

# | GEKRISTALLISEERD | TOT OBJECT

Hoe patiëntendossiers uit de Utrechtse Universitaire Klinieken  
als gids dienen in de historisering van ethische debatten over  
*Evidence-Based Medicine*

Lente 2017

Door Martijn van der Meer  
Met begeleiding van Pim Huijnen



**Universiteit Utrecht**

‘Gekristalliseerd tot Object’

— *Hoe patiëntendossiers uit de Utrechtse Universitaire Klinieken als gids dienen in de historisering van ethische debatten over Evidence-Based Medicine,*

Scriptie ten behoeve van de afronding van de bachelor Geschiedenis  
Departement Geschiedenis en Kunstgeschiedenis  
Geesteswetenschappen, Universiteit Utrecht

Martijn van der Meer | 4107527

31 maart 2017

*Met dank aan mijn begeleider Pim Huijnen; mijn Amerikaanse docenten Catherine Jackson, Gayle DeLancey en Lynn Nyhart; de Utrechtse docenten Pepijn Corduwener, Lars Behrisch, Joel Anderson, Daan Wegener, René Koekkoek, Diederik Raven en mijn tutor Oscar Gelderblom. Ten slotte wil ik uiteraard mijn lieve Elsemiek bedanken.*

## **Abstract**

Deze scriptie laat zien hoe historisch onderzoek naar patiëntendossiers uit de Utrechtse Universitaire klinieken tussen 1850 en 1925 bijdragen aan het bio-ethische debat over objectivering in Evidence-Based Medicine. In de eerste plaats zal de plaats van historisch onderzoek in het bio-ethische debat bekeken worden, wat gebruikt zal worden als breed kader om objectivering in Evidence-Based Medicine, als bio-ethische casus, te historiseren. In de tweede plaats zal ik laten zien hoe juist patiëntendossiers, in de context van ziekenhuizen tussen 1850 en 1925 dienen als geschikt bronmateriaal. De analyse van dit bronmateriaal zal laten zien hoe het ontstaan van objectiveringsmechanismen in dit geval standaardisering, categorisering, fragmentatie en kwantificering onlosmakelijk verbonden is met materiële ontwikkelingen in de patiëntendossiers, en zelfs onmogelijk los van elkaar bestudeerd kunnen worden. Ik zal besluiten met een illustratie van hoe deze conclusie relevant is voor het hedendaagse bio-ethische debat over Evidence-Based Medicine

# Inhoudsopgave

Inleiding.....	4
1. Geschiedenis van, als of in bio-ethiek.....	7
i.    Wat is bio-ethiek.....	7
ii.   Een rol voor historisch onderzoek.....	8
2. De Casus: Evidence-Based Medicine en anti-moderne kritiek.....	12
i.   EBM in een empirisch bio-ethisch perspectief.....	12
ii.  Van anti-modern naar objectivering: kritieken op EBM.....	13
3. De Utrechtse Universitaire Klinieken.....	16
i.   Patiëntendossiers uit ziekenhuizen.....	16
ii.  Naar de oorsprong: periodisering van EBM.....	18
iii. Het Algemeen Ziekenhuis te Utrecht.....	19
iv.  Waarom dit archief.....	20
4. Patiëntendossiers onder de loep.....	22
i.   Een inhoudelijke analyse.....	22
a.  De Narrativering van de Patiënt.....	22
b.  Standaardisering en Categorisering.....	24
c.  Fragmentatie en Kwantificering.....	27
ii.  Een Materiële analyse.....	31
a.  Kristallisering: het patiëntendossier als materiaal.....	31
b.  Papier, inkt en print.....	32
c.  Grafische technieken.....	33
Conclusie: Materiële Kristallisering en Evidence-Based Medicine.....	38
Bibliografie.....	40
Bronnen.....	41

# Inleiding

Het academische bio-ethische debat is in vele opzichten interdisciplinair. Niet alleen filosofen blijken door middel van normatieve ethiek oordelen te vellen over kwesties in de medische praktijk, ook sociologen, antropologen, economen en taalwetenschappers doen onderzoek naar hoe de geneeskunde plaats heeft, en wellicht plaats zou moeten hebben. Ondanks dat de medische geschiedenis als discipline floreert met eigen tijdschriften en onderzoeksinstituten, lijkt de historicus nadrukkelijk afwezig in het bio-ethisch discours.

Immers, behoren geschiedwetenschappers niet juist zeer kritisch om te gaan met normatieve discussies? Laat historisch onderzoek niet juist zien dat het onmogelijk is universele claims te doen over hoe iets is en zou moeten zijn? Laat een methodologisch verantwoorde, contextuele, historiserende houding niet zien dat het in historisch onderzoek dom is uitspraken te doen over wat goed en fout is?

De impliciet aanwezige antwoorden op deze vragen hebben in ieder geval als consequentie dat historisch onderzoek nauwelijks bewuste bijdragen levert aan medisch-ethische debatten. Dat is jammer, zeker omdat een empirische wende in bio-ethiek vanaf de jaren '80 van de vorige eeuw ruimte gaf voor het gebruik van inductief bewijs in tegenstelling tot de dan toe gebruikelijke deductieve bio-ethiek. Dit onderzoek beoogt in het kader van deze empirische wende met behulp van historisch onderzoek een relevant licht te werpen op een hedendaags debat zonder nadrukkelijk normatieve claims te maken.

Dat zal ik doen door me focussen op de medisch-ethische debatten over 'Evidence-Based Medicine' (EBM) de ambitie medische besluitvorming louter te baseren op wetenschappelijk gefundeerd bewijs.<sup>1</sup> De problematisering van EBM uit zich vooral in de vorm van anti-moderne kritiek op objectivering: in Evidence-Based Medicine zou de patiënt 'gereduceerd' zijn tot een object van de wetenschap. Deze dehumanisering van de mens uit zich door een zogenaamde abstractie tot rationale entiteiten, zoals cijfers, categorieën, tabellen en grafieken. De patiënt zou hierdoor geen invloed meer hebben op zijn eigen genezing, en volledig overgelaten zijn aan de 'grillen' van de medisch specialist. Is dat wenselijk?

Ik wil laten zien dat het voor een historicus mogelijk is iets bij te dragen aan dit

---

<sup>1</sup> Hoewel ik een groot voorstander van Nederlands taalgebruik ben, heb ik in deze scriptie toch bewust gekozen voor het Engelse 'Evidence-Based Medicine'. Dat heeft als reden dat er geen Nederlandse alternatieven zijn, en het Engelse woord in het alledaagse medische discours gebruikt wordt.



debat *zonder* een antwoord te geven op deze vraag. Dat zal ik doen door op basis van nauwkeurig bronnenonderzoek de oorsprong van objectivering in de medische praktijk te bestuderen. Aan de hand van het werk van Stefan Timmermans zal ik betogen dat objectivering door middel van wetenschappelijke standaardisering een bepaalde universaliteit veronderstelt, maar dat die universaliteit zich enkel op ‘lokaal’ niveau manifesteert. Deze lokaliteit impliceert dat de sociale interacties die universaliteit mogelijk maken vastgelegd zijn in de materiële condities van de bestudeerde medische praktijk. Om objectivering te kunnen begrijpen, wil ik haar materialiteit bestuderen.

Naar aanleiding van het werk van Joel Howell blijkt dat juist patiëntendossiers uit de periode 1900-1925 een essentiële technologie zijn in de moderne verwetenschappelijking van de medische praktijk in ziekenhuizen. Nicolas Jewson stelt in dat verband hoe objectivering juist in deze technologisering van ziekenhuizen vorm krijgt. Hij beschrijft namelijk hoe aan het eind van de negentiende eeuw de essentiële transitie van een persoonlijke ‘bedside medicine’, naar een objectiverende ‘hospital medicine’ plaatsvindt. Dit geeft me aanleiding objectivering te onderzoeken door een bestudering van patiëntendossiers uit de periode 1840-1925.

De goed bewaard gebleven patiëntendossiers uit de Utrechtse Universitaire klinieken laten zien hoe de oorsprong van objectivering zichtbaar is door de verschuiving van een documentatie waarin behandeling als een narratief wordt beschreven, naar een documentatie waarin de patiënt een object wordt. Dit zal ik laten zien door aan te geven op wat voor manier standaardisering, categorisering, fragmentatie en kwantificering zorgen voor een groter wordende afstand tussen patiënt, dossier en medisch specialist.

Vervolgens zal ik laten zien hoe deze objectiveringsmechanismen onlosmakelijk verbonden zijn met de materiële vorm die ze aannemen. Door het gebruik van voorgesproken tekst en het ontstaan van tabellen en grafieken, worden de bovenstaande ontwikkelingen gekristalliseerd, waardoor ze een bepaalde universaliteit impliceren. Daaruit volgens zal ik laten zien hoe de oorsprong van objectivering onlosmakelijk verbonden is met materiële kristallisering. Een conclusie die absoluut relevant zal blijken voor het hedendaagse debat omtrent Evidence-Based Medicine.

Kunnen we wel nadenken over de vraag of we iets moeten veranderen aan de dehumanisering van de patiënt, door de reductie tot wetenschappelijk object – zonder dat we kijken naar de wijze waarop deze objectivering materieel vorm krijgt. Dat zo’n vraag ontstaat door historisch onderzoek, zou wat mij betreft voor de geschiedkundige aanleiding moeten zijn een meer interdisciplinaire houding aan te nemen ten aanzien van hedendaagse, op het eerste gezicht normatieve, discussies.

Het betoog zal zich structureren rondom de vraag wat historisch onderzoek naar patiëntendossiers uit de Utrechtse Universitaire klinieken tussen 1850 en 1925 kan bijdragen aan het bio-ethische debat over objectivering in Evidence-Based Medicine. Het valt uiteen in een theoretisch-historiografische helft, en een empirische helft. In het eerste hoofdstuk zal ik aan de hand van een beknopte historiografie van bio-ethiek ingaan op (1) de plaats van historisch onderzoek in de academische bio-ethiek. Het tweede hoofdstuk zal toelichten (2) hoe historisch onderzoek relevant is in de casus van Evidence-Based Medicine, door te stellen dat de anti-moderne kritieken objectivering in verband gebracht moet worden met empirisch bronmateriaal dat ingaat op de materiële condities van sociale relaties in de medische praktijk. In het derde hoofdstuk zal ik toelichten (3) waarom historisch onderzoek naar patiëntendossiers uit de Utrechtse Universitaire Klinieken tussen 1850 en 1925 geschikt is om een beter begrip te krijgen van de materiële condities die objectivering vormgeven.

De tweede empirische helft zal in hoofdstuk vier aan de hand van twee paragrafen gestructureerd worden. Door middel van (4) een inhoudelijke analyse zal ik bestuderen hoe objectivering plaats vindt in de patiëntendossiers. Daaruit volgend zal ik bekijken (5) hoe dit verhoudt tot de conclusies uit een materiële interpretatie van de dossiers. Daaruit zal in de conclusie volgen (6) hoe het debat over Evidence-Based Medicine niet gevoerd kan worden zonder te kijken naar de materiële condities die objectivering vormgeven.

# Geschiedenis als, van, of in bio-ethiek

Deze scriptie zal beginnen met een historiografische positionering van de geschiedwetenschap in het bio-ethische discours. Ik zal beginnen met een beknopte karakterisering van bio-ethiek, die mede vormgegeven wordt door een korte geschiedenis van deze discipline. In de tweede plaats wil ik inzicht geven in de soms moeizame relatie tussen geschiedenis en bio-ethiek, die vooral lijkt te ontstaan door een sceptische houding van de historicus. Ik zal deze sectie besluiten door voor te stellen hoe geschiedwetenschap van nut kan zijn in recente bio-ethische problematiek – dit geheel zal zodoende als breed kader dienen voor de analyse van de casus die centraal staat in deze scriptie: *Evidence-Based Medicine*.

## I. WAT IS BIO-ETHIEK?

Los van dat het zich institutioneel afbakt met eigen tijdschriften en onderzoeksdepartementen, lijkt het mij nuttig om bio-ethiek inhoudelijk te definiëren als een discours omtrent de sociale consequenties van praktijken en technologieën die zich tot doel stellen de gezondheid van een individu of gemeenschap te herstellen, of te verbeteren.<sup>2</sup> Warren Reich benadrukt in zijn *Encyclopedia of Bioethics* het interdisciplinaire karakter: ‘bioethics is an area of interdisciplinary studies’ concerned with ‘the systematic study of human conduct in the area of the life sciences and health care.’<sup>3</sup>

Om het nut van de geschiedwetenschap vast te stellen, is dit te algemeen geformuleerd. Wellicht is het daarom beter om bio-ethiek te begrijpen aan de hand van zijn (relatief korte) geschiedenis. Over het algemeen wordt het begin van de discipline in de jaren 1960 gesitueerd, als een filosofische reactie op medische zelfregulering. Dit laatste werd vooral bekritiseerd vanwege de dubieuze omgang betreffende experimenten met mensen, en nieuwe biomedische technologie.<sup>4</sup> Danial Callahan stelt in dat verband dat in de loop van de jaren 1970 vooral analytisch getrainde filosofen het vakgebied domineerden.<sup>5</sup> Geïnspireerd door de eind twintigste eeuwse aandacht voor meta-ethiek en logisch positivisme zouden deze filosofen bio-ethiek zien als een manier

---

<sup>2</sup> Wilson Duncan, “What can History Do for Bioethics?”, *Bioethics* 27, nr. 4 (2013): 215.

<sup>3</sup> Warren Reich, *The Encyclopedia of Bioethics*. W Reich, ed. (1978) New York: MacMillan: xix.

<sup>4</sup> Wilson, “What can History Do for Bioethics?” 215.

<sup>5</sup> Callahan Danial, “At the Center: From ‘Wisdom’ to ‘Smarts’”, *Hastings Cent Rep* 12, nr. 3 (1982): 4.

consequentialisme, utilitarisme en ‘rights-based’ benaderingen in de praktijk toe te passen.<sup>6</sup> Filosofen genereerden *normatieve* principes aan de hand van hoe de stand van zaken op een bepaald moment was. Bio-ethiek ging dus over hoe zaken filosofisch gezien in de toekomst zouden moeten zijn, hoe zaken in heden tot uiting kwamen was van secundair belang.<sup>7</sup>

Deze normatieve bio-ethiek werd aan het einde van de twintigste eeuw stevig geproblematiseerd door theoretici en academici uit de sociale wetenschappen. Onder invloed van postmoderne kritieken, werd het optimisme over de capaciteiten van de rede en überhaupt van de hele menselijkheid hevig bekritiseerd.<sup>8</sup> Door een nadruk op het belang van temporaliteit, materialiteit, structuren, cultuur en andere externe invloeden op de Westerse mens, werd ook het idee van universeel geldende, normatieve principes die van toepassing zouden zijn op bio-ethische kwesties geproblematiseerd.<sup>9</sup> De kritieken formeerde volgens Duncan Wilson de agenda voor antropologen, sociologen en economen die een meer descriptieve bio-ethiek voorstelde, waarin vooral bestudeerd werd hoe ethische kwesties in de medische praktijk vorm krijgen.<sup>10</sup> Inherent aan hun methodologie zorgde deze sociale wetenschappers voor de introductie van empirisch (bron)materiaal in bio-ethisch onderzoek. Voor veel bio-ethici aanleiding om te spreken van een zogenaamde ‘*empirische wende*’.<sup>11</sup>

## II. WAT KAN DE PLAATS VAN HISTORISCH ONDERZOEK IN BIO-ETHIEK ZIJN?

Deze korte – wellicht wat polemische – tweedeling in bio-ethische historiografie is nuttig om te begrijpen waarom historici, althans volgens historici als Duncan Wilson en David Rothman, last hebben van koudwatervrees als het gaat om de toepassing van geschiedenis in bio-ethiek. Op het eerste gezicht lijkt bijvoorbeeld medische geschiedenis best overeen te komen met bio-ethiek. Beide disciplines bestuderen immers hetzelfde onderwerp. Daarom stellen ethici als Nathan Emmerich dat de toepassing van (medische) geschiedenis

---

<sup>6</sup> R. Fox & J. Swazey. *Observing Bioethics*. (Oxford 2008: Oxford University Press).

