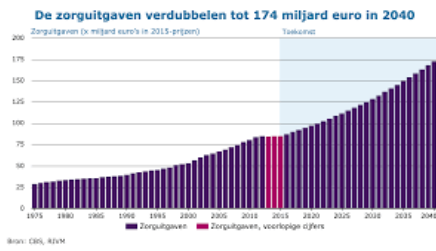
Grondwet, artikel 22 lid 1 (1983)



Zorgkosten in Nederland



Zorgkosten in Nederland



Zorgkosten in Nederland



De medicalisering van het leven: themanummer van het NTVG



Ivan Illich, auteur van *Medical nemesis: the expropriation of health* (1975)



Medical Humanities

College 12. De geestelijke gezondheid bedreigd: *care, custody or cure?*



Nathaniel Lee (1653-'92), Engels toneelschrijver



Frans Hals, 'Malle Babbe' (1655)



N.N., 'Malle Hein' (1825)



Pablo Picasso, 'El Loco' (De Dwaas), 1904



Fysionomie. De vier temperamenten door Lavater (1741-1801)



Fysionomie. Charles Le Brun (1619–1690)



Exorcisme. Sint Franciscus die duivels uitdrijft in Arezzo. Schilderij van Giotto (1266–1337)



Exorcisme. St. Franciscus Borgia helpt een stervende onboetvaardige door Goya (1788)



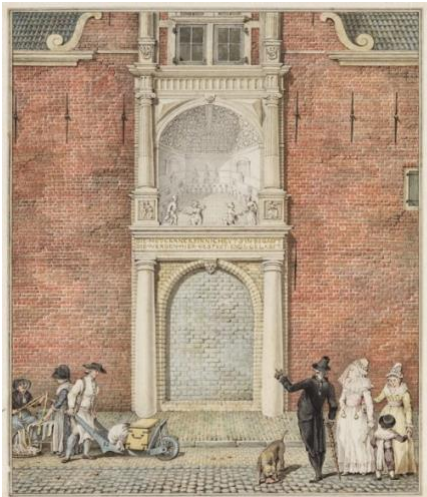
Geel, de 'barmhartige stede'. Tweede paneel van het Dimpna-altaarstuk



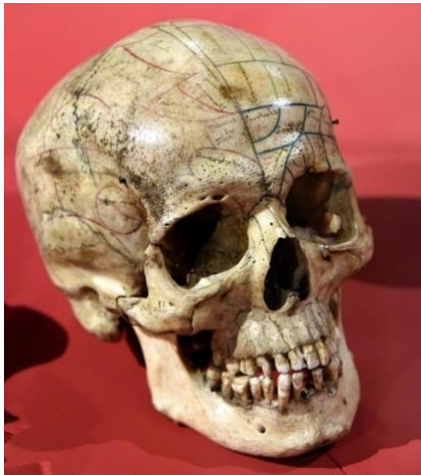
Geel, de 'barmhartige stede'. Standbeeld Sint-Dimpna in het OPZ Geel.



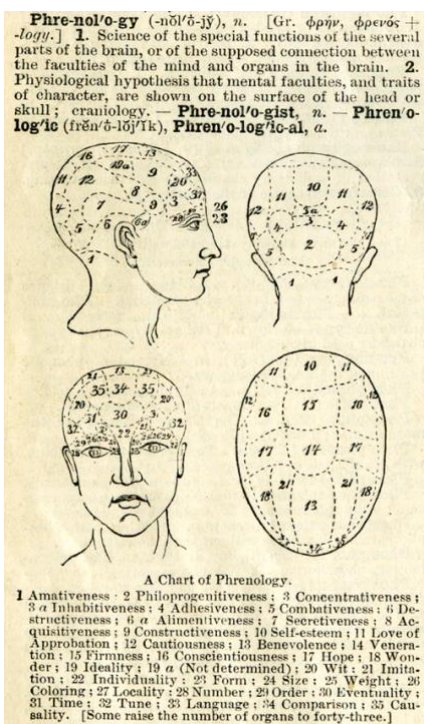
Openbare orde en zedelijkheid. Kopergravure van 't Dolhuis te Utrecht door Abraham Rademaker (1776-1735)



