

Aan de
Achtergracht
Honderd jaar
GG&GD
Amsterdam

Han Israëls en Annet Mooij



HAN ISRAËLS EN ANNET MOOIJ

Aan de Achtergracht

Honderd jaar GG&GD Amsterdam

© 2001 Han Israëls en Annet Mooij
Omslagontwerp Marten Jongema
Foto voorplat G.G.&G.D. Amsterdam
ISBN 90 351 2262 3

Uitgeverij Bert Bakker is onderdeel van Uitgeverij Prometheus

INHOUD

WOORD VOORAF	9
I EEN HYGIËNISCH VERLEDEN	11
Openbare hygiëne	15
Een nieuwe tijd	24
De Gemeentelijke Gezondheidsdienst	27
Armenzorg	42
2 REORGANISATIE: GERRITSEN CONTRA DE MEDICI (1900-1902)	46
Een inspecteur of directeur	49
Het rapport van de Geneeskundige Kring	53
Het voorstel van Huizinga	57
Het rapport van de raadsleden	61
Afloop	63

3	EEN VOORZICHTIG BEGIN (1903-1918)	68
	Eerste hulp bij ongelukken	73
	Zuigelingen­zorg	77
	Schoolartsen	79
	Het vertrek van Huizinga	84
	De periode Wortman	87
4	DE DIENST VAN HEIJERMANS (1919-1937)	92
	Explosieve groei	97
	Overname van de Gezondheidsdienst	109
	Waardering en een beetje kritiek	115
	Iedereen in het ziekenfonds?	120
	Crisis en stagnatie	125
5	ROND OORLOG EN BEZETTING (1938-1950)	132
	Duitse maatregelen	134
	Gezondheidsproblemen rond het eind van de bezetting	139
	Na de oorlog	146
6	EEN ZORGELOZE TIJD (1950-1980)	151
	Urgente kwesties	152
	Gestage groei	158
	Eerste tekenen van verandering	168
7	CRISIS EN NIEUW LEVEN (NA 1980)	174
	Drugs	176
	Aids	182
	Dreigende wolken	187
	Bezuinigingen onder Rengelink	191
	Verzelfstandiging?	198
	Een interim-fase en een nieuw begin	204
	TOT BESLUIT	209
	NOTEN	214
	LIJST VAN DIRECTEUREN	217

GEÏNTERVIEWDE PERSONEN	218
HERKOMST ILLUSTRATIES	219
LITERATUUR	220
PERSONENREGISTER	226

WOORD VOORAF

De GG&GD van Amsterdam is de oudste en de grootste gezondheidsdienst van Nederland. En de belangrijkste. Allerlei dingen die zijn begonnen bij de GG&GD in Amsterdam zijn later in de rest van Nederland overgenomen. Dat komt niet alleen doordat Amsterdam zo voorlijk is; dat komt vooral doordat allerlei problemen in Amsterdam zich vroeger voordoen en erger zijn dan in de rest van Nederland. De last van die problemen wordt daar het eerst gevoeld, en wanneer het gaat om problemen op het gebied van de openbare hygiëne en de volksgezondheid, dan is het het werk van de GG&GD om daar wat aan te doen.

Die dominante positie van de Amsterdamse GG&GD is al zo oud als de dienst zelf. Maar hoe oud is de dienst eigenlijk? Dat is een lastige vraag. De ene helft van de GG&GD, de Gezondheidsdienst, kreeg in 1891 een eigen directeur, maar de oprichting ervan wordt altijd geplaatst in het jaar 1893, toen die directeur ook personeel kreeg. Over de andere helft, de Geneeskundige Dienst, wordt al in 1855 voor het eerst gesproken, maar pas in 1901 werd er voor deze dienst een directeur benoemd. Beide

helften gingen in 1923 op in de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst. Pas vanaf dat moment kun je spreken van de GG&GD, zoals die vandaag de dag nog steeds bestaat.

Elk jaar zijn er dus heel wat verjaardagen te vieren, maar gelukkig bestaat er in de geschiedschrijving van de GG&GD al iets van een officiële jaartelling. Uit alle mogelijke data is ooit het jaar 1901 geselecteerd als beginpunt van de dienst. In 1951 is er een grote revue georganiseerd ter gelegenheid van het gouden jubileum en in 1976 werd het 75-jarig bestaan gevierd. Er is geen reden om van deze traditie af te wijken en dat betekent dat de GG&GD Amsterdam in 2001 honderd jaar bestaat.

Dit boek over de geschiedenis van de Amsterdamse GG&GD verschijnt vanwege dat jubileum. Over heel wat GG&D's in den lande bestaat al dit soort boeken, maar de oudste en grootste dienst van het land ontbrak nog in het rijtje. Wij zijn de directie van de GG&GD erkentelijk dat wij dit boek hebben mogen schrijven. Allerlei mensen hebben ons daarbij geholpen. Dat zijn in de eerste plaats diegenen die achter in dit boek staan vermeld in de lijst van mensen die wij geïnterviewd hebben. Het hoofd van de bibliotheek van de GG&GD, Jan Vlierhuis, is een van de beste bibliothecarissen die wij ooit hebben meegemaakt. De vroegere voorlichter van de GG&GD, Dirk van der Woude, was een inspirerende gesprekspartner. De voormalige archivaris van de afdeling Geestelijke Gezondheidszorg, Reijer Rutgers, leverde zorgvuldig commentaar. De heer J. Voetman opende voor ons een zolder met historisch materiaal van en over de GG&GD. Siem Belleman, Henk Rengeling en Rob Vrenken plaatsten nog enkele kritische kanttekeningen bij het complete manuscript. Aan allen dank.

Roel Coutinho heeft het schrijven van dit boek het meest van nabij gevolgd. Wij zijn hem niet alleen dankbaar voor zijn zinnige commentaar, maar vooral voor de prettige wijze waarop hij ons de vrije hand gaf. Een betere meezer hadden wij ons niet kunnen wensen.

HAN ISRAËLS EN ANNET MOOIJ

I

EEN HYGIËNISCH VERLEDEN

In 1814 werd Amsterdam uitgeroepen tot de hoofdstad van het land, maar de omstandigheden waren weleens florisanter geweest. Werkloosheid en armoede drukten een zwaar stempel op de stad: ongeveer een derde deel van de bevolking had onvoldoende inkomsten om te voorzien in zijn eerste levensbehoeften, zoals voedsel, kleding en huisvesting. De economische malaise die de voorafgaande periode van Franse overheersing had gebracht, zou voorlopig ook nog aanhouden. Alleen in demografisch opzicht herstelde Amsterdam zich spoedig. Het inwonertal, dat aan het einde van de Franse tijd in 1813 zo'n honderdtachtigduizend bedroeg, was in 1850 al gestegen tot tweehonderdtwintigduizend en zou nog verder oplopen tot ruim vijfhonderdduizend in 1900.

Ziekten, slechte voeding en gebrek aan hygiëne eisten in deze omstandigheden een hoge tol. De gemiddelde levensverwachting bij de geboorte bedroeg rond het midden van de eeuw nog geen veertig jaar. Daaraan was vooral een hoge zuigelingensterfte debet: bijna een kwart van de kinderen stierf in het eer-

ste levensjaar. Ook daarna bleven de levenskansen klein door de voortdurende aanwezigheid van besmettelijke ziekten. Epidemieën van cholera of pokken werden door iedereen gevreesd en veroorzaakten bij tijd en wijle enorme pieken in de sterfte. Maar zij waren voor de negentiende-eeuwse Amsterdammers niet de enige plaag: vooral in de arme wijken heersten voortdurend de meer sluipende gevaren van difterie, tyfus, roodvonk, mazelen, kinkhoest en natuurlijk de toenmalige 'volksvijand nummer één': tuberculose.

Niet iedereen was er in dezelfde mate van doordrongen dat hier wat aan gedaan zou moeten worden, maar in de medische wereld begon het in de loop van de negentiende eeuw steeds meer te gisten. Gestimuleerd door de ontwikkelingen in het buitenland vormde zich een kritische en ambitieuze generatie, die de heersende apathie op het medische vlak wilde doorbreken. Ook de rest van het maatschappelijk leven was in Nederland weinig dynamisch en in de jaren veertig begon de onvrede daarover op te lopen. Op verschillende terreinen bonden vooruitstrevende groepen de strijd aan tegen de heersende gezapigheid. In de politiek leefde vooral in de opkomende liberale beweging sterke kritiek op de achtergebleven toestand waarin Nederland in economisch, staatkundig en cultureel opzicht zou verkeren in vergelijking met andere naties. De jonge liberalen zagen het dan ook als hun taak om ons land weer in de vaart der volkeren op te stoten, de economische productiviteit te stimuleren en de welvaart te verhogen.