<sup>7</sup> Danial, “At the Center”. 4.

<sup>8</sup> Hoe graag ik ook zou willen, dit is niet de plek voor een uitgebreide beschouwing over de geschiedenis van de wijsgerige antropologie met betrekking tot de problematisering van het neokantiaanse optimisme over de capaciteiten van de rede. Ik wil hier kort genoemd hebben dat deze kritieken voor het grootste gedeelte geïnspireerd werden door de zogenaamde *Masters of Suspicion*: Darwin, Marx, Freud en Nietzsche.

<sup>9</sup> C. Bosk. Professional Ethicist Available: Logical, Secular, Friendly. *Deedalus* 128 (1999), 63.

<sup>10</sup> Wilson, “What can History Do for Bioethics?”, 216.

<sup>11</sup> P. Borry. P. Schotsmans & K. Dierickx. “The Birth of the Empirical Turn in Bioethics. *Bioethics* 19 (2005): 49-71.

in bio-ethiek vooral een pedagogisch doel kan hebben: ‘The teaching of history to medical students from within the perspective of the medical humanities is focused on the human dimension of medical practice and to the development of medical students into humanist medical practitioners.’<sup>12</sup> Toch is dit fundamenteel anders dan de daadwerkelijke *toepassing* van wetenschappelijk historisch onderzoek in bio-ethiek, op een manier dat het een inhoudelijke bijdrage aan het vakgebied levert.

Dit komt volgens Wilson vooral doordat historici bio-ethiek verkeerd begrijpen. Volgens de Britse historicus zien zijn mede-geschiedkundigen de academische bio-ethische discipline te snel als normatief, en te universalistisch.<sup>13</sup> Exemplarisch is in dat verband de postmoderne kritiek van de beroemde medisch historicus Charles Rosenberg over bio-ethiek:

[bioethics] failing to acknowledge the ways in which moral values that suffuse medicine are historically constructed and situationally negotiated, like every other aspect of culture, and not simply derived from the formal modes of analysis that have historically characterized theology and moral philosophy.<sup>14</sup>

Rosenberg reduceert daarmee bio-ethiek tot zijn normatieve karakter vóór de empirische wende. Wat mij betreft is dat onterecht, zoals al blijkt uit de hierboven geschetste historiografie. Zoals gezegd ontstond juist vanwege kritieken zoals die van Rosenberg in de jaren negentig van de twintigste eeuw in bio-ethisch onderzoek een grote nadruk op ‘bewijs,’<sup>15</sup> wat de (eventueel problematische) sociale structuren en constructies die biomedische praktijken bepalen inzichtelijk maken.<sup>16</sup> Het lijkt mij daarom van belang de mogelijkheden van geschiedkundige onderzoek in bio-ethiek te bekijken vanuit de meer empirische, interdisciplinaire karakterisering van bio-ethiek.

Geschiedwetenschap, en dan met name een illustratieve medische geschiedenis, heeft daarom geenszins enkel een pedagogische functie, zoals bijvoorbeeld Emmerich stelt.<sup>17</sup> Historisch onderzoek zou in de eerste plaats gebruikt kunnen worden voor de historisering van bio-ethiek als discipline, en bio-ethische besluitvorming *zelf*. Een goed

---

<sup>12</sup> Emmerich Nathan, “Literature, History and the Humanisation of Bioethics”, *Bioethics* 25, nr. 1 (2011): 116.

<sup>13</sup> Wilson, “What can History Do for Bioethics?,” 218-219.

<sup>14</sup> Charles Rosenberg, “Meanings, Policies, and Medicine: On the Bioethical Enterprise and History”, *Daedalus* 128 (1999): 36-37.

<sup>15</sup> Ik refereer hier naar het Engelse ‘evidence’, er vanuit gaand dat er sprake is van verschillende connotaties.

<sup>16</sup> Zie bijvoorbeeld: L. B. Collough, ‘Historical Perspectives on the Ethical Dimensions of the Physician-Patient Relationship: The medical ethics of Dr. John Gregory.’ *Ethics Sci Med* 5 (1978): 47.

<sup>17</sup> Emmerich, “Literature, History and the Humanisation of Bioethics,” 119-120.

voorbeeld is in dat verband Laurence McCullough's *World History of Medical Ethics* uit 2009.<sup>18</sup> Historisch onderzoek kan op zo'n manier de polemische methodologische scheiding tussen normatieve- en empirische bio-ethiek relativeren, door te laten zien hoe bio-ethische beslissingen veelal tot stand komen door wetenschappelijk debat: 'History helps us appreciate how ethics is not derived from abstract philosophical principles, but is produced by a dynamic engagement between scientific theories, moral frameworks, and rhetoric of individuals.'<sup>19</sup>

Bewegend van geschiedenis *van* bio-ethiek naar geschiedenis *in*-, of zelfs *als* bio-ethiek, zitten historici zichzelf vaak in de weg door grote aandacht voor het postmoderne probleem dat geschiedwetenschap niet alleen de historisch-contextuele dimensies laat zien maar zelf ook in een historisch-contextuele dimensie plaats heeft, en de 'geconstrueerde' kennis dus niet gebruikt kan worden voor een discipline die vooral als doel zou hebben normatieve uitspraken te doen. Terecht stelt Duncan Wilson daartegenover dat, zo lang we vertrouwen hebben in de professionele integriteit van de historicus, er geen redenen zijn discussies over de kwaliteit van bewijsvoering problematischer te achten dan andere academische disciplines.<sup>20</sup>

In lijn met Wilson is Hayden White's essay 'The Relevance of Historical Studies' illustratief, waarin de geroemde historicus in gaat op de rol van geschiedwetenschap in ethische discussies. White stelt dat geschiedenis helpt bij het genereren van 'greater tolerance and efforts to understand the other' door te laten zien hoe het bestaan van verschillende posities met betrekking tot een bepaald onderwerp altijd ontstaan in interactie met hun politieke, sociale en culturele milieu.<sup>21</sup> Geschiedenis helpt zo bio-ethische debatten te verbreden en voorbij te gaan aan een focus op de voor- en tegenpositie, het helpt op deze manier ethische debatten aan te scherpen aan de hand van de oorsprong van het probleem. 'By rooting particular standpoints in different social, political and religious traditions, historians can help reconcile bioethics to the challenges posed by pluralist societies where,' in de woorden van Mary Warnock, 'there do not exist

---

<sup>18</sup> R. Baker & L.B. McCullough, eds *Cambridge World History of Medical Ethics* (Cambridge 2009: Cambridge University Press).

<sup>19</sup> Zie bijvoorbeeld M. Warnock. *Nature and Morality: Recollections of a Philosopher in Public Life* (2003, London: Continuum), 81.

<sup>20</sup> Wilson, "What can History Do for Bioethics?," 222.

<sup>21</sup> Hayden White, "The Public Relevance of Historical Studies: a Reply to Dirk Moses", *Historical Theory* 44 (z.d.): 333-38.

uniform or universal moral statements.’<sup>22</sup>

In deze scriptie wil ik die handschoenen oppakken. Geïnspireerd door de empirische wende in bio-ethiek zal ik laten zien welke manier empirisch historisch onderzoek inzicht kan verschaffen in een bio-ethische kwestie. Daarbij laat ik me inspireren door een Foucaultiaanse genealogische methodiek, universeel lijkende uitgangspunten bestudeerd worden aan de hand van hun oorsprong.<sup>23</sup> Ik bekijk in dat verband het debat over ‘Evidence Based Medicine,’ waarin ik me zal concentreren op de al dan niet problematische reductie van de patiënt tot wetenschappelijk ‘object.’ In het licht van de bovenstaande beschouwing zal ik aan de hand van patiëntdocumentatie tussen 1850 en 1925 bestuderen hoe ‘objectivering’ ontstaat, en vorm krijgt. Daarbij is mijn doel niet zozeer te laten zien hoe verschillende morele posities ten overstaande medische objectivering ontstaan, maar wil ik eerder het begrijpen *hoe* deze ontwikkeling manifesteert. Op die manier wil ik een relevante dimensie presenteren die van nut kan zijn voor de recente medisch ethische debatten over ‘Evidence Based Medicine.’

---

<sup>22</sup> Mykhalovskiy Eric, “The Problem of Evidence-Based Medicine: Directions for Social Science”, *Social Science & Medicine* 59, nr. Oktober (2004): 20.

<sup>23</sup> Michel Foucault, “Nietzsche, Genealogie en de Geschiedschrijving”, in *Breekbare Vrijheid: Teksten en Interviews* (Amsterdam: Boom, 2009), 83-107. De vraag of ik een zuiver genealogische methode toepas is terecht, mijn doel is namelijk niet zozeer om contingentie aan te tonen aan de hand van de historiciteit van de door mij bestudeerde ontwikkelingen. Sterker nog ik heb überhaupt niet het doel ook maar enige uitspraken te doen over de vraag *waarom* objectivering plaatsvond, het gaat me om de vraag *hoe* objectivering ontstond. Ik noem Michel Foucault toch als inspiratiebron, omdat zijn nadruk op de historiciteit van universeel lijkende, genormaliseerde machtsmechanismen van belang is.

# De Casus: Evidence Based Medicine en anti-moderne kritiek op Objectivering

## I. Evidence-Based Medicine in een empirisch bio-ethisch perspectief

De casus waarin ik laat zien hoe een historisering van biomedische-ethische kwesties behulpzaam kan zijn, is ‘Evidence-Based Medicine (EBM). Het begrip werd zo’n 25 jaar geleden voor het eerst genoemd door een groep klinisch epidemiologen, allen werkzaam op de Canadese McMaster University in Hamilton. Met retorisch enthousiasme spraken de wetenschappers van een ‘nieuw paradigma in de medische praktijk.’<sup>24</sup> Dit methodologische project kenmerkt zich door het hervormen van de medische praktijk, door in de ruimte van medische besluitvorming grote aandacht te besteden aan wetenschappelijke, met (empirisch) ‘bewijs’ gefundeerde kennis als legitimering van elke beslissing.<sup>25</sup> Dit lijkt in eerste instantie voor de hand liggend; misschien zelfs ‘common-sense’.<sup>26</sup> Natuurlijk zou de geneeskundige praktijk, en dan met name haar besluitvorming, gebaseerd moeten zijn op wetenschappelijk bewijs – waarop anders?

Juist die open deur maakt het moeilijk om kritiek te hebben op Evidence-Based Medicine. Immers, welke dokter zou willen zeggen dat hij zijn beslissingen niet op wetenschappelijk bewijs baseert? Wetenschappelijke vooruitgang wordt over het algemeen juist geconcretiseerd door in praktijk gebrachte wetenschappelijk gemotiveerde toepassingen van kennis. In de cynische woorden van medisch ethicus Maya Goldenberg: ‘Rejecting the dogma and superstition that pervaded their historical moment, these innovators let the evidence, as gathered through unbiased and careful experimentation, dictate their scientific practices, beliefs, and theories.’<sup>27</sup>

Dit is dubieus. Zeker in het kader van de eerder geschetste kritieken die de bio-ethische discipline teisteren. Want hoewel sommige ethici EBM als de welkome uitdager van medische autoriteiten interpreteren, lijken anderen Evidence-Based Medicine als het

---

<sup>24</sup> Evidence-Based Medicine Working Group. ‘A New approach to teaching the practice of medicine’ *Journal of the American Medical Association* 268 (1992): 2420.

<sup>25</sup> Zie ook: Mykhalovskiy Eric, “The Problem of Evidence-Based Medicine: Directions for Social Science”, *Social Science & Medicine* 59, nr. Oktober (2004):1060..

<sup>26</sup> Goldenberg Maya J, “Evidence-based ethics? On evidence-based practice and the ‘empirical turn’ from normative bioethics”, *BMC Medical Ethics* 6, nr. 11 (2005): 6.

<sup>27</sup> Ibid.



tegenovergestelde te zien: als een (machts)mechanisme wat de status en invloed van (biomedische) autoriteit bevestigt.<sup>28</sup> Door kritiek op medische besluitvorming te verwerpen met ‘wetenschappelijk bewijs’ ontstaat een superficiële immuniteit voor kritiek op de structurele, contextuele en sociale praktijken die de medische praktijk *überhaupt* vormen. In Goldenbergs woorden: ‘Evidence-Based practices maintain the distinct ability to sidestep value differences and political disputes by appealing to the evidence als bottom line. This move is positivist in its elimination of culture, contexts, and the subjects of knowledge production from consideration.’<sup>29</sup>

Daarom is het wat betreft bio-ethische critici van Evidence Based Medicine juist noodzakelijk de sociaal-culturele context waarin wetenschappelijk bewijs als ‘bottom line’ van de medische praktijk dient, te problematiseren. In de context van de empirische wende in bio-ethiek hebben vele sociale wetenschappers – met name sociologen, antropologen en sociaal theoretici – daarom kritiek geïnitieerd betreft moderne maatschappelijke ontwikkelingen die de dominantie van wetenschap, zoals in het geval van EBM, veroorzaken. Voor een goed begrip lijkt het mij noodzakelijk de vorm deze kritieken tegen de achtergrond van de twintigste eeuwse problematisering van moderniteit te begrijpen. In zo’n kader zou gesteld kunnen worden dat EBM laat zien hoe de ‘malaises van moderniteit’ de medische praktijk koloniseren.<sup>30</sup>

## II. VAN ANTI-MODERNISERING NAAR OBJECTIVERING: KRITIEKEN OP EBM

Versillende wijsgerig antropologen, sociologen en historici diagnosticeerden in de loop van de twintigste eeuw hoe de sociale ruimte gedomineerd werd door ideeën en praktijken – rationeel (wetenschappelijk) gelegitimeerd – die voor een zeer onwenselijke, of beter: *onmenselijke*, samenleving zorgden. Dit is niet de plek om deze extensieve en complexe debatten in zijn volledigheid uiteen te zetten. Toch is het, zeker voor het begrip van de kritiek op wetenschap in de medische praktijk, van belang te zien hoe moderniteitskritieken gestructureerd worden langs enerzijds de problematisering van (instrumentele) rationaliteit, en daaruit volgend de kritiek op technologisering.<sup>31</sup>

In het geval van Evidence-Based Medicine komen deze kanten samen in de

---

<sup>28</sup> K. Denny, ‘Evidence-based Medicine and Medical Authority’ *Journal of Medical Humanities* 20 (1999): 509-532.