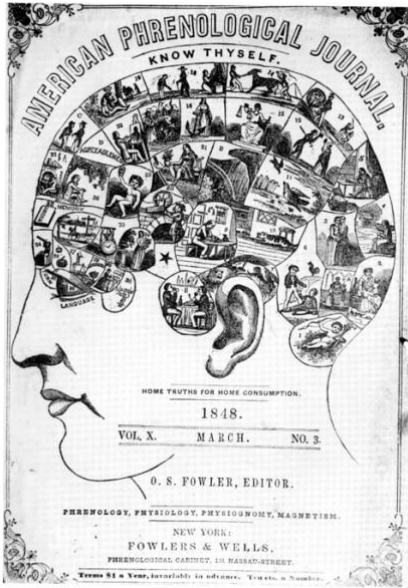
Dolhuis Amsterdam. Herman P. Schouten (1792)



F.J. Gall: van fysionomie naar frenologie. Frenologische schedel, Europees, 19e eeuw.



F.J. Gall: van fysionomie naar frenologie. Illustratie en definitie van "frenologie" uit Webster's Dictionary rond 1900



F.J. Gall: van fysionomie naar frenologie. Cover van American Phrenological Journal (1848)



Wilhelm Griesinger: de biologische wending



Emil Kraepelin: classificatie van ziekte



Theorie en praktijk: dwangmiddelen



Theorie en praktijk: dwangmiddelen



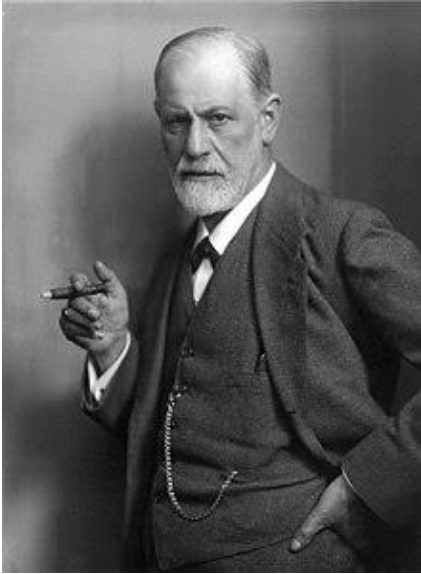
Theorie en praktijk: dwangmiddelen. Replica van een 19e-eeuws veiligheidsharnas, Engeland, 1930-1940



Strakhoud vest, rond 1700



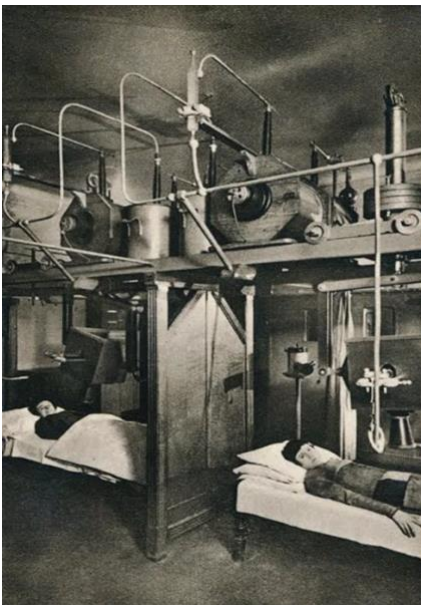
Goya, 'Casa de locos', ca. 1815



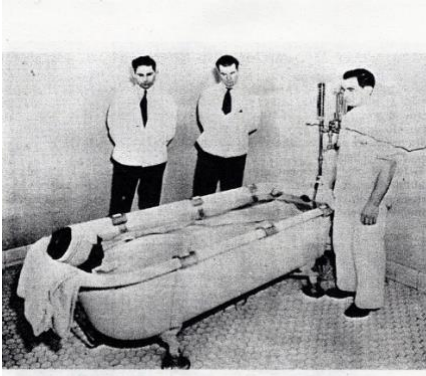
Sigmund Freud: de psychologische wending (1856-1939)