Tussen de medische vernieuwers en de opkomende liberale klasse bestond een duidelijke verwantschap. Beide groepen waren vervuld van een sterk vooruitgangsgeloof en hadden er alle vertrouwen in dat veel van de problemen met behulp van een planmatige, wetenschappelijke benadering zouden kunnen worden opgelost. Een belangrijk deel van de medische hervormingsbeweging richtte zich op de verbetering van de openbare hygiëne in de steden. De voormannen van deze richting, de zogeheten hygiënisten, waren bezeten van een enorme werklust. Hun inspanningen betroffen alle deelgebieden van de stedelijke

openbare gezondheidszorg: riolering, vuilophaal, voedselkwaliteit, drinkwatervoorzieningen, woningbouw voor minvermogenen, de inrichting van scholen, werkplaatsen en fabrieken, het toezicht op de prostitutie, voorlichting en volksoopvoeding, om slechts een deel te noemen. Ze schreven medische geografieën over de verspreiding van volksziekten in bepaalde streken en stelden geneeskundige plaatsbeschrijvingen samen, waarin dorpen en steden, de aard van hun ziekten, hun klimatologische, geografische, demografische en sanitaire omstandigheden, bodemgesteldheid en vochtigheid in kaart werden gebracht. Doel hiervan was een verband te leggen tussen enerzijds de sociale en sanitaire omstandigheden waaronder mensen leefden en anderzijds het niveau van ziekte en sterfte.

Iemand die als geen ander aan dit hygiënische programma heeft bijgedragen, was Samuel Senior Coronel (1827-1892). Hij werd geboren in Amsterdam, maar was na zijn studie een tijd lang werkzaam als stadsgeneesheer voor de armen in Middelburg, voordat hij in 1860 naar de hoofdstad terugkeerde. Ook hier werd hij als stadsgeneesheer aangesteld. De reputatie van Coronel als armendokter was niet zonder smetten. In Amsterdam werd tegen hem verschillende keren een klacht ingediend omdat hij zijn patiënten zou verwaarlozen. Het was waarschijnlijk een verstandig besluit dat hij in 1866 zijn functie neerlegde, om zich geheel en al te kunnen wijden aan datgene waar zijn hart naar uitging: het sociaal-hygiënisch onderzoek. Veel van Coronels werk gaat over de relatie tussen armoede en gezondheid. Zo deed hij uitgebreid onderzoek naar de levensomstandigheden van fabrieksarbeiders in weverijen, wolfabrieken en de diamantindustrie. De slechte arbeidsomstandigheden, de lage lonen, de lange werktijden, de deplorabele woonomstandigheden, de gebrekkige voeding, het drankmisbruik – samen geven ze een treurig beeld van het negentiende-eeuwse industrieproletariaat. De wantoestanden die hij aantrof, bracht hij via een aantal artikelen in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* en *De Gids* onder de aandacht van een groter publiek.

Ook de kinderarbeid trok Coronels belangstelling. Hij wees op de schadelijke invloed hiervan op de lichamelijke, geestelijke en zedelijke ontwikkeling van kinderen. Coronel pleitte krachtig voor wettelijke maatregelen die deze vorm van mishandeling aan banden zouden leggen. De wet die er in 1874 ten slotte kwam, het kindernet van Van Houten, ging Coronel echter niet ver genoeg en werd ook vanwege de gebrekkige naleving door hem nog vaak bekritiseerd. In andere werkzaamheden toonde Coronel zich eveneens begaan met het lot van kinderen uit de volksklasse. Tijdens zijn Amsterdamse jaren onderzocht hij de toestand van de hoofdstedelijke kinderbewaarplaatsen en bewaarscholen. In zijn boek *De bewaarschool* (1864) deed hij verslag van zijn bezoeken aan kelders, zolders en lokalen, waar tientallen zuigelingen en peuters van 's ochtends tot 's avonds op banken opeen gepakt zaten, degenen die te jong waren om te kunnen zitten, ingeklemd tussen een paar ouderen. Zelf werd hij er soms onpasselijk van: 'de tooneelen van verwaarloozing en zielenbederf, die we daar (...) vaak aantreffen, laten zich door geene pen beschrijven en zijn te walgelijk en te onwelvoegelijk, om aan het papier toe te vertrouwen'.¹ In deze halfduistere 'holen van menschenverdierlijking' was frisse lucht een uitzondering en heerste vaak een doordringende stank. Het onderzoek van Coronel wekte enige beroering. Het had in ieder geval tot gevolg dat er in Amsterdam een gemeentelijke verordening werd aangenomen, die de kinderbewaarplaatsen aan regels en toezicht onderwierp.

In 1867 verliet Coronel zijn geboortestad en zette hij zijn loopbaan voort in Leeuwarden. Hij schreef nog tal van artikelen, brochures en boeken ter verspreiding van kennis over de gezondheidsleer, vooral voor moeders en huisvrouwen. Hij behandelde onderwerpen als voeding, kleding, zuigelingen-zorg, lichaamsverzorging en woninghygiëne, waarschuwde tegen kwakzalverij en onderstreepte het belang van rust, orde en reinheid. Meer dan zijn collega-hygiënist was Coronel een echte aanklager. In zijn werk stelde hij allerlei misstanden aan de kaak en leverde hij ongezouten kritiek op degenen die deze

in stand hielden en hiervan zelfs profiteerden. De meesten van zijn geestverwanten waren wat gematigder, al lag hun belangstelling op hetzelfde vlak. We zullen hun werkzaamheden wat meer in detail bekijken.

OPENBARE HYGIËNE

De hygiënisten hebben zich vooral beziggehouden met de studie en de bestrijding van volksziekten en epidemieën. Hun belangrijkste studieobject was de cholera, een uit Azië afkomstige ziekte, die in 1832 voor het eerst Europa bereikte. De komst van cholera was een onthutsende ervaring die tot paniek onder de bevolking en verwarring onder bestuurders leidde. Cholera was dan ook geen inheemse ziekte, maar een nieuwe plaag, die vanuit het als achterlijk beschouwde Azië in korte tijd de centra van de beschaafde wereld bereikt had. Angstaanjagend was bovendien dat de ziekte binnen enkele uren fataal kon zijn. Ze verscheen vaak uit het niets, zo leek het, zonder dat zich in de omgeving van het slachtoffer andere ziektegevallen hadden voorgedaan, en ze ging gepaard met afschrikwekkende symptomen: een ineenschrompeling van het lichaam ten gevolge van razendsnelle uitdroging door diarree, een blauwachtig-zwarte verkleuring van de huid en extreem pijnlijke spierkrampen.

In totaal verscheen de cholera viermaal in epidemische vorm in Nederland: in 1832, 1848-1849, 1855 en 1866. Vooral de tweede epidemie was zwaar: in het gehele land raakten 23.000 mensen besmet, van wie iets meer dan de helft aan de ziekte bezweek. In Amsterdam werden circa 2300 doden geteld. De medische stand stond tegenover de cholera met lege handen, al probeerde men van alles. In de verzamelbundel *Berigten betreffende de Asiatische cholera te Amsterdam* wordt melding gemaakt van diverse remedies: warme baden, het inwrijven van de huid met mosterdpappen en tincturen tegen de krampen, braakmiddelen en aderlating. Ter opwekking van versufte patiënten was

ammonia geïndiceerd en ook van andere inwendige geneesmiddelen – kamfer, bismut, opium – verwachtte men heil.

De hygiënistische bemoeienis met de cholera hield zich verre van dit soort goedbedoelde probeersels. Zij was niet gericht op de behandeling van zieken, maar op het wegnemen van de oorzaken van de cholera. Primair zagen zij de cholera als een gevolg van zogeheten ‘miasma’: de giftige uitwasemingen van stinkend grachtenwater, zompige grond en rottend afval. Ook weersgesteldheid, jaargetijde, kwaliteit van bodem en dampkring konden het ontstaan van miasma bevorderen. In het lichaam van de zieke werden deze giftige dampen vervolgens omgezet in smetstoffen, die verantwoordelijk werden gehouden voor een tweede besmettingsroute, de contagieuze, van mens op mens. In deze theorie was de smetstof dus een *gevolg*, geen oorzaak van de cholera. Het miasmatische deel van de theorie was gebaseerd op het telkens weer gevonden statistische verband tussen cholera en armoede met alles wat daarbij hoort: bedompte woningen, vervuild drinkwater, lekkende poeptonnen, stinkende sloppen en stegen. Dit was de omgeving waarin de cholera ontstond en die dus grondig moest worden gereinigd. Deze miasmatische ziekteopvatting is wel gekwalificeerd als een gelukkige dwaling: ze is onjuist, maar vormde wel de aanleiding voor een voortvarend programma dat, hoewel het op geen stukken na gerealiseerd werd, de volksgezondheid ten goede is gekomen. Ze bevorderde de opruiming van vuil en viezigheid, de aanleg van riolering en waterleiding en de verbetering van woon- en werkomstandigheden.

Het was de Engelse geneeskundige John Snow, die in 1849 voor het eerst opperde dat de oorzaak van cholera gezocht moest worden in met fecaliën besmet drinkwater. Een paar jaar later wist hij deze stelling empirisch te onderbouwen. Snow ondervond in eerste instantie weinig waardering voor zijn bevindingen, die als speculatief terzijde werden geschoven. Ook in Nederland werd de exclusieve relatie tussen drinkwater en cholera door velen heftig bestreden. Meer nog dan andere medici bleven juist de hygiënisten zich verzetten tegen het idee van

specifieke ziektekiemen dat door de theorie van Snow geïmplieerd werd.