<sup>29</sup> Maya J, “Evidence-based ethics?,” 6.

<sup>30</sup> Term geleend van Charles Taylor uit *Ethics of Authenticity* (1993).

<sup>31</sup> Deze indeling is van mijn hand, en gebaseerd op hoe ‘moderniteit’ vaak begrepen wordt in historisch onderzoek. Als rationalisering enerzijds, en industrialisering anderzijds.

problematisering van de objectivering van de patiënt. Ten eerste zien medisch ethici die kritiek uiten op moderne rationaliteit, Evidence Based Medicine als de vergevorderde reductie van de patiënt tot object.<sup>32</sup> Dit is uiteraard geïnspireerd door de Foucauldiaanse constatering dat de moderne mens gekarakteriseerd wordt door een bestudering (en dus objectivering) van zichzelf. In zo'n perspectief zijn machtsrelaties van groot belang: deze zouden uit balans geraken door de introductie van rationele mechanismen zoals wetenschap.<sup>33</sup> De patiënt wordt niet meer weergegeven als individu met een persoonlijk verhaal, maar als een kwantificeerbaar en bewerkbaar object gezien.<sup>34</sup> Deze interpretatie van de mens wordt mogelijk gemaakt door de aandacht van de problemen van het humanistisch denken, en de sociale structureren van de moderne tijd.<sup>35</sup>

Dit formeert de agenda voor bio-ethici die zich concentreren op de (machts)relaties tussen dokter en patiënt.<sup>36</sup> Dit 'humanist perspective on EBM,' in de woorden van Mykhalovskiy, wordt gekenmerkt door een kritische houding ten overstaande van de positie van medische autoriteiten: 'Doctor-centered rather than patient-centered, EBM stands accused of failing to provide for human experience.'<sup>37</sup> In dat verlengde is er ook veel aandacht voor de blijkbaar doorgeslagen kwantificering van de medische praktijk. De medisch ethicus Kirsti Malterud stelt bijvoorbeeld: 'The quantitative nature of evidence-based inquiry rules out essential elements of clinical interaction and judgment topic that involve communication, opinions, and experiences.'<sup>38</sup>

De aandacht voor de problemen in sociale interactie tussen patiënt en de door wetenschappelijk bewijs gelegitimeerde medische praktijk ligt ook ten grondslag aan sociologisch werk in de laatste twee decennia van de twintigste eeuw. Een mooi voorbeeld

---

<sup>32</sup> Mykhalovskiy, "The Problem of evidence-based Medicine," 1062.

<sup>33</sup> Michel Foucault, "De Ethiek voor de Zorg voor Zichzelf als Vrijheidspraktijk", in *Breekbare Vrijheid: Teksten en Interviews* (Amsterdam: Boom Uitgevers, 2016) 183-207.

<sup>34</sup> Zie bijvoorbeeld: A. O'Connor 'Consumer/patient decision support in the new millenium: Where should research take us?' *Canadian journal of Nursing Research* 30:4 (1999). 257-261.

<sup>35</sup> Zie bijvoorbeeld hoe David Frankford de technologisering van de geneeskunde bespreekt in: Frankford D., "Scientism and Economics in the Regulation of Health Care", *Journal of Health Politics, Policy & Law* 19, nr. 4 (1994): 773-99. Maar wellicht is het beter om te verwijzen naar filosofen als Charles Taylor met zijn *Ethics of Authenticity* (1992), Jurgen Habermas' diagnose van de kolonisering van de leefwereld door instrumenteel denken, of zelfs Martin Heideggers diagnose van de zieke (Westerse) Metafysica, zoals weergegeven in bijvoorbeeld *Über den Humanismus* (1947).

<sup>36</sup> Zie verwijzing naar Jacobson, Edwards, Granier & Butler 1997, Kassirer 1994 en Rogers 2002 in Mykhalovskiy.

<sup>37</sup> Mykhalovskiy, "The Problem of evidence-based Medicine," 1063.

<sup>38</sup> Malterud Kirsti, "The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers", *The Lancet* 358 (2001): 397. Maar zie ook: L. Foss. 'The Challenge to biomedicine: a foundations perspective.' *Journal of Medical Philosophy* 14 (1989): 165-191.

is Stefan Timmermans' studie naar wat hij 'lokale universaliteit' in EBM noemt. Er vanuit gaande dat wetenschappelijke feiten door middel van standaardisering gebaseerd zijn op een sociaal geconstrueerde universalisering,<sup>39</sup> stelt de Vlaams-Amerikaanse medisch socioloog dat dit proces op een 'lokaal' niveau plaatsheeft. 'Local Universality,' aldus Timmermans, 'emphasizes that universality always rests on real-time work, and emerges from localized processes of negotiations and pre-existing institutional, infrastructural, and material relations.'<sup>40</sup>

Met andere woorden: willen we begrijpen op wat voor manier de discutabele (moderne) objectivering in Evidence-Based Medicine manifesteert, moeten we de medische praktijk bestuderen vanuit hoe de patiënt onderhevig is aan praktijken van lokale universaliteit. Deze praktijken worden niet zozeer vormgegeven door specifieke actoren, maar door institutionele processen, en materiële technologieën en condities.

Tot nu toe besprak ik dat een moderniteit-sceptische kritiek op objectivering in Evidence Based Medicine, zoals Mykholavskiy stelt, een veelal normatief karakter heeft.<sup>41</sup> De patiënt is een object, of niet. De centrale rol van wetenschap is goed, of niet. De steeds grotere rol van technologie is goed, of niet. Kwantificering is goed, of niet. De beperkte invloed van patiënt is problematisch, of niet. Mijn punt zal duidelijk zijn.

Zoals verduidelijkt en verantwoordt in het eerste hoofdstuk, is het voor de historicus beter om zich afzijdig te houden van zo'n normatieve houding. Op zijn beurt kan de geschiedkundige vooral inzicht verschaffen in eventuele kwesties, in plaats van enkel de de problemen aanwijzen en een oordeel vellen. Daarom zal ik in de tweede helft van mijn scriptie in gaan op de historische dimensie van de bovengenoemde problemen in Evidence-Based Medicine.

---

<sup>39</sup> Timmermans baseert zich daarbij sterk op Bruna Latour, *The Pasteurization of France* (Cambridge: Harvard University Press, 1993).

<sup>40</sup> Timmermans S. en Berg M., "Standardization in action: Achieving local universality through medical protocols", *Social Studies of Science* 27 (1997): 275.

<sup>41</sup> Mykhalovskiy, "The Problem of evidence-based Medicine," 1065.

## De Utrechtse Universitaire Klinieken

Gezien het vrij historiografische- en theoretische karakter van het voorgaande lijkt het me goed kort samen te vatten waar we vandaan komen. Ik heb in de eerste plaats de plaats van historisch onderzoek in bio-ethische problematiek willen legitimeren door in het kader van de empirische wende in bio-ethiek te stellen dat geschiedenis in staat is een depolariserende verbreding van complexe debatten te geven. Door op zoek te gaan naar de ‘wortels’ van medische- of bio-ethische problemen kan de historicus licht werpen op tot dan toe onderbelichte zaken en daardoor relevante vragen stellen, die de richting van hedendaagse debatten op interessante manieren kan aanscherpen.

In dat verband gebruik ik kritieken op objectivering van het menselijke in Evidence-Based Medicine als voorbeeld. Deze kwesties leiden ons naar de eventuele problemen die EBM veroorzaakt in de sociale interactie tussen patiënten en medische professionals. Aan de hand van het werk van Timmermans heb ik laten zien hoe de lokale universaliteit die EBM veronderstelt bestaat bij de gratie van materiële en institutionele condities. In dat verband is een historisering van deze condities nuttig. Daarvoor moeten twee belangrijke vragen gesteld worden: (1) Welke vorm van deze condities het beste bestudeerd kunnen worden, en (2) waar de wortels van deze condities liggen; in welke tijd we moeten kijken. Doel van dit derde hoofdstuk is aan de hand van deze twee vragen verduidelijken waarom patiëntendossiers uit de Utrechtse Universitaire Klinieken tussen 1840 en 1920 geschikt zijn als bronmateriaal.

### I. NAAR HET BRONMATERIAAL: WAAROM PATIËNTENDOSSIEREN UIT ZIEKENHUIZEN?

In dat verband is het verstandig inspiratie te putten uit historisch onderzoek wat zich bezighoudt met de introductie van wetenschappelijkheid in de medische praktijk. Immers, de genoemde bezwaren van objectivering worden veelal in verband gebracht met de moderne verwetenschappelijking van de geneeskunde in zijn algemeen. Joel Howell legt de oorzaak hiervan bij enerzijds een materiële, en anderzijds een institutionele ontwikkeling.

(1) In de eerste plaats is de institutionele ontwikkeling van ‘hospitalisatie’ van belang. Waar vóór 1850 het ziekenhuis veelal in verband werd gebracht met armenzorg en bij de maatschappelijke elite gezondheidszorg in de huiselijke kring de zogenaamde

‘Bedside medicine’ werd geprefereerd,<sup>42</sup> vond vooral de middenklasse aan het einde van de negentiende eeuw de weg naar het ziekenhuis.<sup>43</sup> Vanwege de centrale rol die het ziekenhuis hierdoor in de gezondheidszorg kreeg, werden moderne hospitalen vanzelfsprekend de plaats waar moderne ontwikkelingen als eerste werden toegepast, en verwetenschappelijking juist hier zijn eerste gestalte kreeg.<sup>44</sup> Het is dus in eerste instantie van belang te kijken naar ziekenhuizen om de oorsprong van de implicatie van medische objectiveringstechnieken te bestuderen.

(2) Uniek voor Howell’s boek *Technology in the Hospital* is de nadruk op medische technologie. Naar aanleiding van Timmermans’ onderzoek naar lokale universaliteit blijkt dat objectivering het beste te bestuderen is in de materiële en institutionele praktijken die de relatie tussen patiënt en geneesheer vormgeven. In deze lijn legt Howell de nadruk op technologie als bepalend, en vormgever van de gehospitaliseerde medische praktijk.<sup>45</sup> Daarbij gebruikt hij een gelede definitie: technologie betreft niet alleen de ‘hardware’ machines, maar ook doelgerichte praktijken, en de kennis die de mensen gebruiken deze machines en doelgerichte praktijken te gebruiken.<sup>46</sup>

In het tweede hoofdstuk van zijn boek betoogt Howell hoe het patiëntendossier een voorbeeld is van zo’n medische technologie die de moderne verwetenschappelijking van de medische praktijk zichtbaar maakt. Volgens de Amerikaanse medisch historicus is begin twintigste eeuwse verwetenschappelijking van de medische praktijk in ziekenhuizen onlosmakelijk verbonden met een bedrijfsmatige (Tayloriaanse) efficiëntie.<sup>47</sup> Deze efficiëntie blijkt uit de veranderingen die er optreden in de administratie van patiënten.

De stap naar Timmermans’ analyse van lokale universaliteit is dan natuurlijk snel gemaakt. Waar Howell patiëntendossiers ziet als de plaats waar wetenschappelijk Taylorisme duidelijk zichtbaar is, zijn de medische protocollen die Timmermans bestudeerd van een vergelijkbaar karakter. Ze hebben dezelfde materiële samenstelling, een gelijke institutionele context, worden door dezelfde mensen gebruikt, en zijn beide te zien als technologie die de medische praktijk structureren en vormgeven. Patiëntendossiers

---

<sup>42</sup> Judith Healy en Martin McKee, “The Evolution of Hospital Systems”, in *Hospitals in a Changing Europe* (Buckingham: Open University Press, 2002), 14-36.

<sup>43</sup> C. E. Rosenberg, *The Care of Strangers: The Rise of America’s Hospital System* (New York: Basic Books, 1987).

<sup>44</sup> Joel Howell, “Physicians, Patients, and Medical Technology”, in *Technology in the Hospital* (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1996), 4.

<sup>45</sup> *Ibid.*, 7-11.

<sup>46</sup> *Ibid.*, 8.

<sup>47</sup> Joel Howell, “Science, Scientific Systems, and Surgery”, in *Technology in the Hospital* (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1996), 42.

uit ziekenhuizen zijn daarom erg geschikt om objectiveringsmechanismen te bestuderen die leiden tot medisch ethische kwesties over Evidence-Based Medicine.

## II. NAAR DE OORSPRONG VAN MEDISCHE OBJECTIVERING: PERIODISERING VAN DE CASUS

De tweede overpeinzing met betrekking tot mijn bronnenmateriaal concentreert zich op de vraag welke tijdsspanne het beste te onderzoeken is met betrekking tot medische objectivering. Als we een genealogische, Foucaultiaanse methode nauwgezet willen volgen, zouden we door middel van uitputtend archiefonderzoek het proces van objectivering moeten ‘traceren’.<sup>48</sup> Op deze manier zou de historicus bij de (al dan niet contingente) oorsprong uit moeten komen. Om mezelf voor onnodig werk te behoeden, zal ik dit archiefonderzoek beperken tot de periode waarin die oorspronkelijkheid verwacht zou moeten worden. Met andere woorden: ik wil me laten leiden door secundaire literatuur om zo te bepalen binnen welke periode ik het beste medische dossiers uit ziekenhuizen kan bekijken die inzicht geven in het ontstaan van objectiverende technieken waarbinnen EBM door anti-moderne theoretici als problemen worden gezien.

Daarvoor is het in de eerste plaats natuurlijk raadzaam om het werk van Howell in ogenschouw te nemen: het onderzoek van de Amerikaanse medisch historicus laat duidelijk zien dat de veranderingen in ziekenhuizen aanzienlijk worden tussen 1900 en 1925.<sup>49</sup> Maar er is meer onderzoek gedaan naar de historische ontwikkeling van objectivering. De historisch socioloog Nicolas Jewson beschreef (alweer in 1976) in zijn beroemde *The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology* de ontwikkelingen die de patiënt als humaan wezen deed veranderen in een wetenschappelijk, te onderzoeken object. Dit bestudeert Jewson door de veranderingen die medische ‘kosmologie’ doormaakt te duiden. Dat klinkt in eerste instantie als een variant van de eerder genoemde moderniseringskritieken op objectivering, maar vooral de historische dimensie aan het werk van de Britse medisch socioloog is relevant voor mijn onderzoek.

Volgens Jewson zijn medische kosmologiën ‘basically metaphysical attempts to circumscribe and define systematically the essential nature of the universe of medical discourse as a whole. They are conceptual structures which constitute the frame of

---

<sup>48</sup> Foucault, “Nietzsche, Genealogie en de Geschiedschrijving,” 85.