Sigmund Freud: de psychologische wending. De sofa van Freud



'Heroische' therapie



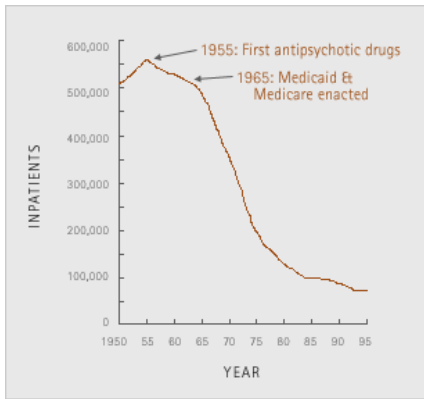
'Heroische' therapie



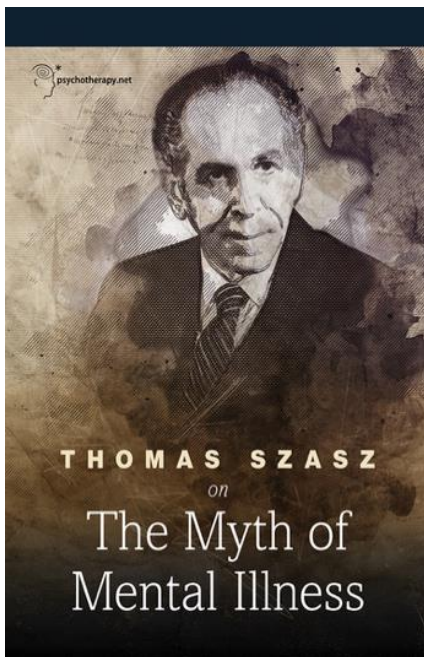
'Heroïsche' therapie: elektroshock. Patiënt van de Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik krijgt een elektrische schok, jaren 1930



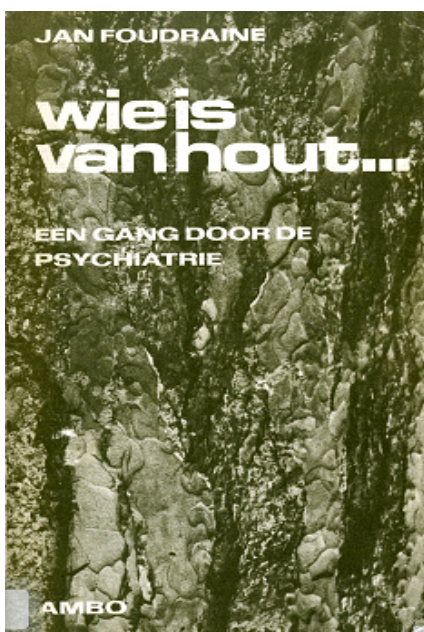
'Heroïsche' therapie: lobotomie. Walter Freeman, 1946



De farmacologische revolutie



De anti-psichiatrie: Thomas Szasz



De anti-psichiatrie: Jan Foudraine



De DSM: editie 1 t/m 5

College 13. Covid-19: verleden, heden en toekomst van pandemieën



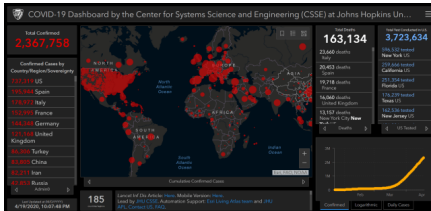
Pieter Bruegel, 'De triomf van de dood' (1562)



Arnold Böcklin, 'De Pest' (1898)



Dashboard JHU: februari 2020



Dashboard JHU: april 2020



Dashboard JHU: juli 2020



Wetenschappelijke en beleidsrespons op COVID-19



Militaire en handelsbewegingen...