Terug naar Amsterdam. Toen de hygiënisten zich daar in de loop van de jaren veertig begonnen te roeren, bestond er een rudimentair stelsel van gemeentelijke verordeningen op het gebied van de openbare gezondheid. Dit voorzag in de registratie van besmettelijke ziekten en epidemieën, en in het toezicht op woningen en scholen en op de kwaliteit van het verkochte voedsel. Een gezelschap van inspecteurs, opzichters en keurmeesters was verantwoordelijk voor de naleving daarvan. Althans, zo was het op papier; in de praktijk kwam er weinig van terecht. Ook op andere punten liet de bestaande situatie nogal te wensen over. De inzameling van vuilnis berustte in particuliere handen en was gebrekkig geregeld, waardoor zich op straathoeken en bij bruggen vaak grote afvalhopen vormden. Met de riolering was het niet veel beter. De bewoners van de grachtenpanden kenden nog de luxe van privaten, die via beerputten en particuliere riolering rechtstreeks op de grachten loosden. Maar in de arme buurten ontbraken deze voorzieningen. Daar behielp men zich met tonnen en emmertjes die in de straatgoten of de grachten werden geleeagd. Het reinigen van de straten werd overgelaten aan de bewoners en gebeurde minimaal.

Amsterdam bood al met al geen frisse aanblik. En de problemen werden er niet kleiner op toen omstreeks 1850 de stad in economisch opzicht uit het dal omhoog begon te kruipen. De groei van de moderne industrie en de opbloei van handel en administratie stimuleerden weliswaar de werkgelegenheid en de welvaart, maar de bevolkingsgroei en de toenemende bedrijvigheid maakten tegelijkertijd de problemen op het gebied van de volksgezondheid extra urgent. Meer mensen moesten dicht op elkaar wonen en produceerden met elkaar een groeiende hoeveelheid afval, terwijl daarnaast de nieuwe industrieën overlast veroorzaakten. Met hun afvalstoffen en hun stinkende walmen vervuilden ze bodem, water en lucht. Het stadsbestuur toonde doorgaans weinig belangstelling voor deze kwesties en

mengde zich, overeenkomstig het liberale principe van staatsonthouding, liever niet in het sociale en economische leven. Men wilde er bovendien geen geld aan uitgeven. Ook de bestaande Plaatselijke Commissie van Geneeskundig Toezicht, aan wie het toezicht op de volksgezondheid sinds 1804 was opgedragen en die de gemeente van advies diende, beperkte haar taken tot een minimum. Verbazingwekkend was dat niet: voor zover zij misstanden constateerde en voorstellen voor verbetering deed, werden die door de gemeente slechts voor kennisgeving aangenomen.

De nieuwe Gemeentewet van 1851 leek even de heersende onverschilligheid te kunnen doorbreken. Tot vreugde van de hygiënistische voorhoede werd in deze wet de openbare gezondheidszorg nadrukkelijk genoemd als taak van de gemeentebesturen. Maar de goede bedoelingen die ongetwijfeld aan de wet ten grondslag lagen, kwamen nauwelijks uit de verf. Behalve de organisatie werden ook de kosten van de sanitaire verbeteringen aan de gemeenten opgelegd. Alleen dat al was reden genoeg om vrijwel elk initiatief dood te laten lopen.

Niettemin kwamen rond het midden van de negentiende eeuw de eerste kleine verbeteringen tot stand, al waren die minder te danken aan het stadsbestuur dan aan de initiatieven van enkele ondernemende individuen. Het beste voorbeeld daarvan is de Amsterdamse geneesheer Samuel Sarphati (1813-1866), een onvermoeibaar plannenmaker met grote verdiensten voor de stad. Zijn leven stond in het teken van het stimuleren van de volkswelvaart. Niet alles wat hij begon, wist hij succesvol af te ronden, maar zijn conduitestaat is indrukwekkend. Hij was de geestelijke vader van het Amstelhotel en het Paleis voor Volksvlijt, de stichter van de eerste vakopleiding voor koophandel en nijverheid, de oprichter van een abattoir, de grondlegger van de eerste moderne meel- en broodfabriek in Amsterdam, waar goedkoop brood op hygiënische wijze geproduceerd werd, stimulator van de woningbouw voor minvermogenden, de grondvester van de Nationale Hypotheekbank en de Nederlandsche Bouwmaatschappij, en de drijvende kracht achter tal van andere initiatieven.



▲ Het ophalen van vuilnis (GAA).

Zo was ook de eerste verbetering van de stedelijke vuilverwerking te danken aan Sarphati. In 1847 verkreeg hij van de gemeente een vergunning tot het inzamelen van haardas, vuilnis en menselijke mest, die hij een jaar later overdroeg aan de door hemzelf opgerichte Maatschappij tot Bevordering van Landbouw en Landontginning. Zo sneed het mes aan twee kanten, was de gedachte: het ingezamelde afval zou kunnen worden gebruikt voor de bevordering van de landbouw, terwijl het ophalen ervan ook de stadsbewoners niets dan goeds bracht. Het verschaftte werk en zou bovendien, zo verklaarde Sarphati, in de woningen van de armen veel ‘zedelijk en stoffelijk heil’ brengen; ‘want van alle nadeelen waaraan de arme bevolking blootstaat, is het overal omringen van mest en het daardoor verpest van den dampkring, wel een der zwaarste en gevaarlijkste’.² De praktijk was echter weerbarstig. De opbrengsten vielen tegen en de dienstverlening zakte na verloop van tijd terug naar een bedenkelijk peil.

Ook op andere fronten was het particulier initiatief daadkrachtiger dan de overheid. Hygiënische overwegingen waren daarbij overigens lang niet altijd doorslaggevend. De aanleg van

de eerste drinkwaterleiding in 1854, bijvoorbeeld, betekende een belangrijke verbetering voor de volksgezondheid, zo is achteraf vast te stellen. Het leidingwater, afkomstig uit de duinen bij Overveen, was veel zuiverder dan het in tonnen en ondergrondse bakken opgevangen regenwater en het per waterschuit aangevoerde Vechtwater, waar de Amsterdammers het tot dan toe mee hadden moeten stellen. Op diverse punten in de stad was het duinwater per emmer verkrijgbaar. Daarnaast werd het geleverd aan fabrieken en werkplaatsen en bij een beperkt aantal particulieren aan huis. Deze watervoorziening heeft sterk bijgedragen aan het verdwijnen van de cholera en waarschijnlijk ook aan de neergang van de tyfus, maar dat was een bijkomend effect. De aanleg kwam namelijk niet voort uit bezorgdheid om de volksgezondheid, maar veeleer uit de regelmatig optredende waterschaarste, die de waterprijs bij tijden hinderlijk opdreef.

Zo konden allerlei motieven een rol spelen: ergernis bij de welgestelde delen van de bevolking over stank en vuiligheid, of simpel winstbejag. Openbare voorzieningen werden in het liberale tijdperk geregeld via zogeheten concessies aan particuliere bedrijven: vergunningen verstrekt door de gemeente, met uitsluiting van mededingers. Op die manier ontstonden particuliere monopolies met een duidelijk winstoogmerk. Gevolg daarvan was dat vooral de winstgevende onderdelen van gemeenschappelijke behoeften werden geregeld, veelal tot profijt van de betere standen. De winsten die daarmee gemaakt werden, spekten de portemonnee van eigenaars en aandeelhouders, en soms ook de stadskas, maar kwamen zelden ten goede aan het algemeen belang. Behalve de vuilophaal en de waterleiding waren ook andere nutsbedrijven zoals gas en openbaar vervoer in handen van particuliere, commerciële ondernemingen.

De gemeente zelf beperkte zich vooralsnog tot één initiatief. In 1858 benoemde zij een Collegie van Wetenschappelijke Keurders, een gezelschap van vijf wetenschappelijke keurders en zeventien keurmeesters, dat zich ging bezighouden met de kwaliteitscontrole op voedsel, drank en drinkwater. Een van de ach-

tergronden hiervan was de vrees voor voedselvervalsingen, zoals de vermenging van meel met krijt of kalk en de aanlenging van melk met water. Toen het met de omvang van dit soort bedrog bleek mee te vallen, werd het keuringscorps ingekrompen, maar in afgeslankte vorm bleef het bestaan. Overbodig was het allerminst, zo oordeelden de keurders; wie dacht dat het beoordelen van de kwaliteit van etenswaren wel aan het publiek zelf kon worden overgelaten, had het bij het verkeerde eind. De ervaring leerde dat 'het schamele gedeelte der ingezetenen' er niet voor terugdeinsde om rottend voedsel van de mesthoop te rapen en alsnog op te eten, meldde in 1862 het jaarverslag:

Wat slechts den schijn van eetbaar heeft, wordt helaas! door behoefte of snoepzucht nog door onze nooddruftige natuurgenooten genuttigd en soms in zoo walgelijken vorm, dat een dier zich daarvan onthouden zou. Kaas, die in den letterlijken zin des woords, eenen verpestenden stank verspreidt, vindt zelfs koopers en verbruikers. (...) Onze meer gegoede ingezetenen, met hunnen verfijnden smaak, kunnen zich ternauwernood eene voorstelling vormen van wat men in sommige achterbuurten dezer stad als levensmiddelen durft verkoopen, evenmin als van hetgeen als zoodanig door de arme bewoners dier buurten genuttigd wordt. Hier met name kan, zonder overdrijving, het toezigt van keurmeesters een weldaad genoemd worden.³

De controle van het drinkwater was evenmin een overbodige luxe. Vooral de kwaliteit van het nog altijd gebruikte regenwater liet veel te wensen over. Vaak was het loodhoudend en veel onderzoek leverde kwalificaties op als 'zeer brak', 'sterk gekleurd', 'met organische stoffen bedeed', 'nagenoeg grachtenwater' of 'stinkend water'. Naarmate er meer woonhuizen op de waterleiding aangesloten werden, verbeterde deze situatie.