<sup>49</sup> Howell, “Technology in the Hospital,” 2. Daarbij moet wel gezegd worden dat deze afbakening vrij anekdotisch beargumenteerd is, het blijft onduidelijk waarom het begint in 1900 en eindigt in 1925. Zijn bronmateriaal daarentegen, laat heel duidelijk zien dat er wel degelijk grote verschillen tussen beide eik momenten zijn. Daarom is het wellicht beter om vrij globaal te spreken van de eerste kwart van de twintigste eeuw.

reference within which all questions are posed and all answers are offered.<sup>50</sup> Dit maakte in de tweede helft van de negentiende eeuw een behoorlijke transitie door. Aanvankelijk werd de medische praktijk gekenmerkt door persoonlijke geneeskunde ‘aan de rand van het bed.’ De persoonlijke benadering ging uit van de interpretatie van het individu, waardoor het verhaal van de patiënt bijzonder centraal stond. De geneeskunde was zo gezien dus meer een *kunst*; de professionaliteit van de geneesheer werd bepaald door een creatieve interpretatie van gangbare theorie in de medische canon.<sup>51</sup>

Hoe anders is in dat verband de kosmologische structuur van wat Jewson ‘Hospital Medicine’ noemt: doordat de medische praktijk, zoals ook Howell stelt, in massaler verband plaatsvond in ziekenhuizen werd de patiënt niet meer als individu maar als wetenschappelijk object gezien. Er ontstond zo een afstand tussen de dokter en patiënt. Een ‘persoon’ werd een ‘casus,’ ‘Prognose en therapie’ werd ‘Diagnose en classificatie’ en ziekte werd niet meer gezien in relatie tot de patiënt, maar werd lokaal behandeld op het lichaamsdeel of cellencomplex. In Jewsons woorden: ‘The study of medicine is [in hospital medicine] focused upon the recurring, objective, quantitative characteristics of categories of the sick rather than upon the unique, subjective, qualitative differences between individuals.’<sup>52</sup>

Het lijkt me duidelijk hoe deze wende van ‘bedside-’ naar ‘hospital medicine’ aansluit bij het bovenstaande theoretisch kader. Het werk van Howell gaf al aanleiding ziekenhuizen als belangrijke institutionele context te zien. De verschuiving van persoon naar object, zoals Jewson constateert, is daarop voortbordurend precies de oorsprong van de door anti-moderne critici geproblematiseerde objectivering in Evidence Based Medicine. Het lijkt dus raadzaam op basis van Howell en Jewson de ontwikkeling te bestuderen tussen 1850 en 1925.

### III. HET ALGEMEEN ZIEKENHUIS TE UTRECHT

Na me gepositioneerd te hebben in het interdisciplinaire debat omtrent bio-ethiek, mijn casus uiteengezet te hebben, betoogd heb welk bronmateriaal ik ga gebruiken, en het onderzoek geperiodiseerd te hebben, is dit het moment om concreet te worden. Dat brengt ons naar Utrecht, 27 maart 1817. Bij een Koninklijk Besluit werden de negen Utrechtse

---

<sup>50</sup> Jewson Nicolas D, “The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology, 1770-1870”, *Sociology* 10 (1976): 225.

<sup>51</sup> *Ibid.*, 234.

<sup>52</sup> *Ibid.*, 232.

gasthuizen onder één bestuur verenigd. De financiële middelen van de voor bejaarden bestemde gasthuizen werden gebruikt voor een “Algemeen Gasthuis”; de fondsen van de voor zieken bestemde gasthuizen Sint Catharijne en Agnes van Leeuwenberg werden voor een “Algemeen Ziekenhuis” gebruikt.

Op 15 november 1822 werd dit Algemeen Ziekenhuis voor patiënten geopend, het is van belang te weten dat het gebouw bestond uit een ‘stedelijk-’ en een ‘academisch’ gedeelte – dit laatste werd het ‘nosocomium’ genoemd, waar hoogleraren onderwijs konden geven aan universitaire studenten. De staat van het nosocomium was uitermate slecht, in het jaarverslag over 1860 schreef de geneesheer directeur:

"Het Nosocomium – een ongeregelde groep sombere, vochtige en voor een groot deel bouwvallige vertrekken, waarin bij de gebreken der ziekenzalen in het Ziekenhuis nog allerlei andere zich voegen, waar de zieken [dicht] opeen geplaatst zijn als in een bestedelingenhuis, en de ruimte tusschen de kribben niet breed genoeg is om twee personen tegelijk door te laten; voorts met veel te kleine collegiekamer, steile trappen, allerongeschiktste stookplaatsen, nog slechter ventilatie dan in het Ziekenhuis – is voor alle verbetering onvatbaar en kan dus gerust ter slooping worden gegeven".<sup>53</sup>

Iets dergelijks gebeurde in 1871. Nadat het nosocomium en het stedelijk gedeelte in 1860 werden samengevoegd, verhuisde het gehele Algemeen Ziekenhuis in 1871 naar een nieuw gebouw aan de Catharijnesingel. Hier kwam ruimte voor een Verloskundige Kliniek, een Heelkundige Kliniek, een Oogheelkundige kliniek, een Syphiliskliniek, een Polikliniek voor kinderziekten, een Gynaecologische kliniek, een Geneeskundige Kliniek en (pas na 1905) een Psychiatrisch-neurologische kliniek.

#### IV. WAAROM JUIST DIT ARCHIEF?

De 97 meters tellende archieven van dit ‘Algemeen Ziekenhuis en de Utrechtse Universitaire Klinieken’, sinds 1956 gelegen in het Utrechts archief, beslaan de periode van 1817 tot aan 1925. In dit laatste jaar kwam het Algemeen Ziekenhuis in beheer van het Rijk, waardoor alles ná 1925 in het nationaal archief te Den Haag wordt bewaard. Dit maakt het archief van het Algemeen Ziekenhuis in Utrecht ideaal voor mijn onderzoek, daar het precies de tijdsspanne 1850-1925 beslaat.

In de tweede plaats maakt zijn omvang dit archief zeer aantrekkelijk voor mijn onderzoek. De extensieve documentatie, in verschillende klinieken, zorgt ervoor dat het

---

<sup>53</sup> Jaarverslagen, 1860, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.



mogelijk is ontwikkelingen over de gehele periode te bestuderen. De omvang zorgde ook voor een beperking, ik heb geen tijd gehad de duizenden patiëntendossiers allemaal te bekijken. Daarom ben ik steekproefsgewijs te werk gegaan: wanneer een archief – neem bijvoorbeeld de ‘Historiae Graviditatum’ van de verloskundige kliniek – een periode van 1841 tot 1924 beslaat, heb ik eerst dossiers uit 1841 en 1924 bestudeerd, en daarna dossiers rondom 1880 – precies in het midden dus. Afhankelijk van of deze dossiers lijken op de vroege of late variant, heb ik dossiers rondom 1900 of 1860 bestudeerd. Op deze manier heb ik de ontwikkelingen in de dossiers goed kunnen bekijken.

De derde reden waarom de archieven van de Utrechtse Universitaire klinieken hun geschiktheid legitimeren is de diversiteit aan medische praktijken die er gevoerd werden. Zoals hierboven genoemd werd er een grote veelzijdigheid aan specialisaties gepraktiseerd in de Utrechtse Klinieken. Daardoor heb ik een representatief gedeelte van de medische praktijk in de genoemde periode kunnen bestuderen.



*Afbeelding 1 | Interieurs van de heelkundige vrouwenkliniek*

---

<sup>54</sup> Interieur van de Heelkundige en Vrouwenkliniek (Rijksklinieken; Justus van Effenstraat 29) te Utrecht: zaal 8 van de Chirurgische kliniek, 1908, Het Utrechts Archief.

## Patiëntendossiers onder de loep

Ik zal de empirische benadering van objectivering in patiëntendossiers op tweeledige wijze vormgeven. Enerzijds bestudeer ik de dossiers inhoudelijk; ik zal mijn aandacht vestigen op wat er ‘daadwerkelijk’ staat, en dit vervolgens interpreteren in het kader van objectivering. Anderzijds zal ik de dossiers vanuit een meer materialistisch perspectief bekijken. Los van *wat* er staat, zal ik me concentreren op *hoe* het er staat. Ik ben in dit verband dus meer geïnteresseerd in de vorm in plaats van de inhoud.

### I. DE INHOUDELIJKE ANALYSE

#### I.A DE NARRATIVERING VAN DE PATIËNT

Wanneer op 24 februari 1942 Maria Telhof, opgenomen werd in het tocomium (de universitaire verloskundige kliniek), waren de doktoren Koelvink en Cuijck aanwezig. De verslagening van haar opname, veelzeggend het “Historiae Graviditatum” genoemd, leest als de poëtische opening van een goed verhaal:

Deze gravida; welke gedurende hare graviditeit zeer gezond was geweest, en volgens haar zeggen op de helft den maand juni 1941 voor het laatst gemenstrueerd had, werd op den 24 februari 1842 in het Tococomium opgenomen. Zij had een plathorische constitutie en scheen van een phlagmatisch temperament te zijn. Op den 24 Feb. 1942 'S morgens ten 12 uren opgenomen zijnde, verhaalde zij, reeds gedurende twee dagen zeer pijnlijk te zijn geweest en gedurende den ganschen nacht afvloeiing van liquor amnii te hebben bespeurd; toen zij kort daarna geëxploreerd werd, vond men het Ostium Uteri.<sup>55</sup>

Na een gewichtige, aaneengesloten verslagening van de opname besluit de arts met: ‘de secundinae werden terstond door de natuur uitgedreven, voordat de suniculus afgebonden was.’ Het twee pagina’s tellende verslag heeft een duidelijke kop en een staart, en is geschreven als een afgerond verhaal (zie afbeelding 1). De patiënt komt binnen, wordt opgenomen, de behandeling vindt plaats, en het dossier is afgerond. Geen bijlagen of

---

<sup>55</sup> “Historia Graviditatum”, registers met gegevens over de verpleegde patiënten en met verslagen van de zwangerschappen, de verrichte onderzoeken en de bevallingen of abortussen, 1941, Het Utrechts Archief (UA), inv.nr 810.85.

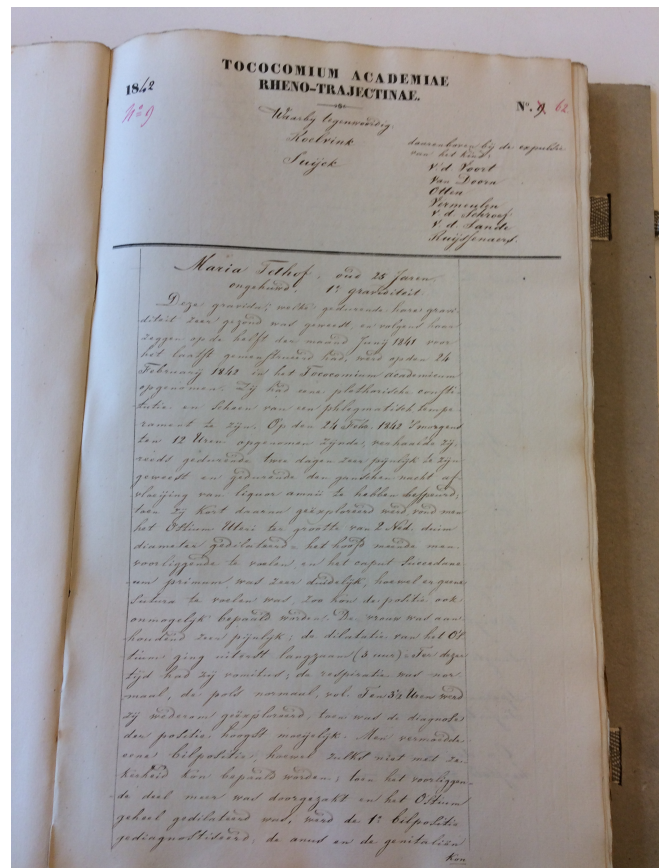
toelichtingen die het verhaal ondersteunen; enkel een aaneengesloten verhaal over de opname een "Historiae".

Het verhalende karakter van het dossier is opvallend, maar de aandacht voor de gevoelens die vanuit de patiënt komen en niet per se gebaseerd zijn op waarnemingen van de arts zijn des te opvallender. Dat het feit dat de patiënt 'verhaalde gedurende twee dagen zeer pijnlijk te zijn geweest' opgenomen is in het verslag, geeft aan dat wat de patiënt te vertellen had serieus werd genomen. Het sluit goed aan bij wat Jewson 'Bedside Medicine' noemt: de patiënt verwordt in de

medische praktijk een narratief en heeft zelf een grote invloed op dat narratief.

Ook is opvallend hoe dit verhaal in de verleden tijd is geschreven dus ná de opname. Blijkbaar voldeed het dossier vooral als documentatie van een bepaalde praktijk, en diende (nog) niet als technologie in de medische behandeling van de patiënt. Daarnaast is het verhaal vooral gestructureerd aan de hand van data en chronologie, niet per se aan de hand van de informatie over de patiënt.

Het verslag blijkt representatief voor de dossiers tussen 1840 en 1890, de eerste helft van de door mij bestudeerde tijdsspanne. Ook in de iets kortere dossiers in de chirurgische klinieken, is vrijwel alleen een 'verhaal' van de opname opgetekend, met eventueel nog een diagnose.<sup>56</sup> In de heelkundige klinieken is zelfs speciaal ruimte overgelaten om het opnameverslag aan de hand van de datum te structureren, de door mij bekeken dossiers dateerden uit het eind van de 19<sup>e</sup> eeuw in dit geval. Er is dan ook al te zien dat er steeds vaker in de tegenwoordige tijd geschreven wordt, en dossiers in deze tijdsspanne al meer onderdeel uitmaken van de medische praktijk. Noemenswaardig, in het geval van de



Afbeelding 2 | Het patiëntendossier van Maria Telhof<sup>56</sup>

<sup>56</sup> Registers met gegevens over de verpleegde patiënten in de Heelkundige Kliniek en met verslagen van hun ziektegeschiedenis en hun behandeling (tot 1891 "historiae morbi", daarna "protocollen"), 1870, Het Utrechts Archief, inv.nr 810.520. & Historiae Morbi uit de Heelkundig Kliniek, 1885, UA, inv.nr 810.524. & Historiae Morbi uit de Heelkundige Kliniek, 1875, UA, inv.nr. 810.521.

heelkundige kliniek, zijn de vele handgemaakte illustraties die het verhaal kracht bij zetten.<sup>57</sup> De oudste dossiers van de gynaecologische kliniek lijken enerzijds hopeloos ouderwets door de chaotische opstelling, toch zijn dit de eerste dossiers waar ‘diagnose’ en ‘therapie’ een categoriserende werking heeft: vanaf medio 1880 zijn de twee termen onderstreept terug te vinden in de verslagen.<sup>58</sup>

### I.B STANDAARDISERING EN CATEGORISERING

In het decennium vóór, en het decennium ná 1900 treden er belangrijke veranderingen op in de dossiers. Zoals al uit de dossiers van de heelkundige kliniek bleek, neemt het aantal informatie wat herhaaldelijk en op de zelfde manier ingevuld wordt, toe. In het algemeen lijkt er in de dossiers rondom deze periode zichtbaar sprake van twee aanverwante processen: standaardisering en categorisering.

Het eerste proces zie ik in dit verband als het streven naar een zo nauwgezet mogelijke herhaling van bepaalde praktijken: steeds vaker wordt er op dezelfde manier gedocumenteerd en worden dezelfde termen gebruikt. Er blijkt steeds een ‘standaard’ gepraktiseerd te zijn, waar de actoren in de medische ruimte aan moeten voldoen. Het tweede proces, categorisering, zou je kunnen zien als een oorzaak van dit eerste proces. De verschillen tussen patiënten worden steeds vaker gedocumenteerd door dezelfde soort (standaard) categorieën. Hierdoor staat de wijze hoe de patiënt gezien wordt, en welke elementen belangrijk zijn steeds vaker vast.