...veroorzaakten de Zwarte Dood

PEST-ORDONNANTIE.
Abt last van de Magistraet
 van Arnhem door der selver Medicijn doctoren
 tot dienste van de Ghemeente op het koste
 bescheven.

Deut. 28. vers. 15.

*VVanneer ghy niet hooren sult de stemme des Heeren uweres
 Gods, dat ghy houdet ende doet alle sijne gheboden, zoo
 sullen alle de vloecken over u comen, ende u raken, &c.*

*De Heere zal u de Pestilentie aenhanghen, &c. ende sal u
 slaen met gheswoel, febris, hitte, brant, dorricheyde, ver-
 giftighe locht ende geelsucht, &c.*



Ghedrukt tot Arnhem by Ian Ianfz. 1624.
 Den 5. October.

Pestordonnantie 17^e eeuw (endemische fase)



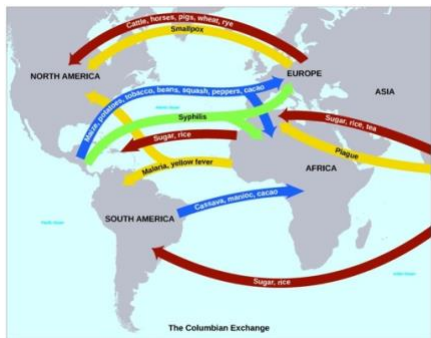
Beschaving van de Azteken



'Disease has always been a more efficient killer than human muscles' (McNeil)



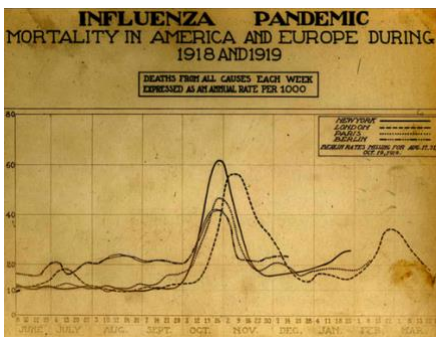
Overgave aan Cortez



Transatlantische uitwisseling



Vijf golven van cholera: 1817-24, 1829-37, 1846-60, 1863-75 en 1881-96



De Spaanse griep in 1918



COVID-19, bedrijf 1: ontkennen en bagatelliseren



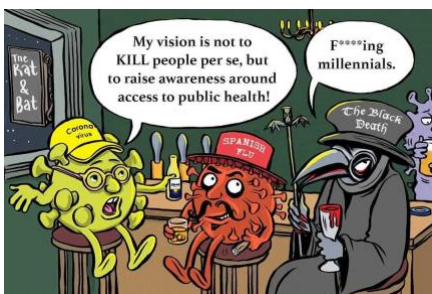
COVID-19, bedrijf 2: 'managing randomness'



COVID-19, bedrijf 3: 'negotiating public response'



COVID-19, bedrijf 4: 'subsidence and retrospection'



Colofon

Home Academy geeft hoorcolleges uit voor thuis en onderweg. Direct te downloaden of onbeperkt te beluisteren in de Home Academy Club. Interessante onderwerpen, van geschiedenis tot natuurwetenschappen, voorgedragen door boeiende sprekers. Zo kan je kennis opdoen in de auto, in de trein, op de fiets of thuis op de bank. Download de Home Academy app voor het beluisteren van onze hoorcolleges op een mobiel of tablet.

Kijk verder op www.home-academy.nl

Uitgave Home Academy Publishers
Middelblok 81
2831 BK Gouderak
Tel: 0182 – 370001
E-mail: info@home-academy.nl

Opname Bob Kommer (dec 2023 en jan 2024)
Stem Inleiding F.C. van Nispen tot Sevenaer
Muziek Intro Cok Verweij
Mastering Frits de Bruijn
Vormgeving Floor Plikaar

© Hoorcollege Copyright 2024 Home Academy Publishers B.V.
ISBN 978 90 8530 261 2
NUR 680, 77, 78

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen, mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, uitgeleend, verhuurd, uitgezonden, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door (foto)kopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaand schriftelijk toestemming van de uitgever.