Ook de wettelijke regelingen werden langzamerhand wat beter. De nieuwe geneeskundige wetten die Thorbecke in 1865 doorvoerde, behelsden onder andere de instelling van een Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Bij veel medische hervor-

mers stond zo'n organisatie hoog op de verlanglijst, maar helaas bleken haar mogelijkheden beperkt. De inspecteurs, veelal gerekruteerd uit hygiënische kring en vaak popelend van verlangen om eindelijk iets van hun ideeën in de praktijk te brengen, konden hun werk nog zo goed doen, bij onwillige gemeentebesturen bereikten ze in het algemeen niet veel. Iets meer dwangmiddelen kwamen er in 1872 met de Wet houdende voorzieningen tegen besmettelijke ziekten, beter bekend als de Epidemiewet. Deze wet legde artsen een meldingsplicht op voor een groot aantal besmettelijke ziekten, waaronder cholera, tyfus, pokken, mazelen, roodvonk, difterie en dysenterie, en verplichtte de gemeentebesturen tot de inrichting van voorzieningen voor lijdens aan deze ziekten. Ook schreef de wet voor hoe gemeentebesturen bij dreigende epidemieën moesten optreden. De uitvoering van de Epidemiewet werd in Amsterdam in handen gelegd van de politie.

In Amsterdam leidde de nieuwe geneeskundige wetgeving er bovendien toe dat de eerder genoemde krachteloze Plaatselijke Commissie van Geneeskundig Toezicht in 1865 werd vervangen door een nieuwe Gezondheidscommissie. Vooraanstaande hygiënisten als J. Penn, G.A.N. Allebé, I. Teixeira de Mattos en A.H. Israëls kregen hierin zitting en lieten geen mogelijkheid onbenut om het stadsbestuur aan te sporen tot grotere activiteit. De commissie publiceerde jaarlijkse verslagen, *Onderzoekingen en mededeelingen*, waarin een overzicht werd gegeven van de gezondheidstoestand van de bevolking. Ze deed onderzoek en adviseerde de gemeente gevraagd en ongevraagd op de bekende hygiënische terreinen: het toezicht op voedingsmiddelen en slachtplaatsen, de aanleg van riolering, de afvoer van vuilnis en mest, de schoonmaak van straten en grachten, en de inrichting van fabrieken en werkplaatsen. Ook trok de Gezondheidscommissie de aandacht met een onderzoek naar de toestand van de kelderwoningen, de behuizing voor ruim twintigduizend Amsterdammers: vochtige hokken, zonder licht of ventilatie, vaak te laag om rechtop te staan en niet zelden zonder stookgelegenheid. In tijden van hevige regenval kwam een deel ervan onder

water te staan. Meer dan zeventig procent van deze woningen werd door de commissie onbewoonbaar verklaard of kreeg het predikaat 'zeer nadelig voor de gezondheid' mee. Onder de bewoners van de kelderwoningen was de sterfte aan de cholera tijdens de epidemie van 1866 veel hoger geweest dan elders, terwijl de kindersterfte, zo becijferde het onderzoeksrapport uit 1874, er het hoogste was van heel Amsterdam. De gemeenteraad, in wiens opdracht het onderzoek was uitgevoerd, legde de resultaten naast zich neer.

De hygiënisten stuitten wel vaker op een muur. Hun ideeën en verlangens vonden bij andere groepen nauwelijks gehoor. Bij de bestrijding van volksziekten in de steden zagen zij een belangrijke taak weggelegd voor gemeentebesturen en gegoede burgerij, maar deze hadden daar zelf totaal geen oren naar. Voor hen was het verband tussen armoede en ziekte een gegeven dat afdoende verklaard werd door de onmatige en onzedelijke levenswandel van de armen. Bij tijd en wijle dwongen vooral epidemieën van de cholera de stedelijke overheden tot een actiever gezondheidsbeleid. Er kwamen dan cholera commissies en er werden noodhospitalen ingericht en voedseluitdelingen, luchtzuiveringen en schoonmaakacties georganiseerd, maar de prikkel voor zo'n actief beleid verdween meestal weer gelijktijdig met de cholera. Tussen de hygiënisten en de liberalen, in de jaren veertig nog verwante geesten, boterde het steeds minder. Het grootste twistpunt vormde de wenselijkheid van overheidsbemoediging. De hygiënisten verwachtten hier in toenemende mate heil van, terwijl bij de liberale bestuurders het animo alleen maar afnam. De hygiënische beweging kwam daardoor in politiek opzicht steeds meer geïsoleerd te staan.

Ook wetenschappelijk gezien raakten de hygiënisten achterop. Hun idee dat de heersende volksziekten vooral ontstaan onder invloed van stank en vieze dampen, was in strijd met de bevindingen van mensen als Pasteur en Koch, die ontdekten dat besmettelijke ziekten veroorzaakt worden door specifieke micro-organismen, namelijk door bacteriën. Rond de eeuwwisseling werd de miasmatische theorie, de grondslag van het hy-

giënische gedachtegoed, definitief door de opkomende bacteriologie verdrongen.

Door de geringe bijval die de hygiënisten ondervonden, was het resultaat van al hun inspanningen gering. Pas na 1880 kreeg de openbare hygiëne in de denkwereld van overheden en maatschappelijke elite meer gewicht en veranderde er wezenlijk iets ten goede. Maar tegen die tijd had de hygiënische beweging al de geest gegeven. Haar niet geringe erfenis werd verdeeld. Een deel ervan volgde een universitaire weg en kwam terecht in nieuwe academische vakken: hygiëne, gezondheidsleer, sociale geneeskunde. Het merendeel vond echter onderdak bij de twee gemeentelijke diensten waaraan dit boek is gewijd: de Gemeentelijke Gezondheidsdienst en de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst.

EEN NIEUWE TIJD

Na 1880 werd de schoonmaak van de stad serieus ter hand genomen. Allereerst werd de organisatie van de vuilafvoer verbeterd. Afval en vuil werden voortaan dagelijks opgehaald. Ook maakte men een aanvang met de bestrating van modderige stegen en de geregelde uitbaggering van de grachten. Een ander onderdeel van de grote schoonmaakbeurt van Amsterdam vormde de aanleg van een ondergrondse riolering, waarmee in 1883 werd begonnen. Die kwam in de plaats van de bestaande straatgoten en de centrale 'beertonnen', al bleven de bewoners van de Jordaan en andere arme buurten ook daarna nog aangewezen op de dagelijkse ronde van de fecaliënwagen van de gemeente, de zogeheten boldootwagen, waarin de bewoners hun emmertjes ontlasting konden legen. Pas in het begin van de jaren dertig waren alle huizen in Amsterdam op het riool aangesloten, met uitzondering van de grachtenpanden, waarvan sommige nog tot in de jaren zeventig van de twintigste eeuw rechtstreeks op de grachten loosden. Ten slotte werd ook op het gebied van woningbouw en huisvesting een begin gemaakt met



- ▲ De boldootwagen maakt zijn ronde door de Jordaan. Tot in de twintigste eeuw werd op deze manier de onlasting verzameld van de bewoners van huizen die niet op het riool waren aangesloten (GAA).

een krachtiger beleid, waardoor de ergste misstanden verdwenen en er op den duur een einde kwam aan de bewoning van krotten en kelders.

Deze omslag was vooral te danken aan de toegenomen betrokkenheid van de gemeente bij de gezondheidsproblemen in de stad. De voortgaande maatschappelijke en economische ontwikkelingen maakten de afzijdigheid van de overheid steeds moeilijker vol te houden. Daarbij kwam dat de samenstelling en de taakopvatting van het gemeentebestuur aan het eind van de negentiende eeuw ingrijpend begonnen te veranderen. Nieuwe politieke partijen van confessionele en socialistische snit waren in opkomst en bedreigden het oude conservatief-liberale machtsblok. Ook in de eigen liberale gelederen kwamen sociale en radicale stromingen tot ontwikkeling, die niet langer afkerig stonden tegenover overheidsingrijpen. Tegelijkertijd waren door verruiming van het kiesrecht nieuwe kiezersgroepen in staat hun stem te laten horen. Zij steunden in het algemeen de con-

fessionele en radicale nieuwkomers. Anders dan hun voorgangers waren de nieuwe raadsleden en wethouders niet langer van mening dat het gemeentebestuur beperkt moest blijven tot de uitvoering van administratieve en politieke taken. Kern van de nieuwe taakopvatting was 'de gemeentelijke overheid dienstbaar maken aan de welvaart- en welzijnsvergroting van een zo groot mogelijk aantal ingezetenen'.⁴ Dat was inderdaad een nieuw geluid.