Misschien wel de meest karakteristieke wijziging in dat verband, en wat mij betreft ook een duidelijke breuk met de eerder genoemde narrativering van de patiënt weergeeft, is de verandering van de naam van de patiëntendossiers in de heelkundige kliniek en de gynaecologische kliniek. Waar de dossiers aanvankelijk de titel ‘Historiae Morbi’ droegen, heetten ze in de heelkundige kliniek vanaf 1891, en in de gynaecologische kliniek vanaf 1899 ‘protocol.’<sup>59</sup> Deze duidelijke kosmologische transitie, van een ogenschijnlijk subjectief verhaal, naar een al dan niet objectief verslag aan de hand van gestandaardiseerde

---

<sup>57</sup> Zie de protollen uit de Heelkundige kliniek over de periode 1890-1900, UA, inv.nrs. 810.521-539.

<sup>58</sup> Registers met gegevens over de verpleegde patiënten en met verslagen van hun ziektegeschiedenis en hun behandeling uit de Gyneacologische kliniek, 1870-1880, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.984.

<sup>59</sup> Zie: Registers met gegevens over de verpleegde patiënten in de Heelkundige Kliniek en met verslagen van hun ziektegeschiedenis en hun behandeling (tot 1891 "historiae morbi", daarna "protocollen"), 1891-1924, Het Utrechts Archief, inv.nr 810.600-692. & Registers met gegevens over de verpleegde patiënten en met verslagen van hun ziektegeschiedenis en hun behandeling (tot 1899 "historiae morbi", daarna "protocollen"), 1899-1924, Het Utrechts Archief, inv.nrs. 810.984-1026.

richtlijnen, geven een duidelijke discontinuïteit in het denken over de patiënt in het Utrechtse Ziekenhuis weer.

Verdere inhoudelijke verschillen tussen de vroege dossiers, en de ‘protocollen’ rondom 1900 zijn minder duidelijk. Vooral in de heilkundige kliniek zijn er rond 1910 nog steeds korte verhalende stukken te vinden, die aan de hand van chronologie het ziekteverloop structureren.<sup>60</sup> Maar, in tegenstelling tot de dossiers uit de periode 1840-1870, lijken nu de meeste protocollen veelal standaardinformatie te bevatten. In vooraf gedrukte velden wordt in de chirurgische kliniek, de heilkundige kliniek, en de gynaecologische kliniek de naam, leeftijd, beroep en woonplaats opgetekend.<sup>61</sup> In het geval van de chirurgische kliniek wordt het protocol vanaf 1891 vooral gestructureerd aan de hand van de diagnose, therapie, operatie en het wondverloop.<sup>62</sup> Opvallend is ook hoe er bij de gynaecologische kliniek standaard ruimte is voor opmerkingen over ‘anatomisch of microscopisch onderzoek.’<sup>63</sup>

De vroege registers waarin gegevens over de patiënten op volgorde van aanmelding van de verloskundige kliniek geeft mogelijk inzicht hoe deze categorieën ‘uit zichzelf’ lijken te ontstaan. Over de periode 1840-1870 lijkt er van een ontwikkeling sprake die de hierboven geïllustreerde standaardisering en categorisering mogelijk maakt. De oudste registers, tussen 1843 en 1863, bevatten handgeschreven kolommen met de categorieën: ‘volgsnummer’, ‘datum der toezegging’, ‘namen der zwangeren’, ‘woonplaats’, ‘vermoedelijke tijdsberekening’, ‘datum der bevalling’, ‘jaarlijks nummer’, ‘volgsnummer’ en in dit kader de belangrijkste categorie: ‘aantekeningen.’<sup>64</sup> In eerste instantie blijft deze laatste categorie nagenoeg leeg.

In 1844 gebeurt er iets bijzonders. In de categorie ‘aantekeningen’ wordt steeds vaker dezelfde informatie opgeschreven: medio 1944 staat bij nagenoeg alle patiënten om hoeveelste graviditeit (bevalling) het gaat, en de leeftijd. Gedurende het hele jaar wordt de ‘aantekeningen’-sectie dus hetzelfde ingevuld.<sup>65</sup> De categorieën zijn in de dossiers vanaf 1844 zijn niet meer geschreven, maar geprint. Het zal dan ook niet verbazen dat vanaf dat

---

<sup>60</sup> Protocollen uit de Heilkundige Kliniek, 1910, UA, inv.nr. 810.524.

<sup>61</sup> Protocollen uit de Heilkundige Kliniek, 1910, UA, inv.nr. 810.539. & Protocollen uit de Gynaecologische Kliniek, 1899, UA, inv.nr. 810.988.

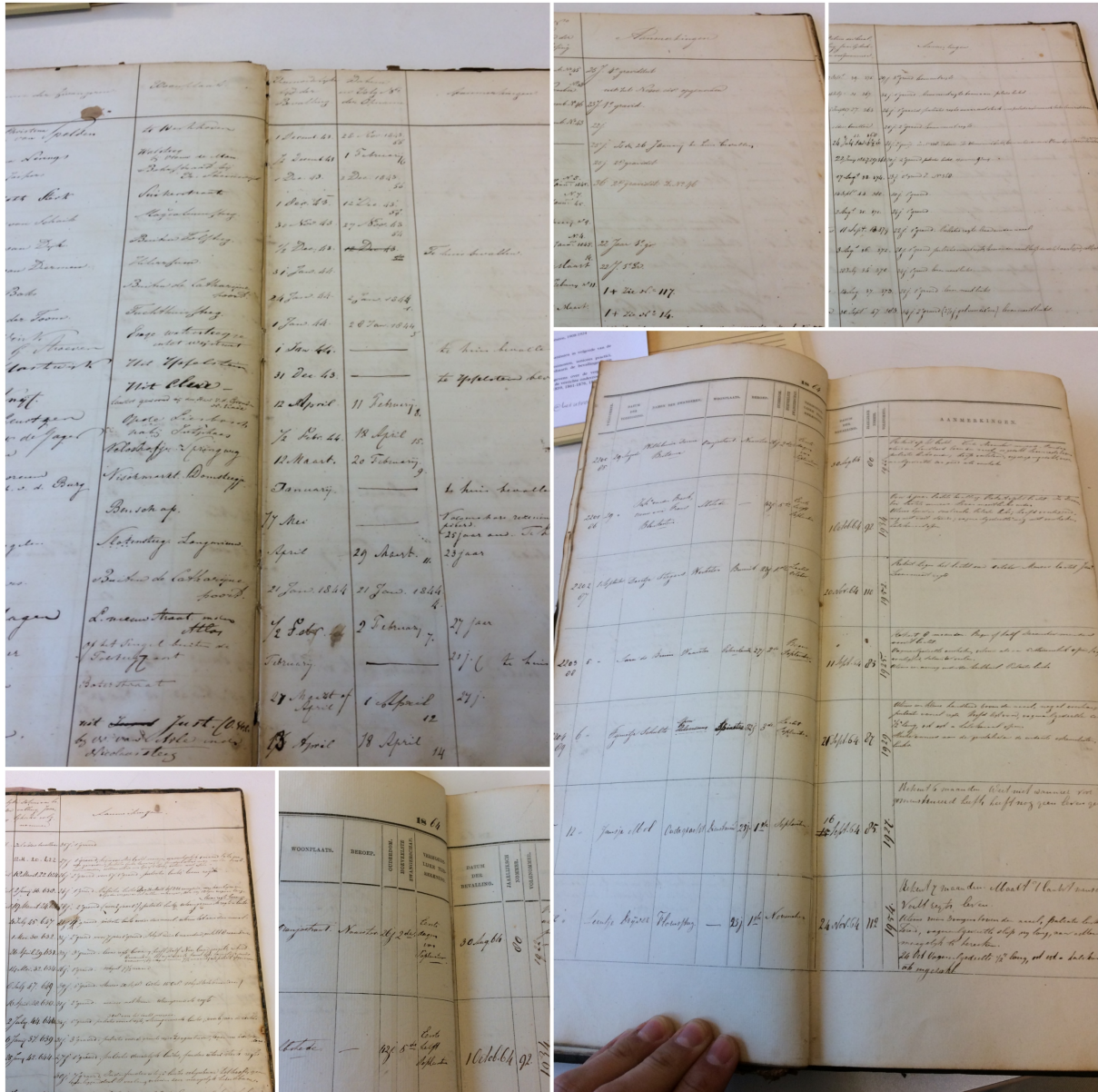
<sup>62</sup> Voetnoot?? Anders gynaecologische kliniek

<sup>63</sup> Protocollen uit de Gynaecologische Kliniek, 1899, UA, inv.nr. 810.988.

<sup>64</sup> Registers met gegevens over de verpleegde patiënten in volgorde van de aanmelding bij de kliniek, 1843, Het Utrechts Archief, inv.nr.810.81.

<sup>65</sup> Ibidem.

moment speciale kolommen gemaakt zijn voor 'hoeveelste bevalling' en 'leeftijd'.<sup>66</sup> Dit blijft in stand tot aan het einde van het archief in 1925. Wat mij betreft is dit een voorbeeld voor hoe categorisering en standaardisering voor het groot gedeelte ontstaat in de patiëntendossiers zélf. En hoewel het op het eerste gezicht een vrij oninteressant detail betreft, maakt het wel inzichtelijk hoe dossiervorming, en wat belangrijk gevonden wordt aan een patiënt hoe de patiënt gecategoriseerd wordt plaatsvindt.



Afbeelding 2 | Het ontstaan van categorieën<sup>66</sup>

<sup>66</sup> Registers met gegevens over de verpleegde patiënten in volgorde van de aanmelding bij de kliniek, 1844, Het Utrechts Archief, inv.nr.810.82.



## I.C. FRAGMENTATIE EN KWANTIFICERING

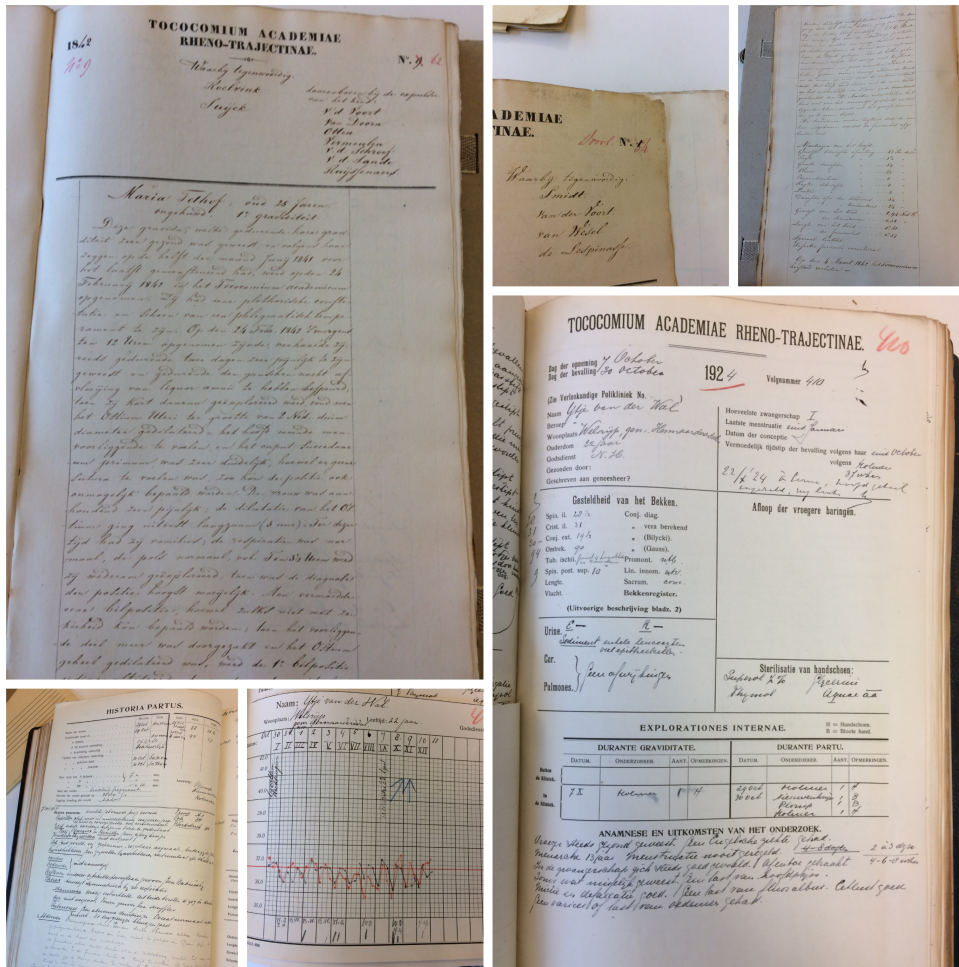
Het verschil tussen patiëntendossiers uit de eerste bestudeerde deelperiode, en de laatste deelperiode van de door mij gekozen tijdsspanne 1910-1925 is treffend. Zoals de ter illustratie bijgevoegde afbeeldingen laten zien, blijkt hoe we tussen 1910 en 1924 te maken hebben met een totaal andere kijk op de beschrijving van de patiënt. Om deze dossiers te interpreteren in de tot nu toe gekarakteriseerde trant, wil ik de verslagen uit het interbellum bekijken aan de hand van de gefragmenteerde inhoud van het dossiers, de daardoor toegenomen complexiteit en de hoge mate van kwantificering.

Allereerst wil ik het contrast aangeven tussen het continue karakter van de medische dossiers uit 1840, ten opzichte van de fragmentarische documentatie in de dossiers uit 1920 (zie afbeelding 3). In deze dossiers is chronologie vrijwel verdwenen: de patiënt, en zijn of haar behandeling wordt beschreven aan de hand van vooraf gedrukte categorieën. Dit blijkt het verhalende component volledig te vervangen. De informatie is diverser, en daardoor fragmentarisch. Dat verschil is mooi te zien in de patiëntendossiers uit de verloskundige praktijk. Al in 1907 werd er onderzoek gedaan naar zaken die aanvankelijk niets met een bevalling te maken lijken te hebben: denk aan urine-onderzoek, bloedonderzoek, en het gewicht.

Ook zaken die wel een duidelijke connectie hebben met de bevalling, maar niet in de narratieve dossiers uit 1840 opgenomen zijn zoals de wijze van voeding van het pasgeboren kind, de ontwikkeling van het gewicht van het pasgeboren kind en de afmetingen van het bekken worden in deze dossiers opgenomen. Voorgedrukte titels als ‘Explorationes Internale’, ‘Onderzoek Durante Partu’ en ‘Uitkomsten van het Onderzoek Durante Graviditate’ verraden al de wijze waarop informatie verkregen is: door onderzoek van de medisch specialist en dus vooral *niet* door inbreng van de patiënt zelf.<sup>67</sup>

---

<sup>67</sup> "Historiae Graviditatum", registers met gegevens over de verpleegde patiënten en met verslagen van de zwangerschappen, de verrichte onderzoeken en de bevallingen of abortussen uit de Verloskundige Kliniek, 1907, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.150.