In Amsterdam heeft vooral de politieke stroming van de zogenaamde radicalen ervoor gezorgd dat de gemeente taken naar zich toe begon te trekken. Anders dan de naam wellicht doet vermoeden, was dit geen sociaal-democratische of socialistische beweging, maar de verzamelnaam voor een groep democratisch liberalen, die met de benaming 'radicaal' wilde aangeven dat zij streefde 'naar de oorsprong van het liberalisme van vóór de politieke verwording door de heersende bovenlaag'.⁵ Dankzij de radicalen, met krachtige figuren als M.W.F. Treub en C.V. Geritsen in de gelederen – beiden zouden het tot wethouder schoppen – kwam er een einde aan de particuliere exploitatie van nutsbedrijven en gemeenschapsvoorzieningen. Door de intrekking van concessies en door samenvoeging en overname van particuliere ondernemingen werd een groeiend aantal nutsbedrijven onder gemeentelijk beheer gebracht. Amsterdam liep door de radicale voortvarendheid in deze ontwikkeling voorop en vervulde in het land een duidelijke voorbeeldfunctie. Het laatste kwart van de negentiende eeuw zag de oprichting van een hele reeks gemeentelijke diensten en bedrijven. Stadsreiniging was in 1877 de eerste; daarna volgden de Dienst van de Veemarkt en het Abattoir (1887), Gemeentewaterleiding (1896), Gemeente Gasfabrieken (1898), Gemeente Tram (1900), en Bouw- en Woningtoezicht (1901). Ook de Gemeentelijke Gezondheidsdienst en de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst horen in dit rijtje thuis.

De oprichting van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst wordt in het algemeen geplaatst in 1893, maar kent een korte proloog. Al in 1891 werd namelijk voor deze nog nader in te richten dienst alvast een directeur benoemd: R.H. Saltet, die met een jaarwedde van 3500 gulden maar zonder kantoor en zonder personeel aan de slag kon gaan.

Rudolph Hendrik Saltet werd in 1853 in Amsterdam geboren. Zijn vader verdiende als geneesheer de kost, maar stierf in een vlektyfusepidemie toen Rudolph nog maar vijf jaar oud was. Omdat in zijn geboortestad een universiteit ontbrak, ging Saltet in 1871 naar Leiden om te studeren. Aanvankelijk koos hij voor filosofie, maar al spoedig maakte hij de overstap naar geneeskunde. Vanwege zijn grote gestalte kreeg hij als student de bijnaam 'de lange'. Saltet promoveerde in Amsterdam, waar het oude Athenaeum in 1876 tot Universiteit verheven was, op een onderzoek naar de 'werking van het arsenigzuur op den gezonden mensch'. Het onderzoek viel op, omdat Saltet enkele proeven met arsenicum verrichtte op zichzelf; een kunstje dat hij later nog een keer herhaalde, zij het met minder gevaarlijke middelen. Om de heersende, naar Saltets mening onzinnige, opvattingen over de voedingswaarde en de verteerbaarheid van champignons te toetsen, leefde Saltet een aantal dagen op een dieet van uitsluitend deze paddestoelen. Het heeft hem naar het zich laat aanzien geen schade berokkend. In 1881 vertrok Saltet als officier van gezondheid naar Indië, maar wegens ziekte keerde hij voortijdig terug. Daarna had hij verschillende banen. Hij was werkzaam als adjunct-inspecteur bij het geneeskundig staatstoezicht en als privaatdocent in de gezondheidsleer aan de Universiteit van Amsterdam op het moment dat de Raad hem in 1891 benoemde tot eerste directeur van de Gezondheidsdienst.

Het jaar daarop bewees Saltets benoeming direct al dienst, toen een dreigende cholera-epidemie onder de Amsterdamse bevolking nogal wat onrust veroorzaakte. Ook de bestuurders



- ◀ Rudolph Hendrik Saltet (1853-1927), de eerste directeur van de Gezondheidsdienst (GAA).

van de stad raakten door paniek bevangen. Ze trachtten deze te bezweren door maar liefst driehonderdduizend gulden uit te trekken voor een grootscheepse ontsmettingsactie. Saltet liet echter weten dat hij aan twintigduizend voorlopig wel genoeg had. ‘Een consternatie onder de bevolking!’ memoreerde Saltet in een terugblik.

Maar in veertien dagen had ik de heele stad weer zoet. Dat kwam wel in hoofdzaak, omdat ik de zaak van den beginne af niet zoo duister had ingezien. Als de menschen kwamen lamenteren, zei ik doodkalm: ‘Wat maken jullie een lawaai. Ga zitten, wat wil je gebruiken?’ Dan sprak ik over ons uitstekend ingericht Wilhelmina Gasthuis en over onze prima gecontroleerde waterleiding, en ik zei, dat wij met *die* twee factoren de zaak best onder de knie zouden krijgen. Geen oogenblik heb ik een epidemie gevreesd. En ik kreeg gelijk. ’t Is hier bij dertien gevallen gebleven, waarvan twaalf met doodelijken afloop.⁶

In dit auto- en telefoonloze tijdperk reed Saltet in een rijtuigje van het ene politiebureau naar het andere om te horen of er nog nieuwe gevallen waren gemeld. Hij bezocht de verdachte huizen en haalde de familie van choleralijders over de zieke in het gasthuis te laten opnemen. Geïnteresseerde journalisten nodigde hij uit een stukje mee te rijden in zijn koets, zodat ook in de pers zijn geruststellende woorden regelmatig te lezen waren. Uiteindelijk gebruikte hij maar dertienduizend van het hem toegewezen budget van twintigduizend gulden; voor de stad een enorme besparing, voor hem persoonlijk een succes.

Saltet had zijn nut bewezen. Op 22 maart 1893 besloot de gemeenteraad dat het college voor de keuring van voedingsmiddelen, de ontsmettingsdienst en alle andere gemeentelijke bezigheden op het gebied van de openbare hygiëne zouden worden ondergebracht bij de nieuwe Gemeentelijke Gezondheidsdienst. Naast de directeur werd nu ook ander personeel aangesteld: een bacterioloog-geneesheer en een scheikundige-botanicus, en verder keurmeesters, administratief personeel, assistenten en een laboratoriumknecht. De dienst kreeg de beschikking over een pand aan de Groenburgwal, op de hoek met de Staalstraat. De benedenverdieping werd aanvankelijk nog gedeeld met het Museum van Voorwerpen ter Voorkoming van Ongelukken en Ziekten in Fabrieken en Werkplaatsen, maar in 1896 kreeg de dienst de beschikking over het hele gebouw. Beneden waren het scheikundige en het bacteriologische laboratorium gevestigd, op de bovenverdieping het bureau van de directeur en diverse kantoren. Het principe van een dergelijke gemeentelijke dienst was in 1893 in Nederland nieuw. In landen als Engeland en Duitsland bestonden al langere tijd gezondheidsdiensten, maar in één opzicht beet Amsterdam ook internationaal de spits af, want nergens anders had men de beschikking over eigen laboratoria.

Drie jaar heeft Saltet de dienst geleid. In 1896 werd hij benoemd tot hoogleraar gezondheidsleer aan de Universiteit van Amsterdam. Hij ging in die functie nauw samenwerken met het Koloniaal Instituut, het latere Koninklijk Instituut voor de



▲ Het eerste pand van de Gezondheidsdienst aan de Groenburgwal (GAA).



▲ Het bacteriologisch laboratorium van de Gezondheidsdienst.



◀ H.G. Ringeling, directeur van de Gezondheidsdienst van 1896 tot 1923 (GAA).



▲ Keurmeesters proeven de melk.

Tropen, en ontpopte zich tot een groot promotor van de tropische geneeskunde. Zijn colleges werden in 1913 gebundeld in zijn *Voordrachten over gezondheidsleer*, een nog altijd zeer leesbaar en informatief boek. Bij de Gezondheidsdienst werd Saltet opgevolgd door H.G. Ringeling, die als bacterioloog-geneesheer al vanaf de oprichting aan de dienst verbonden was. Hij zette de lijn van Saltet door. De werkzaamheden van de Gezondheidsdienst onder achtereenvolgens Saltet en Ringeling zijn in drieën onder te verdelen.

De eerste taak van de nieuwe dienst was het onderzoek naar voedingsmiddelen, dat werd overgenomen van het in 1858 opgerichte Collegie van wetenschappelijke keurders. De keurmeesters zetten hun werk eigenlijk gewoon voort, maar nu onder de vlag van de Gezondheidsdienst. Zij onderzochten de kwaliteit van het drinkwater, van vlees, vis en gevogelte, van brood, zuivel en kruidenierswaren. Zij bezochten winkels, markten en venterskarren, en namen monsters mee, die vervolgens in het laboratorium werden onderzocht. Tegen vervalsers en handelaars in bedorven waren werd proces-verbaal opgemaakt. Ook particulieren konden verzoeken om een onderzoek naar verdachte levensmiddelen, al werd van deze mogelijkheid niet erg vaak gebruikgemaakt.