Afbeelding 3 | Patiëntendossiers uit de verloskundige kliniek, 1940 versus 1924<sup>68-69</sup>

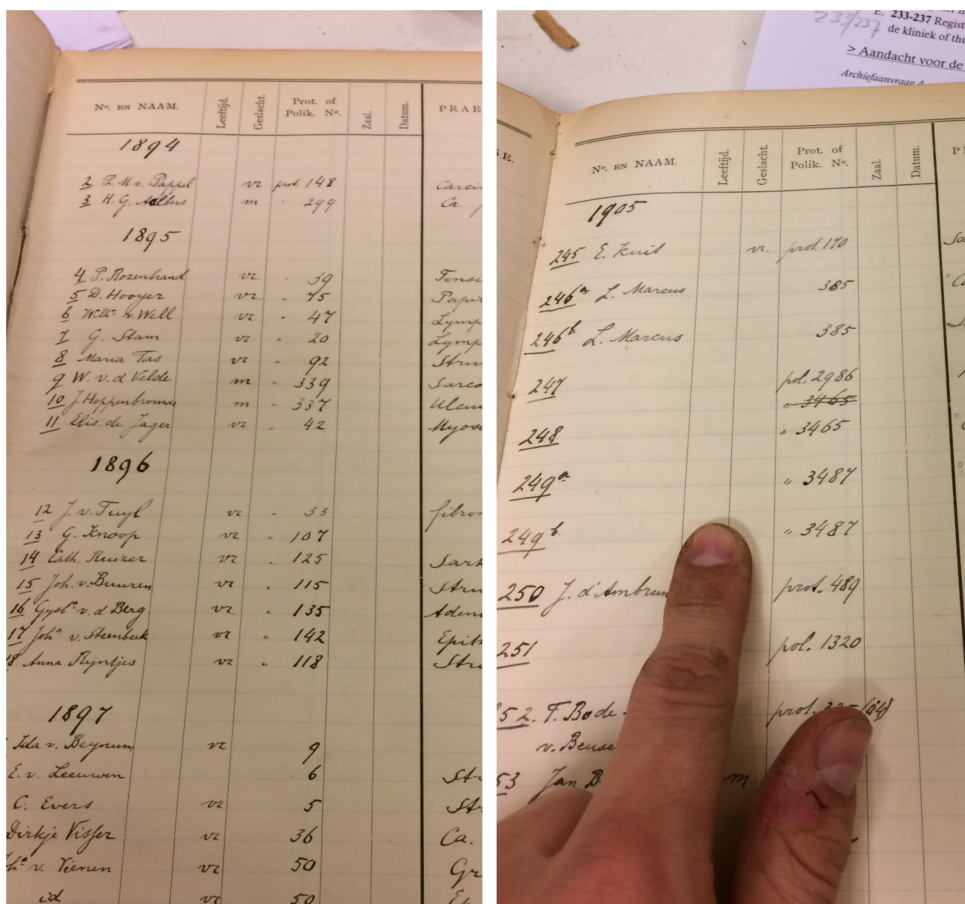
De lengte van de dossiers lijkt toe te nemen tot aan 1924. Nog meer informatie, zoals de wijze waarop de handschoenen gesteriliseerd is, welk longonderzoek gedaan is, de polsslag, en de geur van de nageboorte is in het dossier opgenomen. Van belang is dat vrijwel alles zeer gedetailleerd opgeschreven is. Het verslag lijkt vooral opgedeeld te zijn in secties, en is discontinue van karakter.<sup>68</sup> De dossiers uit de verschillende klinieken lijken ook steeds meer op elkaar van opzet, hoewel de daadwerkelijke informatie steeds specialistischer wordt. Uit een vergelijking met de 'protocollen' uit de heilkundige kliniek, de chirurgische kliniek en de gynaecologische kliniek blijkt de representativiteit van het discontinue en fragmentarische karakter van de patiëntendossiers uit het interbellum.<sup>69</sup>

<sup>68</sup> "Historiae Graviditatum", registers met gegevens over de verpleegde patiënten en met verslagen van de zwangerschappen, de verrichte onderzoeken en de bevallingen of abortussen uit de Verloskundige Kliniek, 1924, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.205.

<sup>69</sup> Zie: Protocollen uit de Heilkundige Kliniek, 1924, UA, inv.nr. 810.692. & Protocollen uit de Gynaecologische Kliniek, 1924, UA, inv.nr. 810.1026. & Operatieboeken, registers met gegevens over de in de Chirurgische Kliniek uitgevoerde operaties, 1924, UA, inv.nr. 810.790.



De tweede belangrijke ontwikkeling in de latere dossiers is kwantificering. In dit proces, waar informatie over de patiënt niet in kwalitatieve termen beschreven wordt “de bekken is groot”, “de bloeddruk lijkt laag” worden gegevens steeds vaker in kwantitatieve termen uitgedrukt. Dit blijkt in eerste instantie natuurlijk uit het feit dat de patiënt niet meer bij naam wordt gedocumenteerd, maar per nummer. Waar naam en nummer aanvankelijk naast elkaar staan, laat bijvoorbeeld het register waarin de patiënten van de chirurgische kliniek beschreven staan zien hoe het patiëntnummer de naam van de patiënt zelfs *vervangt*.<sup>70</sup>



Afbeelding 4 | Van patiënt naar nummer<sup>70</sup>

Niet alleen op individueel niveau wordt de patiënt tot cijfer gereduceerd. Daar cijfers bij uitstek dienen om verschillende patiënten met elkaar te vergelijken op basis van

<sup>70</sup> Deze ontwikkeling is te zien in: Register met gegevens over in de kliniek, in de polikliniek of soms in een ander ziekenhuis verpleegde patiënten en de bij hen gestelde diagnose aan de hand van onderzochte preparaten. Met alfabetische index op de diagnoses, 1894-1935, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.792.

kwantificeerbare categorieën, ontstond in de periode van 1908 tot 1930 de ontwikkeling een departement als geheel te verslaan in statisch verband.<sup>71</sup> De eerste verslagen van, bijvoorbeeld, de ‘heelkundige- en vrouwenkliniek’ probeerden de aantallen patiënten per maand te bestuderen. In latere verslagen was er ook aandacht voor de duur van de opname, tegen 1920 werden gegevens als religies, beroepen en ziektes kwantitatief in kaart gebracht. Ook de opkomst van tabellen zoals bijvoorbeeld in de verloskundige kliniek waar de bezetting van de kraamzaal gedocumenteerd is is een mooi voorbeeld van deze ontwikkeling.<sup>72</sup> Al met al is er een duidelijke toename van kwantitatieve informatie zichtbaar.

Ook in de patiëntendossiers zelf is overduidelijk sprake van kwantificering. Waar in de heelkundige kliniek iets als urine aanvankelijk op kwalitatieve wijze bestudeerd werd, met termen als ‘normaal’, ‘troebel’ en ‘sediment aanwezig’, duiken er in 1924 stukken zoals ‘verslag van cytoscopisch onderzoek’ waarin gekwantificeerde kwaliteiten als ‘soortelijk gewicht’, ‘aantallen kreatinine’, ‘hoeveelheid urine per 30 minuten’ en ‘capaciteit’ worden opgenomen.<sup>73</sup> In dat verband lijkt er vooral ook meer gemeten te worden. In de eerder besproken verslagen uit de verloskundige kliniek werd aanvankelijk (in 1840) enkel het kind gemeten (gewicht, lengte en omtrek). In 1924 werd het bekken, de navelstreng, de placenta, de vagina, het kind, en de temperaturen van zowel de moeder als kind gemeten – alles werd daarbij uitgedrukt in cijfers.<sup>74</sup>

Ik heb tot nu toe een driedelige geschiedenis van de objectivering van patiënten in dossiers uit de Utrechtse Universitaire Klinieken geschetst over de periode 1840-1925. Waar de patiënt door een narrativerende documentatiestijl aanvankelijk nog een grote rol had in de verslaggeving van zijn of haar periode in het ziekenhuis, doordat de patiënt als persoon gezien werd, zorgde standaardisering voor een situatie waarin de patiënt steeds vaker aan de hand van categorieën werd bestudeerd. Niet meer het geheel, maar een ‘gedeelte’ van de patiënt werd bekeken. De patiënt bleek gaandeweg een onderzoeksobject; kwantificering en specialistische fragmentatie zorgde voor de steeds duidelijker wordende distantiëring van

---

<sup>71</sup> Zie: Registers over de gegevens van de overleden patiënten, opgemaakt volgens art. 54 van het Burgerlijk Wetboek, 1908-1929, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.46.

<sup>72</sup> Staten met gegevens over de verpleegde patiënten en de bevallingen en abortussen, 1867, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.231.

<sup>73</sup> Register met verslagen van de verrichte cystoscopieën. Met alfabetische naamindex, 1913-1919, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.805.

<sup>74</sup> *Historiae Graviditata* uit de verloskundige klinieken, 1924, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.205.

de medische praktijk ten opzichte van de patiënt.

Dit zijn inhoudelijke ontwikkelingen. Allen sluiten ze mooi aan bij en geven nieuwe empirische onderbouwing aan het historiografisch discours omtrent de medische praktijk in de bestudeerde periode, en het schetst een genealogie van objectivering in de Nederlandse medische praktijk. Echter, deze genealogie voegt nog niets toe aan het medisch ethisch debat over Evidence-Based Medicine, waar moderniteitskritieken de hier bestudeerde objectivering hevig problematiseren toch de grootste ambitie van dit onderzoek.

Daarom wil ik nu de focus verplaatsen van inhoud naar *vorm*. In de hierop volgende sectie zal ik namelijk betogen hoe willen we objectivering goed begrijpen dit ‘genealogische’ onderzoek laat zien hoe inhoudelijke ontwikkelingen kwantificering, fragmentatie, standaardisering, categorisering ontstaan bij de gratie van de vorm waarin ze vastgelegd worden. Daarvoor zal ik kijken naar de materiële ontwikkelingen die gepaard gaan met ‘inhoudelijke’ objectivering.

## II. DE MATERIËLE ANALYSE

### II.A KRISTALISERING: HET PATIËNTENDOSSIER ALS MATERIAAL

Om nogmaals uiteen te zetten waarom het van belang is te kijken naar de materialiteit van patiëntendossiers, lijkt het verstandig Timmermans en zijn ideeën over lokale universaliteit kort te recapitulieren. Volgens de Amerikaanse medisch socioloog veronderstelt de objectivering die plaatsvindt in Evidence-Based Medicine een bepaalde universaliteit: elk wetenschappelijk feit refereert namelijk aan een bepaalde standaard. Maar, zo stelt Timmermans, deze standaard is niet per se immanent aanwezig en gecentraliseerd praktijken van universalisering zijn altijd ‘lokaal’ vormgegeven. Slechts op een lokaal niveau wordt (medisch) sociale interactie gestandaardiseerd. Met andere woorden: standaardisering *an sich* is nooit universeel. Daarbij is het van belang te stellen dat deze standaardisering ontstaat door al bestaande sociale praktijken vast te leggen te ‘kristalliseren.’

Wil ik objectivering als zo’n sociale praktijk aan de hand van deze lokale standaardiseringspraktijken bestuderen, zal ik de historische ontwikkeling van de kristallisering van de eerder genoemde objectiveringspraktijken moeten bekijken. Waar Timmermans kristallisering vooral als een sociaal construct interpreteert, wil ik het concept

juist zeer letterlijk nemen. In dat wat volgt zal ik stellen hoe de bovengenoemde ontwikkelingen – objectivering door kwantificering, fragmentatie, categorisering en standaardisering – enkel kan bestaan door *materiële* kristallisering. Door deze praktijken in materiële zin vast te leggen in patiëntendossiers.

## II.B PAPIER, INKT EN PRINT

Om te beginnen bestaan de dossiers in de gehele bestudeerde periode uit papier en inkt, en in vrijwel elk bestudeerd dossier is met menselijke hand informatie opgeschreven. Dit is belangrijk, want het laat zien dat er een duidelijk aanwijsbare interactie tussen de dossiers en zijn sociale context is geweest: de meeste informatie in de dossiers is dus door *mensen* opgeschreven.

Er is daarentegen wel een ontwikkeling te zien in de verhouding tussen de vooraf gedrukte tekst, en de handgeschreven tekst tussen 1840 en 1925. Wanneer we bijvoorbeeld de dossiers van omstreeks 1840 bekijken – uit de narrativerende periode – zien we het absolute minimum aan vooraf gedrukte tekst. Het ‘*Historiae Graviditatum*’ van Anthonia Catharina Welle uit 1845 bijvoorbeeld, bevat los van de titel van het dossier, het jaartal, en een ruimte het patiëntnummer te noteren, geen enkele vooraf gedrukte tekst.<sup>75</sup> In de gynaecologische kliniek was er niet eens sprake van een duidelijk dossier: de informatie werd omstreeks 1870 gewoon geschreven op een willekeurig stuk papier.<sup>76</sup>

De dossiers rondom 1900 hebben een totaal ander karakter: geen open vakken waar het verhaal van de behandeling van de patiënt (in alle vrijheid) opgeschreven kon worden, maar voorgedrukte tekst en categorieën, waarachter de arts zijn informatie kon opschrijven. In het geval van de gynaecologische kliniek bijvoorbeeld, werd het dossier daardoor meer een soort vragenlijst.<sup>77</sup> Onder het kopje “Gesteldheid van de Vrucht” kon de arts achter bijvoorbeeld ‘Uitwendig waarneembare delen’, ‘Harttoon’, ‘Beweging der Vrucht’ en ‘Andere geluiden’ de observaties structureren. De toename van voorgedrukte tekst zette door in het interbellum. Hoe het dossier ingevuld moest worden hing niet meer van de arts af, maar werd bepaald door de structuur die de voorgedrukte tekst impliceerde.<sup>78</sup> De lengte

---

<sup>75</sup> *Historiae Graviditatum* uit de verloskundige klinieken, 1845, UA, inv.nr. 810.87.

<sup>76</sup> *Historiae Morbi* uit de gynaecologische kliniek, 1870, UA, inv.nr. 810.984.

<sup>77</sup> *Historiae Graviditatum* uit de Verloskundige Kliniek, 1870, UA, inv.nr. 810.110.

<sup>78</sup> *Historiae Graviditatum* uit de verloskundige klinieken, 1924, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.205. & "Indexboekjes", registers met beknopte gegevens over de verpleegde patiënten, de diagnoses en de behandelingen, met verwijzingen naar de volgnummers van de "protocollen", 1891-1924, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.695. & "Historiae Graviditatum", registers met gegevens over de verpleegde patiënten en met verslagen van de zwangerschappen, de verrichte onderzoeken en de

van de dossiers nam alsmaar toe, maar stond door de voorgedrukte tekst wel (tijdelijk) vast. Waar een arts weinig meer kan veranderen aan de voorafgedrukte tekst, is de handgeschreven tekst altijd onderhevig aan variatie. Het ligt dan ook voor de hand het vooraf drukken van tekst als noodzakelijk te zien voor objectiverende standaardisering en categorisering van de patiënt er is in dat verband sprake van materiële kristallisering.

### III.C GRAFISCHE TECHNIEKEN

De kristallisering van objectiverende mechanismen is veelzijdiger dan enkel voorgedrukte tekst. Wellicht het meest in het oog springende verschil tussen patiëntendossiers in 1840 en 1925 is de hoeveelheid grafische technieken die gebruikt worden. Daarmee duid ik presentatiewijzen aan die door observatie en onderzoek vergaarde data presenteren in een niet tekstuele vorm. Er zijn mijns inziens twee belangrijke grafische technieken relevant: de tabel en de grafiek.

(1) Het is van belang dat ik tabellen in dit verband dus niet interpreteer op basis van de informatie die hij beschikt, maar de vorm zelf. Het principe is op zich simpel: door verticale en horizontale lijnen wordt een rooster gevormd. Op de verticale as ontstaan rijen, op de horizontale as ontstaan kolommen. Over de hele periode gezien vormen de kolommen de eerder beschreven (objectiverende) categorieën waarin steekwoorden staan die refereren naar een bepaalde eigenschap. In de rijen staan vervolgens de (onderzoeks)objecten de patiënten, of ‘fragmenten’ van die patiënt.

In de tweede helft van de negentiende eeuw en dus de eerste helft van mijn onderzoeksperiode is te zien hoe er voorzichtig geëxperimenteerd werd met de tabellarische presentatie van patiëntinformatie. In de eerste dossiers, bijvoorbeeld in de verloskundige kliniek in 1842, stonden weliswaar de maten en het gewicht van de pasgeborenen beschreven in een rij, en gaven de verschillende kolommen de tijdsperiodes aan er werden geen (horizontale of verticale) lijnen getrokken die zo kenmerkend zijn voor de tabel.<sup>79</sup> Dit verklaart wellicht dat in diezelfde dossierreeks, in 1943, de afmetingen in het lopende verhaal, het narratief, beschreven werden.<sup>80</sup> In de jaren 1860-1880 zijn de eerste met de hand getrokken verticale lijnen om de informatie te ordenen zichtbaar in de Utrechtse Universitaire klinieken. Een voorbeeld is daarbij de uitgebreide registratie van

---

bevallingen of abortussen uit de Verloskundige Kliniek, 1907, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.150.

<sup>79</sup> “Historia Graviditatum”, registers met gegevens over de verpleegde patiënten en met verslagen van de zwangerschappen, de verrichte onderzoeken en de bevallingen of abortussen, 1941, Het Utrechts Archief (UA), inv.nr 810.85.

<sup>80</sup> *Historiae Graviditata* uit de Verloskundige Kliniek, 1843-45, UA, inv.nrs. 810.86-87.

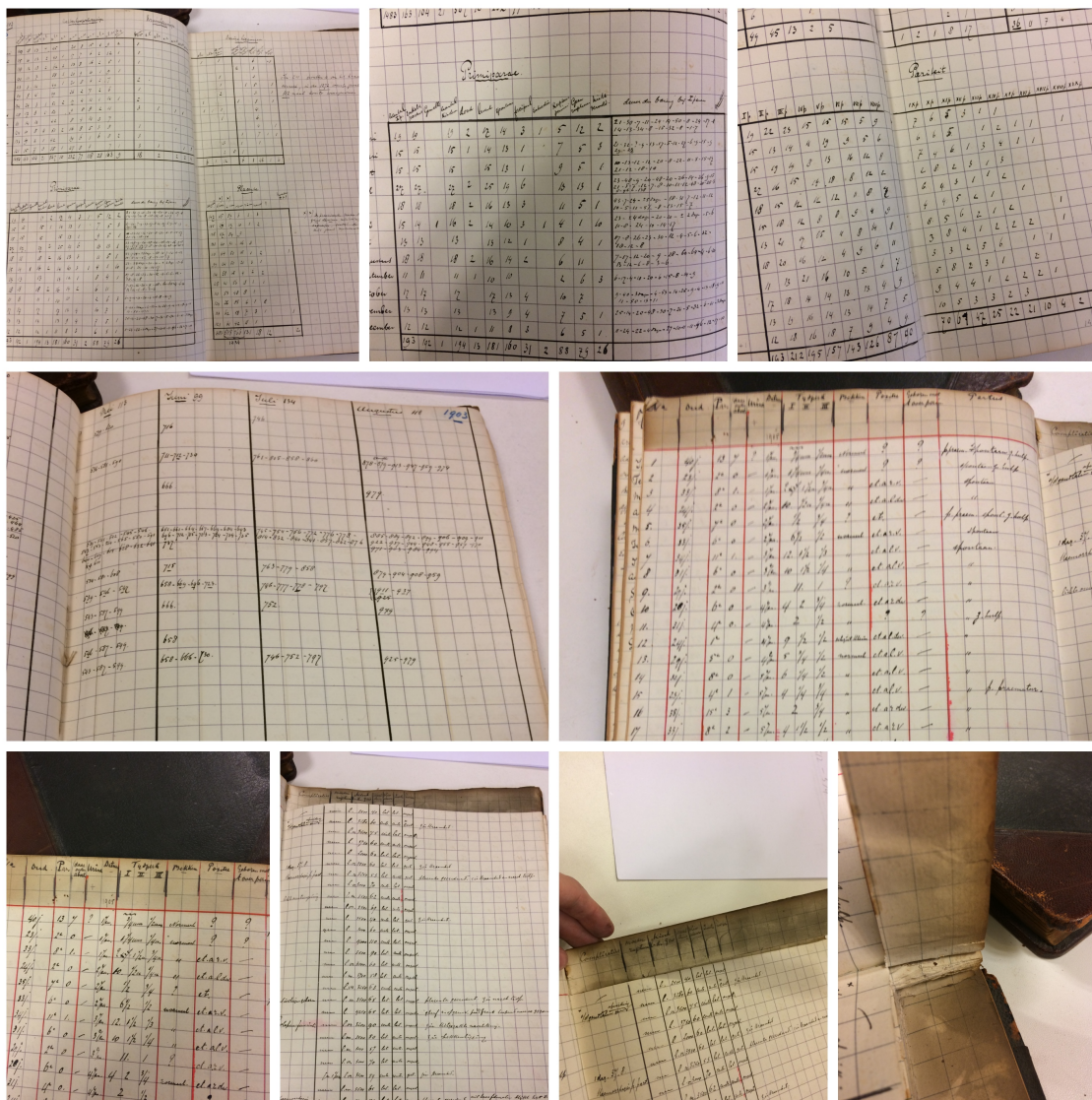
de temperatuur van patiënt 148 uit de gynaelogische kliniek in 1872. In de vorm van een bijlage werd haar temperatuur gedurende twee maanden bijgehouden. Het feit dat dergelijke getekende tabellen bij andere patiënten nauwelijks voorkwamen en het om een ‘vervolgblad’ ging, lijkt in deze periode sprake van een uitzondering.<sup>81</sup>

De tabellen introduceerden zichzelf in de patiëntenregistratie op een soms provisorische wijze. Waar ik het ontstaan van categorieën al eerder duidde als een inhoudelijke kristallisering, zijn er ook voorbeelden waar het ontstaan van tabellen in materiële zin kristalliseren. In een poging enige kwantitatieve inzichten te verkrijgen in de demografie van de verschillende patiënten in de verloskundige kliniek werd aanvankelijk op betrekkelijk onoverzichtelijke wijze per onderzoeksonderdeel kwantitatieve data weergegeven in kleine tabelletjes. Daardoor konden er wel vier kleine tabellen op één pagina staan. Vanaf 1905 werd dit anders aangepakt: de aparte tabellen werden tot kolommen gereduceerd, en per rij werd een patiënt besproken. Doordat de tabellen getekend waren, moesten er op elke pagina dezelfde kolomnamen geschreven worden. Zoals bijvoorbeeld afbeelding 6 laat zien, werd dit opgelost door op de laatste bladzijde van het register de kolommen op te schrijven, en al het papier wat precies voor die kolommen zat te verwijderen – met als gevolg dat er vele korte pagina’s ontstonden waar de kolommen ‘bovenuit staken’. De categorieën die ontstaan waren in de onoverzichtelijke tabelletjes werden zo gekristalliseerd tot een standaard voor toekomstige documentatie.<sup>82</sup> Een soortgelijke ontwikkeling is te zien in afbeelding 7, waar juist aan de linkerkant categorieën werden toegevoegd.

---

<sup>81</sup> *Historiae Morbi* uit de Gynaecologische kliniek, 1872, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.984.

<sup>82</sup> Registers met gegevens over de overleden patiënten, opgemaakt volgens art. 54 van het Burgerlijk Wetboek, 1905, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.44.



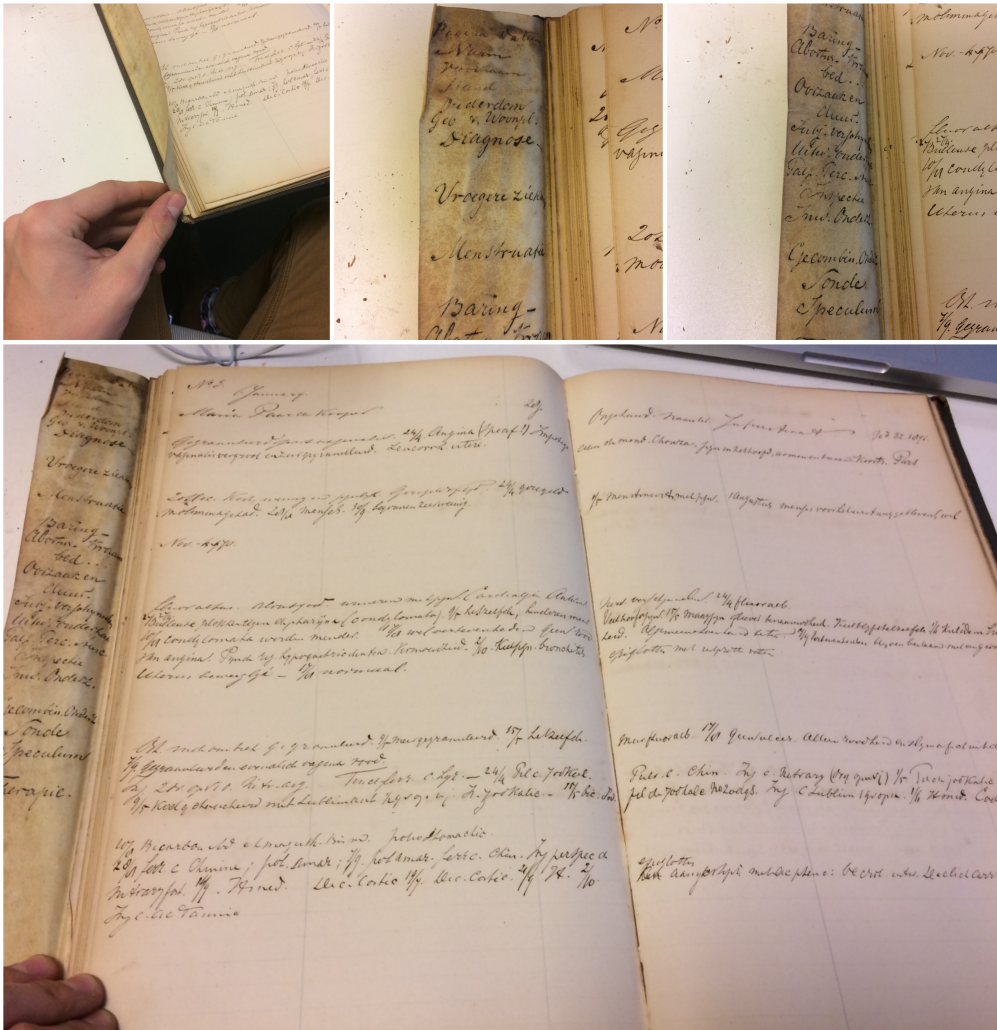
Afbeelding 5 | De materiële kristallisering van categorieën, eerste voorbeeld<sup>83</sup>

In de periode 1900-1925, wanneer er steeds meer voorgedrukte patiëntendossiers gebruikt werden, waren tabellen eerder regel dan uitzondering. In abstracte zin is de vormgeving van de verschillende dossiers an sich tabellarisch te noemen. De verschillende lijnen scheiden de informatiesecties, en de voorgedrukte tekst geeft precies aan wat er waar moet staan. In het ‘Tococomium Academiae Rheno-Trajectinae’ uit 1907 zijn bijvoorbeeld het inwendig onderzoek, de hartslag en temperatuur van de baby, het gewicht van de baby, en de voeding van de baby in voorgedrukte tabelvorm in het dossier gekristalliseerd.<sup>83</sup> De genoemde objectiveringsmechanismen worden door de geprinte tabellijnen gekristalliseerd tot standaard. Objectivering in de hierboven genoemde vorm lijkt zijn onomkeerbaarheid

<sup>83</sup> "Historiae Graviditatum", registers met gegevens over de verpleegde patiënten en met verslagen van de zwangerschappen, de verrichte onderzoeken en de bevallingen of abortussen uit de Verloskundige Kliniek, 1907, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.150.



juist te lenen aan de materiële vormgeving. Het is immers onmogelijk om toch een narratief van de patiënt door de tabellen heen te schrijven.