De tweede taak was de bestrijding van besmettelijke ziekten. Dat wil zeggen dat de uitvoering van de Epidemiewet van de politie werd overgenomen. Voortaan verzorgde de Gezondheidsdienst de registratie van besmettelijke ziekten. Men maakte er statistieken van en op het bureau aan de Groenburgwal waren



- Een plakkaat voor het aanplakken van besmette huizen.

grote plattegronden van de stad aanwezig, waarop met gekleurde knospelden het aantal gevallen was aangegeven. Voor elke zieke één speldenknop; voor elke ziekte een andere kleur. Zo volgden Saltet en zijn mannen de verspreiding van besmettelijke ziekten van dag tot dag en werden patronen en eigenaardigheden in één oogopslag duidelijk. Behalve het registreren van zieken was ook het aanplakken van besmette huizen opgedragen aan de Gezondheidsdienst. Daarvoor waren twee aanplakkers in dienst, die de huizen van lijdens voorzagen van een opzichtig plakkaat met daarop vermeld: BESMETTELIJKE ZIEKTE. RODOVONK, of welke andere ziekte dan ook maar was geconstateerd. Dat was een gehaat middel; vooral kleine middenstanders met een werkplaats of winkel aan huis konden flink de dupe worden wanneer hun huis door het publiek werd gemeden. Wie het plakkaat verwijderde, kon er echter op rekenen dat de aanplakkers van de Gezondheidsdienst de volgende dag weer op de stoep stonden. En desnoods de volgende dag weer. In plaats van zijn huis te laten aanplakken, kon men zich ook laten opnemen in het gasthuis. De dienst verzorgde in dat geval het vervoer. Het in 1893 geopende Wilhelmina Gasthuis kende vier gebouwen voor lijdens aan besmettelijke ziekten, elk goed voor circa dertig bedden. Maar niet iedereen had hier oren naar. In ernstige gevallen vond de opname plaats onder dwang.

Met registreren en aanplakken was men er nog niet. De Epidemiewet verplichtte ook tot het toezicht op scholen en schoolgaande kinderen. De Gezondheidsdienst kreeg tot taak om in de besmet verklaarde huizen de schoolgaande kinderen op te sporen en hun namen aan de schoolhoofden door te geven. De wet verbood namelijk de toegang tot de school aan alle kinderen uit een besmet huis. Dat leidde geregeld tot problemen, want vaak woonden er vele gezinnen in één huis. Ook de kinderen van vier hoog achter die nergens last van hadden, moesten thuisblijven wanneer op twee hoog vóór een kind de mazelen had. Pas acht dagen nadat officieel was vastgesteld dat de ziekte was geweken, werden de kinderen weer op school toegelaten. Begrijpelijk genoeg wekte deze regel de woede van veel ouders,

die hun gezonde kroost vaak weken-, soms maandenlang niet naar school mochten laten gaan. De controleurs werden dan ook niet altijd even vriendelijk bejegend, zo valt op te maken uit het verhaal van een van hen:

Laatst was ik nog in een huis in de nieuwe buurt, daar woonden 16 gezinnen, en daar waren net de mazelen afgewimpeld, toen ik weer kwam om roodvonk aan te plakken. Het was zaterdag en een van de bewoonsters was aan het schrobben. ‘God bewaar me, ben je daar al weer?’ En meteen kreeg ik een dwiel en een bezem naar mijn hoofd, en uit een deur kwam een man, die wilde mij te lijf.⁷

Het was inderdaad een probleem: de wet bevorderde het schoolverzuim. Ook in de Gezondheidsdienst zelf vond men de voorgeschreven maatregelen soms te gortig, vooral ten aanzien van de mazelen. Daarvoor moest erg vaak worden aangeplakt, terwijl het thuishouden van de kinderen eigenlijk zinloos was, omdat de mazelen besmettelijk zijn op het moment dat er nog geen verschijnselen zijn, dus voordat de ziekte herkend is, zo wisten ook de toenmalige inspecteurs. Ook voor ouders waren de mazelen extra lastig, omdat kinderen met mazelen niet in de gasthuizen werden opgenomen. Na het nodige aandringen zijn de mazelen in 1899 uit de Epidemiewet gelicht.

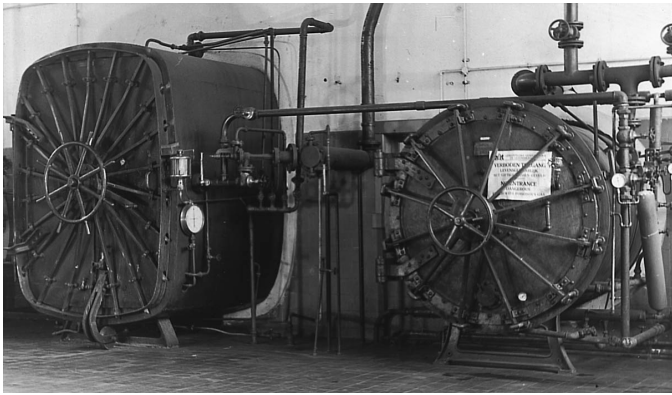
Een laatste onderdeel van de besmettelijke ziektebestrijding was de ontsmettingsdienst. Die hield zich bezig met het desinfecteren van besmette woningen en de ontrating van schepen. Met behulp van creoline-emulsie en formaldehydedamp hoopte men verdachte huizen te zuiveren van ziektekiemen. Aan de Kostverloren Wetering en later aan de Zeeburgerdijk was bovendien een desinfectiegebouw ingericht, waar men ontluisd kon worden en waarin ook enkele ontsmettingsovens waren te vinden. Besmette voorwerpen – boeken, beddengoed, kleding – werden daarin een halfuur lang aan kokendhete waterdamp blootgesteld. In de strijd tegen bacteriën werd veel waarde gehecht aan de desinfectiemethode. In de loop der jaren nam het



▲ Deze 'gasboot' werd gebruikt voor de ontrating van schepen.



▲ Het gebouw van de ontsmettingsdienst aan de Zeeburgerdijk.



▲ Ontsmettingsovens.

aantal ontsmettingen flink toe. Het steeg van ruim vierhonderd in 1894 tot bijna vierentwintighonderd in 1910 en tot ruim zeventuizend in 1920. Ontsmetting kwam vaker in de plaats van aanplakacties, wier aantal navenant afnam. Topjaar in dit laatste geval was 1896, met zeshonderdvijftig aanplakkingen. In 1901 hoefden de aanplakkers nog maar tweehonderd keer in actie te komen. Dat kwam waarschijnlijk niet alleen doordat men vaker ontsmette, maar ook doordat steeds meer mensen zich in het ziekenhuis lieten opnemen. Sinds het einde van de negentiende eeuw was de reputatie van de Amsterdamse gasthuizen een stuk verbeterd: de medische zorg kreeg meer om het lijf en er was een begin gemaakt met fatsoenlijke, professionele verpleging, waardoor de weerstand van veel Amsterdammers tegen opname begon af te nemen. In 1916 kreeg de Gezondheidsdienst zelfs het beheer over een eigen inrichting, de quarantaine-inrichting Zeeburg aan de Zeeburgerdijk. Voor het oorspronkelijke doel, de observatie en afzondering van scheepsbevolking, werd deze inrichting maar enkele keren gebruikt. Ze bewees de eerste jaren voornamelijk dienst bij de bestrijding van luizen en schurft. Ook bepaalde verdachte groepen, zoals de bevolking van volkslogementen en groepen buitenlandse kinderen, werden soms opgenomen voor een ontsmettende behandeling. In

de jaren twintig ontlastte het quarantainestation de gemeentelijke ziekenhuizen, die vaak te kampen hadden met overbevolking, door de overname van patiënten met difterie, geslachtsziekten en herstellende roodvonk.

De derde taak van de Gezondheidsdienst, ten slotte, werd pas in 1896 aan de genoemde twee toegevoegd en bestond uit het 'onderzoek van bebouwde erven, die een vermoeden van voor de gezondheid schadelijke toestanden opleveren'. Wie een kinderbewaarplaats wilde openen, moest zich voor een vergunning voortaan wenden tot de Gezondheidsdienst, evenals degenen die vee wilden houden op hun binnenplaats of erf. Ook de inrichtingen die vielen onder de Hinderwet, zoals metaalgietereien en lompenhandel, kregen met de dienst te maken. Het belangrijkste werk op dit vlak was echter het hygiënisch woningtoezicht, dat werd uitgevoerd door een hoofdopzichter en zes opzichters. Zij bezochten vervuilde en uitgewoonde krotten, die in de ergste gevallen voor verdere bewoning ongeschikt werden verklaard. Vooral in de arme buurten zoals de Jordaan trof men sterke staaltjes van verwaarlozing aan: 'In eene woning o.a. (Lindengracht), waar geklaagd werd over vochtigheid, was de toestand van den buitenmuur van dien aard, dat de klimop door voegen en scheuren van buiten naar binnen was gegroeid, zoodat in de bedstede, waarin geslapen werd, een rijke klimopvegetatie zich ontwikkeld had,' meldde een van de opzichters. Ook hygiënische wantoestanden kwam men regelmatig tegen:

In eenige perceelen (Willemstraat) waar geklaagd werd over stank, werd gevonden niet alleen, dat de beerkuil was overvuld (39.000 liter beerstoffen werden er door den reinigingsdienst weggeruimd), maar ook dat er een defect bestond in den afvoer der privaten naar den beerkuil, waardoor de faecaliën zich een weg gebaad hadden onder den vloer der bewoonde vertrekken en zich aldaar ter hoogte van enige centimeters hadden opgehoopt; ja, in een vertrek dat als woon- en slaapvertrek voor een gezin diende, stond de beer tot aan den vloer van het vertrek en verspreidde er een verpestende stank.⁸

In 1901 werd het hygiënisch toezicht overgedragen aan de nieuwe gemeentelijke dienst voor Bouw- en Woningtoezicht. Ook de eerder genoemde Gezondheidscommissie was op dit gebied trouwens nog actief. Na de oprichting van de Gezondheidsdienst in 1893, iets waarvoor de commissie zich altijd zeer sterk had gemaakt, was zij naast de dienst blijven bestaan. Zij behield een taak bij de onbewoonbaar verklaring van woningen.