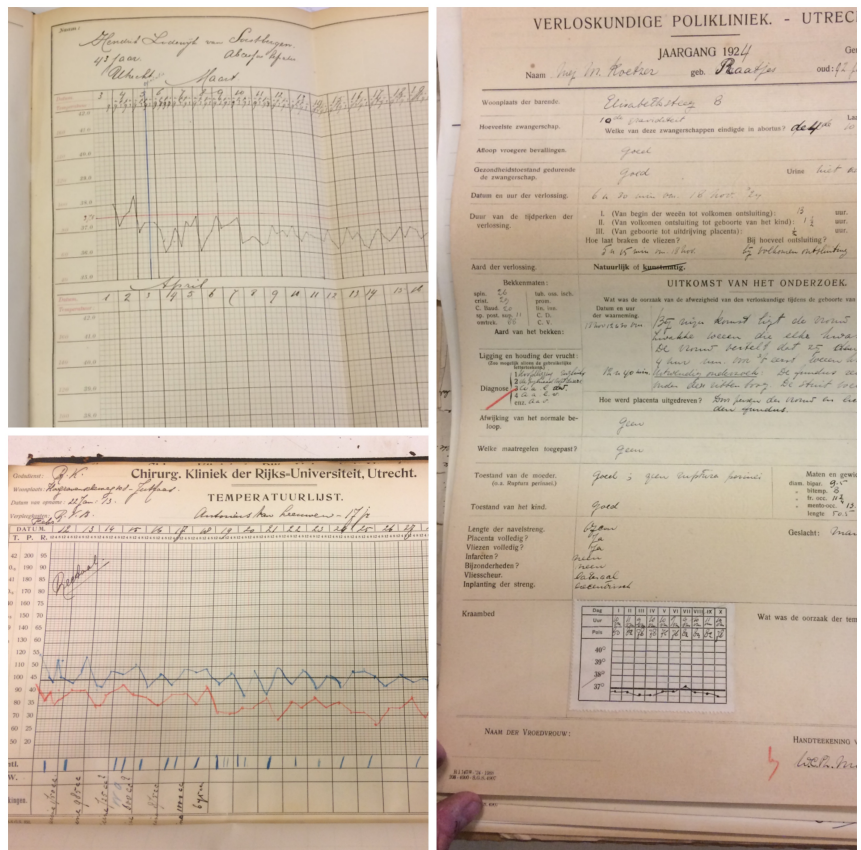
Afbeelding 7 | Het ontstaan van categorieën aan de linkerszijde<sup>83</sup>

(2) Grafieken lijken voort te komen uit de hierboven beschreven tabellen, daar grafieken in de meeste gevallen dienen als visualisaties van tabellarisch gedocumenteerde informatie. In de bestudeerde dossiers is te zien dat grafieken over het algemeen voor twee zaken gebruikt werden. Enerzijds voor de visualisatie van gewicht, en anderzijds voor de visualisatie van temperatuur. Waar in de eerste dossiers vooral kwalitatieve observaties van de patiënt of arts beschreven werd “ze voelde warm aan” of “de patiënt verhaalde zich gedurende de nacht koud te hebben gevoeld” deden aan het eind van de negentiende eeuw de grafieken hun intrede. Anders dan bij de tabellen, heb ik geen volledig handgetekende grafieken aangetroffen: enkel voorgedrukte vaak in de vorm van een bijlage. Zo ontstaat



de situatie dat er naast de vrij narratieve dossiers in de heilkundige kliniek rond 1890 grote grafiekbladen werden toegevoegd waar het temperatuurverloop in opgetekend was.<sup>84</sup> In latere dossiers in deze kliniek, bijvoorbeeld in 1913, hebben deze grafieken dezelfde vorm. Met als interessant verschil dat de ‘normale’ temperatuur is aangegeven met een dikgedrukte zwarte lijn 37C waardoor de standaard werd vastgesteld.<sup>85</sup>

Hoewel in sommige klinieken de temperatuurgraaf slechts bijlage bleef van het standaardrepertoire in de patiëntendossiers, is in andere klinieken te zien hoe de temperatuurgrafiek tot standaardcomponent gekristalliseerd. In 1907 is zowel de temperatuurgrafiek als de grafiek van de ontwikkeling van het kindergewicht onderdeel van de verloskundige dossiers.<sup>86</sup> Rond 1920 zijn grafieken niet meer weg te denken uit de dossiers: waar de grafiek geen onderdeel van het dossier is, is er in ieder geval ruimte om ‘inplakgrafiekjes’ in het dossier op te nemen (zie afbeelding 8).<sup>87</sup>



Afbeelding 8 | Materiele kristallisering door grafieken<sup>85-87</sup>

<sup>84</sup> Zie de protollen uit de Heilkundige kliniek over de periode 1891, UA, inv.nrs. 810.553g.

<sup>85</sup> Registers met gegevens over de verpleegde patiënten en met verslagen van hun ziektegeschiedenis en hun behandeling (tot 1891 "historiae morbi", daarna "protocollen"), 1913, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.580.

<sup>86</sup> "Historiae Graviditatum", registers met gegevens over de verpleegde patiënten en met verslagen van de zwangerschappen, de verrichte onderzoeken en de bevallingen of abortussen uit de Verloskundige Kliniek, 1907, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.150.

<sup>87</sup> Staten met door verloskundigen ingevulde gegevens over de bevallingen en abortussen die bij de vrouwen thuis plaatsgevonden hebben. Soms met bijlagen, 1924, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.150.

# Conclusie

Na in het eerste gedeelte van mijn scriptie de mogelijke positie van historisch onderzoek in de bio-ethische discipline te hebben voorgesteld en de problemen van objectivering in Evidence-Based Medicine als casus beschouwd te hebben, heb ik in het tweede, empirische gedeelte van mijn scriptie willen laten zien hoe geschiedkundig onderzoek naar patiëntendossiers een nieuwe kijk op objectivering kan geven. Ik beloofde dat de resultaten van dit onderzoek behulpzaam zouden kunnen zijn voor de ethische kwesties in de hedendaagse medische praktijk, met betrekking tot Evidence-Based Medicine. In dat verband zijn vier conclusies van belang.

(1) Objectivering uit zich in patiëntendossiers tussen 1840 en 1925 door middel van standaardisering, categorisering, fragmentatie en kwantificering. Aan de hand van de dossiers uit de Utrechtse Universitaire Klinieken heb ik met de karakterisering van deze vier inhoudelijke ontwikkelingen laten zien hoe er steeds minder ruimte is voor inbreng van de patiënt zelf. De patiënt blijkt steeds meer een medisch object; de ziekte verwordt door moderne medische praktijken steeds vaker geabstraheerd. Opvallend is de ‘toename’ van dit proces; de mate van abstractie lijkt alsmaar belangrijker – zelfs leidend – te worden. Er schuilt een zekere dwingende onomkeerbaarheid in: wanneer een tabel geïntroduceerd wordt, kan er moeilijk door die tabel een narratief geschreven worden.

(2) In het academische discours over dit onderwerp – zowel historisch als medisch-ethisch – beperkt men zich tot vooral de genoemde inhoudelijke ontwikkelingen. Ik heb in deze scriptie laten zien hoe deze ontwikkelingen concreet tot uiting komen door de materiële condities die objectivering in patiëntendossiers vormgeven. Timmermans liet al zien dat objectivering in Evidence-Based Medicine door de kristallisering van standaardisering en aanverwante processen universeel lijken. Ik heb laten zien dat deze kristallisering ook in materiële zin optreedt: door het voordrukken van categorieën en tabellen, is er geen weg meer terug en zijn alternatieve manieren van documenteren onmogelijk. De toename van tabellen en grafieken laat zien hoe objectivering vorm krijgt door grafische technieken.

(3) Het genealogische onderzoek naar het ontstaan van objectiveringspraktijken in patiëntendossiers, zoals die later geproblematiseerd werden in het bio-ethisch discours over Evidence-Based Medicine, laat zien dat de ontwikkeling van objectivering onlosmakelijk verbonden is met materiële kristallisering van abstraherende technieken. En

dit is absoluut relevant voor het ethische debat voor Evidence-Based Medicine. Ik houd me daardoor afzijdig van normatieve claims over objectivering in EBM, maar onderneem wel nadrukkelijk een poging het debat te verbreden.

We kunnen wel willen discussiëren over de vraag of de patiënt in EBM al dan niet een nummertje is, of ons afvragen of de zieke te veel ‘gedehumaniseerd’ wordt door wetenschappelijk verantwoorde praktijken: we zullen ons absoluut moeten afvragen of objectivering niet al geïmpliceerd wordt door in materieel opzicht gekristalliseerde praktijken. Met andere woorden: als een elektronisch patiëntendossier voor een groot gedeelte bestaat uit een invulformulier voor kwantitatieve waarden, en er weinig ruimte is voor kwalitatief commentaar in patiëntendossiers, is het onzinnig te blijven hangen in filosofische discussies over de status van de mens als object of subject. Voordat men iets wil zeggen over hoe zaken idealiter zouden moeten zijn, geeft dit onderzoek aan eerst te bekijken welke praktijken door middel van materiële kristallisering objectivering veronderstellen. In lijn met de (niet-normatieve) ambities van deze scriptie, laat ik de suggesties en speculaties over de implicaties van het idee van materiële kristallisering verder aan anderen over.

(4) De vierde conclusie van dit onderzoek sluit aan bij waar ik de scriptie mee begon: ik heb willen laten zien hoe historisch onderzoek dus wel degelijk iets kan toevoegen in bio-ethische debatten. Door me te laten inspireren door de empirische wende in bio-ethiek, heb ik laten zien hoe de historicus van nut kan zijn door ethische debatten te verbreden en aan te scherpen – zonder normatieve uitspraken te doen. Daardoor doe ik recht aan de postmoderne problematiek, zonder dat de relevantie van mijn onderzoek in het geding komt. Mijn bio-ethische casus was objectivering in Evidence-Based Medicine; door onderzoek naar de oorsprong van deze objectivering te doen, heb ik op empirische wijze laten zien hoe de aandacht voor materiële kristallisering helpt voor een beter begrip van de problemen in EBM – wat behulpzaam kan zijn voor hedendaagse debatten.

Dit onderzoek zou historici kunnen inspireren een relevante bijdrage te leveren aan het bio-ethisch discours, door zich een interdisciplinaire historiserende houding aan te meten. ■

# Bibliografie

Frankford, D. "Scientism and Economics in the Regulation of Health Care". *Journal of Health Politics, Policy & Law* 19, nr. 4 (1994): 773-99.

Callahan, Danial. "At the Center: From 'Wisdom' to 'Smarts'". *Hastings Cent Rep* 12, nr. 3 (z.d.): 4.

Wilson, D. "What can History Do for Bioethics?" *Bioethics* 27, nr. 4 (2013): 215-23.

Mykhalovskiy, E. "The Problem of Evidence-Based Medicine: Directions for Social Science". *Social Science & Medicine* 59, nr. Oktober (2004): 20.

Foucault, M. "Nietzsche, Genealogie en de Geschiedschrijving". In *Breekbare Vrijheid: Teksten en Interviews*, 83-107. Amsterdam: Boom, 2009.

"De Ethiek voor de Zorg voor Zichzelf als Vrijheidspraktijk". In *Breekbare Vrijheid: Teksten en Interviews*. Amsterdam: Boom Uitgevers, 2016.

Healy, J., en McKee, M. "The Evolution of Hospital Systems". In *Hospitals in a Changing Europe*, 14-36. Buckingham: Open University Press, 2002.

Howell, J. "Physicians, Patients, and Medical Technology". In *Technology in the Hospital*, 1-29. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1996.

Malterud, K. "The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers". *The Lancet* 358 (2001).

Latour, B. *The Pasteurization of France*. Cambridge: Harvard University Press, 1993.

Goldenberg, M.J. "Evidence-based ethics? On evidence-based practice and the 'empirical turn' from normative bioethics". *BMC Medical Ethics* 6, nr. 11 (2005): 9.

Emmerich, N. "Literature, History and the Humanisation of Bioethics". *Bioethics* 25, nr. 1 (2011): 12-18.

Jewson, N.D.. "The Disappearance of the Sick-Man from Medical Cosmology, 1770-1870". *Sociology* 10 (1976): 225-44.

Rosenberg, C. "Meanings, Policies, and Medicine: On the Bioethical Enterprise and History". *Daedalus* 128 (1999): 36-37.

Timmermans, S., en Berg, M. "Standardization in action: Achieving local universality through medical protocols". *Social Studies of Science* 27 (1997): 273-305.

White, H. "The Public Relevance of Historical Studies: a Reply to Dirk Moses". *Historical Theory* 44 (z.d.): 333-38.

# Bronnenlijst

“Historia Graviditatum”, registers met gegevens over de verpleegde patiënten en met verslagen van de zwangerschappen, de verrichte onderzoeken en de bevallingen of abortussen, 1941, Het Utrechts Archief (UA), inv.nr 810.85.

Registers met gegevens over de verpleegde patiënten in de Heelkundige Kliniek en met verslagen van hun ziektegeschiedenis en hun behandeling (tot 1891 "historiae morbi", daarna "protocollen"), 1870, Het Utrechts Archief, inv.nr 810.520. & Historiae Morbi uit de Heelkundig Kliniek, 1885, UA, inv.nr 810.524. & Historiae Morbi uit de Heelkundige Kliniek, 1875, UA, inv.nr. 810.521.

Registers met gegevens over de verpleegde patiënten en met verslagen van hun ziektegeschiedenis en hun behandeling uit de Gyneacologische kliniek, 1870-1880, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.984.

Registers met gegevens over de verpleegde patiënten in de Heelkundige Kliniek en met verslagen van hun ziektegeschiedenis en hun behandeling (tot 1891 "historiae morbi", daarna "protocollen"), 1891-1924, Het Utrechts Archief, inv.nr 810.600-692

Registers met gegevens over de verpleegde patiënten en met verslagen van hun ziektegeschiedenis en hun behandeling (tot 1899 "historiae morbi", daarna "protocollen"), 1899-1924, Het Utrechts Archief, inv.nrs. 810.984-1026.

Registers met gegevens over de verpleegde patiënten in volgorde van de aanmelding bij de kliniek, 1843, Het Utrechts Archief, inv.nr.810.81.

Registers met gegevens over de verpleegde patiënten in volgorde van de aanmelding bij de kliniek, 1843, Het Utrechts Archief, inv.nr.810.81.

Registers met gegevens over de verpleegde patiënten in volgorde van de aanmelding bij de kliniek, 1844, Het Utrechts Archief, inv.nr.810.82.

"Historiae Graviditatum", registers met gegevens over de verpleegde patiënten en met verslagen van de zwangerschappen, de verrichte onderzoeken en de bevallingen of abortussen uit de Verloskundige Kliniek, 1907, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.150.

"Historiae Graviditatum", registers met gegevens over de verpleegde patiënten en met verslagen van de zwangerschappen, de verrichte onderzoeken en de bevallingen of abortussen uit de Verloskundige Kliniek, 1924, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.205.

Operatieboeken, registers met gegevens over de in de Chirurgische Kliniek uitgevoerde operaties, 1924, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.790.

Register met gegevens over in de kliniek, in de polikliniek of soms in een ander ziekenhuis verpleegde patiënten en de bij hen gestelde diagnose aan de hand van onderzochte preparaten. Met alfabetische index op de diagnoses, 1894-1935, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.792.

Registers over de gegevens van de overleden patiënten, opgemaakt volgens art. 54 van het Burgerlijk Wetboek, 1908-1929, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.46.

Staten met gegevens over de verpleegde patiënten en de bevallingen en abortussen, 1867, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.231.

Register met verslagen van de verrichte cystoscopieën. Met alfabetische naamindex, 1913-1919, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.805.

Historiae Graviditata uit de verloskundige klinieken, 1924, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.205.

Historiae Graviditata uit de verloskundige klinieken, 1924, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.205.

"Indexboekjes", registers met beknopte gegevens over de verpleegde patiënten, de diagnoses en de behandelingen, met verwijzingen naar de volgnummers van de "protocollen", 1891-1924, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.695.

"Historiae Graviditatum", registers met gegevens over de verpleegde patiënten en met verslagen van de zwangerschappen, de verrichte onderzoeken en de bevallingen of abortussen uit de Verloskundige Kliniek, 1907, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.150.

Historiae Morbi uit de Gynaecologische kliniek, 1872, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.984.

Registers met gegevens over de overleden patiënten, opgemaakt volgens art. 54 van het Burgerlijk Wetboek, 1905, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.44.

Registers met gegevens over de verpleegde patiënten en met verslagen van hun ziektegeschiedenis en hun behandeling (tot 1891 "historiae morbi", daarna "protocollen"), 1913, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.580.

"Historiae Graviditatum", registers met gegevens over de verpleegde patiënten en met verslagen van de zwangerschappen, de verrichte onderzoeken en de bevallingen of abortussen uit de Verloskundige Kliniek, 1907, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.150.

Staten met door verloskundigen ingevulde gegevens over de bevallingen en abortussen die bij de vrouwen thuis plaatsgevonden hebben. Soms met bijlagen, 1924, Het Utrechts Archief, inv.nr. 810.150.