De Amsterdamse regelingen op het gebied van de openbare gezondheidszorg oogstten onder tijdgenoten veel lof en vonden ook navolging. De dienst vormde de uitdrukking van een nieuwe tijd, waarin de Amsterdamse gemeente zich op alle mogelijke manieren begon te manifesteren. De omstandigheden werkten mee. De daling van het sterftecijfer, rond 1850 aarzelend begonnen, zette na 1880 in versneld tempo door. In Amsterdam lag in het midden van de negentiende eeuw de jaarlijkse sterfte per duizend inwoners nog rond de dertig. In 1900 was die teruggelopen tot ruim zestien, en in 1910 tot ruim tien. Met andere woorden: de mensen werden steeds ouder. Dat gold overigens niet alleen in Amsterdam, maar in heel Nederland. En zelfs in geheel Noord-Europa, waarbij overal de jaren rond 1880 een keerpunt vormden. In ons land liep de gemiddelde levensverwachting tussen 1880 en 1950 in een rechte lijn op van onder de veertig tot tegen de zeventig.

De sterftedaling was voor een deel te danken aan het feit dat de enorme pieken in de sterfte ten gevolge van epidemieën in de loop van de negentiende eeuw langzaam begonnen af te nemen. Pokken en cholera veroorzaakten ook na 1850 nog wel enkele uitschieters, maar daarna zette de afvlakking van de sterftegrafiek definitief door. Ook de sterfte aan meer endemische infectieziekten zoals tyfus, roodvonk, tuberculose en difterie nam stelselmatig af. Van enorme invloed was bovendien de afname van de zuigelingensterfte; in 1880 bedroeg die in Amsterdam nog twintig procent, in 1910 nog zo'n tien procent. Deze vergroting van levenskansen was voornamelijk een gevolg van een daling van het aantal darminfecties.

De spectaculaire afname van besmettelijke ziekten kan niet aan één enkele oorzaak worden toegeschreven. Veel gewicht moet worden toegekend aan de verbetering van de dagelijkse voeding van mensen. Ook de uitbreiding van sanitaire voorzieningen zoals waterleiding, vuilophaal en riolering is van grote betekenis geweest. Medisch-therapeutische vooruitgang speelde daarentegen nauwelijks een rol. Die ontbrak ook nagenoeg. Er werd een serumtherapie tegen difterie gevonden in 1890 en een geneesmiddel tegen syfilis in 1910. Tot in de jaren dertig van de twintigste eeuw bleef het daarbij. Iets beter is het op het eerste gezicht gesteld met de bijdrage van de preventieve geneeskunde. Pronkstuk op dit vlak is natuurlijk de pokkenvaccinatie, die doorslaggevend was voor de beteugeling van deze ziekte. Maar dit succes werd in de negentiende eeuw niet meer geëvenaard. De bacteriologische doorbraak bracht een verwoede jacht op nieuwe vaccins op gang, maar afgezien van een immuunstof tegen hondsdolheid in 1885 leverde die pas in de loop van de twintigste eeuw de eerste successen op. Net als individuele therapie heeft immunisatie dus tot ver in de twintigste eeuw niet noemenswaardig bijgedragen aan de daling van de sterfte.

De bijdrage van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst aan de gezondheidswinst moet evenmin worden overschat. De dienst ontstond pas in de jaren negentig en was alleen al om die reden hooguit van secundaire betekenis. De werkzaamheden van de dienst hebben waarschijnlijk wel een extra zetje gegeven aan de ontwikkeling die al eerder op gang was gekomen. Maar ook op een andere, indirecte manier is de aanwezigheid van de dienst misschien nog van invloed geweest. De arts J.A. Verdoorn heeft er in zijn geschiedenis van het gezondheidswezen in Amsterdam met nadruk op gewezen dat alle verbeteringen op sanitair en hygiënisch-medisch gebied zonder gevolgen zouden zijn gebleven wanneer de bevolking hier niet ontvankelijk voor was geweest. Onverschilligheid bij artsen en publiek doet zelfs de meest doeltreffende maatregel teniet. De mentaliteitsverandering die maakte dat die ontvankelijkheid wél bestond, is in de ogen van Verdoorn dan ook de cruciale factor achter de verbete-

ring van de gezondheid na 1880. Als belangrijkste achtergronden hiervan noemt Verdoorn de groei van onderwijs en verenigingswezen, de toename van de communicatie en de opkomst van de vrouwenbeweging. Daarmee is niet alles gezegd. Ook de activiteiten van de Gezondheidsdienst zelf hebben naar alle waarschijnlijkheid bijgedragen aan een groter hygiënisch besef onder de mensen, resulterend in de genoemde mentaliteitsverandering. Door haar optreden kwamen meer mensen in contact met medische denkwijzen en nieuwe hygiënische maatstaven. Kennis op het gebied van hygiëne en gezondheid vond op die manier verspreiding, evenals de overtuiging dat het normaal is om in geval van ziekte een dokter te raadplegen. Dat zo'n mentale doorbraak nodig was, begrepen ook de medewerkers van de dienst. Zo valt in het jaaroverzicht van het hygiënisch woningtoezicht van 1899-1900 te lezen dat de instelling van gemeentelijke controle huizenbezitters waarschijnlijk zou stimuleren om hun woningen beter te onderhouden. Daarbij werd onmiddellijk aangetekend: 'Maar ook op de bewoners dient te worden ingewerkt. (...) De mensen moeten er toe komen, dat zij er een afschuw van hebben, te wonen in vervuilde wonin-



▲ De Gezondheidsdienst bezig met de bestrijding van ongedierte in een schuur.

gen.⁹ Daar schortte het nogal eens aan, sterker nog: tot verbaazing van de opzichters bleken vele bewoners aan hun vervuilde omgeving gehecht. Zij beschouwden het niet zelden als een onrecht wanneer hun krot werd afgekeurd.

Veranderingen op dit vlak waren minstens zo belangrijk als ontsmettingen en voedselkeuringen. In de rede die Saltet in 1896 hield bij de aanvaarding van zijn hoogleraarsambt, getiteld *De bestrijding van epidemieën door de overheid*, stelde hij tot zijn genoegen vast dat het publieke vertrouwen in het medisch kunnen was toegenomen en dat steeds meer mensen bereid waren zich in het gasthuis te laten opnemen. Ook constateerde hij dat de hygiënische eisen van de bevolking de laatste tijd gestegen waren:

De meer bescheiden voorvaderen onzer tegenwoordige Amsterdammers zouden vreemd opzien, als zij ons konden hooren klagen over ongemakken, die zij beschouwden als een noodzakelijk kwaad. Hoe verontwaardigd is men thans als een vlokje *crenotherix* [een bacterie die de smaak van het water bederft] of een klein dier uit de kraan van de duinwaterleiding wordt verkregen, en hoe geduldig verdroeg men vroeger de verontreinigingen van ernstigen aard in eigen regenbak. De vaderen waren aan den stank der grachten gewend, hun deurposten waren er zwart van aangeslagen. Maar ons geslacht klaagt als bij warm weder enkele grachten tijdelijk stank verspreiden.¹⁰

De aanvaarding van nieuwe denk- en gedragspatronen ging niet altijd vanzelf en niet alle veranderingen die achteraf onmiskenbare verbeteringen lijken, sloegen onmiddellijk aan. Arbeiders voelden zich in hun nieuwe woning nog weleens onwennig in de 'aparte, frissche slaapkamers' en verlangden terug naar hun alkoven en bedsteden. Wc's werden daarnaast nog geregeld gebruikt als opslagruimte en de douche als bezemkast.¹¹ Maar mede onder invloed van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst ontwikkelde zich het prille hygiënisch besef en groeide de bereidheid om van de geboden medische mogelijkheden gebruik te maken.

Net als de openbare gezondheidszorg behoorde ook de geneeskundige armenzorg in de negentiende eeuw tot het interessegebied van de hygiënisten. De geneeskundige zorg voor on- en minvermogenenden was in Amsterdam van oudsher verspreid over gemeentelijke, kerkelijke en particuliere instanties. In het particuliere circuit werden in de eerste helft van de negentiende eeuw tal van kleine ziekenfondsen opgericht, ook wel 'ziekenbussen' of kortweg 'bussen' geheten, die aan hun leden vrije geneeskundige hulp, medicijnen en ziekgeld verstrekten. In de jaren veertig bestonden er in Amsterdam al tientallen van dergelijke bussen. Zij functioneerden op commerciële basis en ieder toezicht erop ontbrak. Misstanden en zelfverrijking kwamen dan ook geregeld voor, terwijl de verstrekte medische hulp vaak beneden de maat was. In een poging om hierin verbetering te brengen, besloot een aantal Amsterdamse geneeskundigen, onder wie de latere wethouder van publieke werken C.E. Heynsius en de al genoemde hygiënisten G.A.N. Allebé en J. Penn, in 1846 tot de oprichting van het Algemeen Ziekenfonds Amsterdam (AZA). Het AZA kende een fatsoenlijke controle op het administratieve en financiële beheer en was tegen het einde van de eeuw met ruim 83.000 leden uitgegroeid tot het grootste ziekenfonds in de stad.

De gemeentelijke tak van de geneeskundige armenzorg was halverwege de negentiende eeuw evenmin erg goed op orde. Behalve de gasthuizen viel hier ook een ambulante apparaat onder, dat rond 1850 bestond uit twaalf wijkdokters en vier stadsheelmeeesters, die naast hun gewone werk een armenspreekuur hielden. Ook verloskundige zorg maakte deel uit van de armenzorg van stadswege. Daarvoor was een aantal gemeentevroedvrouwen aangesteld. In de voorafgaande jaren van verpaupering waren de tekorten van dit stelsel duidelijk gebleken. Het was duur en niet tegen zijn taken opgewassen, voornamelijk omdat de toeloop naar de gasthuizen volslagen ongecontroleerd verliep. Ook op dit punt werd het dus tijd voor een reorganisatie.

De drijvende kracht daarachter was de immer energieke hygiënist Jan Pieter Heije (1809-1876). Voor zover Heije nog in de herinnering voortleeft, is dat vooral als volksdichter en auteur van een groot aantal kinderliedjes, waaronder klassiekers als 'Er zaten zeven kikkertjes' en 'Zie de maan schijnt door de bomen'. De straat in Amsterdam die naar hem genoemd is, ligt dan ook niet in de dokterswijk, naast de straten van Boerhaave, Ruysch en Vrolik, maar in de dichtersbuurt, waar collega-letterkundigen zoals Bilderdijk en Jacob van Lennep terug te vinden zijn. Maar behalve dichter was Heije ook arts, en niet de minst opvallende. Hij behoorde tot de medische voorhoede van zijn dagen, die zich op alle mogelijke manieren heeft ingespannen om de duffe en ingeslapen sfeer in de geneeskundige wereld te doorbreken. Het belangrijkste strijdpunt van Heije en zijn geestverwanten was de herziening van de geneeskundige wetten. De bestaande regelgeving was in hun ogen ontoereikend en hopeloos verouderd. Heije liep in deze strijd voorop, hij richtte twee kritische tijdschriften op, nam zitting in een staatscommissie en liet ook verder geen mogelijkheid onbenut om zijn mening naar voren te brengen. Het vooruitstrevende deel van de artsenstand waartoe Heije behoorde, bundelde in 1849 zijn krachten in de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (NMG), een landelijke beroepsvereniging, waarvan Heije meer dan tien jaar secretaris was.

Ook in Amsterdam, waar hij zich in 1832 als geneeskundige vestigde, was Heije betrokken bij tal van vernieuwende initiatieven. In de jaren veertig ging door zijn toedoen de eerste Amsterdamse opleiding voor pleegzusters van start. Daarmee was Heije een van de eersten die zich inzetten voor de verheffing van de ziekenverpleging. Hij wilde het verpleegstersberoep van een bezigheid zonder enig aanzien, uitgeoefend door lompe volkswomen, veranderen in een achtenswaardig vak voor vrouwen uit de beschaafde stand. Ook in de Amsterdamse afdeling van de NMG, de Geneeskundige Kring, was Heije actief. Bekend om zijn uitgesproken ideeën, werd hij begin jaren vijftig bovendien aangezocht om zich voor de gemeenteraad verkiesbaar te

stellen. Het ging er vooral om dat hij als bestuurder orde op zaken zou stellen in de armenzorg. Het plan slaagde: in 1853 werd Heije als raadslid gekozen. De gebeurtenis inspireerde hem tot een kort gedicht:

Wel ventje!
Hadt gij het ooit gegist
Dat gij nog eenmaal in Uw leven
zoudt zijn geroepen, héél de stad Uw raad te geven?

Gij... die zo vaak bij handlen en bij streven,
Geen raad haast
voor U zèlven wist!¹²

Als raadslid ging het hem makkelijker af. Koud benoemd, of Heije kwam al met een voorstel voor de reorganisatie van de geneeskundige armenzorg. Om te beginnen wilde hij dat er duidelijk bepaald zou worden wie als behoeftig moest worden beschouwd en wie dus aanspraak mocht maken op geneeskundige hulp van stadswege, en wie niet. Het plan voorzag verder in de uitbreiding van de medische voorzieningen ten behoeve van de armen – er kwamen wijklokalen en een paar specialistische poliklinieken – de instelling van toezicht op de verstrekte hulp en betere controle op de opname in de gasthuizen, zodat ‘ledigloopers en luijaards, en vooral (...) weinig beteekenende ziektevormen, welke daar niet te huis behooren’ de bedden niet langer bezet zouden houden.¹³ Heije wilde bovendien een betere salariëring voor de armendokters, om de betrekking aantrekkelijker te maken voor goede en ambitieuze vakgenoten. Te vaak trof men er types van het tweede garnituur. Het meest besproken onderdeel van het voorstel was echter de striktere scheiding tussen gemeentelijke en kerkelijke armenzorg die Heije wilde doorvoeren. Zijn voorstel verplichtte de kerkgenootschappen om een kleine vergoeding te betalen wanneer hun behoeftige lidmaten geneeskundige hulp van stadswege ontvingen. Deze regel gold ook voor opname in de gasthuizen: voor de verple-

ging van een kerkelijk bedeelde moest de desbetreffende diaconie twintig cent per dag gaan betalen. De armbesturen van de hervormden, de katholieken en de lutheranen waren hier danig door ontstemd en verzetten zich hevig. De grotere gemeentelijke controle die zij zich moesten laten welgevallen, viel evenmin in de smaak.

Ondanks grote tegenstand van kerkelijke zijde werd Heijes ontwerp in 1855 met een nipte meerderheid van stemmen door de Raad aangenomen. De nieuwe Verordening regelende de Geneeskundige Armverzorging voor de Gemeente Amsterdam trad nog datzelfde jaar in werking, al werd de kerkelijke vergoeding voor gasthuisverpleging binnen een jaar alweer afgeschaft. Ook verschenen er instructies voor het geneeskundig personeel en kwam er een huishoudelijk reglement voor wat nu voor het eerst de 'geneeskundige dienst voor de gemeente Amsterdam' werd genoemd. Als oprichtingsdatum voor de dienst is het jaar 1855 echter nooit in gebruik geraakt; daarvoor was de invoering van Heijes plan waarschijnlijk toch een te terloopse gebeurtenis. Zijn radicale en drammerige optreden had Heije er intussen in vooraanstaande kringen niet populairder op gemaakt. In 1857 werd hij niet herkozen als lid van de gemeenteraad. Hij moet daarover beledigd of ontmoedigd zijn geweest. In elk geval trok hij zich terug uit de medische wereld en legde hij zijn geneeskundige praktijk neer. Binnen de NMG bleef hij nog een paar jaar actief, maar voor het overige wijdde hij zijn krachten slechts nog aan toonkunst, letteren en poëzie.

Voor zover de actie van Heije enig positief effect heeft gehad, was dat van korte duur. Al snel waren de organisatie en de kwaliteit van de geneeskundige armenzorg opnieuw voorwerp van zware kritiek. Kort na 1900 vond er een nieuwe grondige reorganisatie plaats, die tevens als het officiële startsein is genomen voor de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst van Amsterdam.

2

REORGANISATIE: GERRITSEN CONTRA DE MEDICI (1900-1902)

De Gemeentelijke Geneeskundige Dienst is in Amsterdam begonnen op de manier waarop veel dingen in die stad beginnen: met een grote ruzie. Twee jaar lang, van 1900 tot 1902, is er een taaie strijd uitgevochten over een drastische hervorming van de bestaande geneeskundige armenzorg. Die geneeskundige armenzorg behelsde voornamelijk dat enkele tientallen artsen iedere dag een kort spreekuur voor de armen hielden, waarvoor zij van de stad Amsterdam een vast bedrag per jaar kregen. In 1900 deed de toenmalige wethouder voor Armenzorg, de radicaal-liberaal C.V. Gerritsen, een eerste poging om meer greep te krijgen op de activiteiten van die medici. Dat streven bracht hem hevig in botsing met de medische beroepsgroep. Het resultaat was uiteindelijk een grondige reorganisatie van de geneeskundige bedeling.

De reorganisatie behelsde dat in principe alle genees-, heel- en verloskundige hulp die buiten de gasthuizen door de gemeente werd geleverd bij de Geneeskundige Dienst werd ondergebracht. Ook werd er een begin gemaakt met wijkverpleging



- ◀ C.V. Gerritsen (1850-1905), wethouder voor Armenzorg en echtgenoot van Aletta Jacobs (GAA).

en veranderde de positie van de uitvoerende medici. Zij waren van oudsher vrij gevestigde artsen die de armenzorg als neven-taak erbij deden, maar zouden volgens de nieuwe plannen als medisch ambtenaren in vaste dienst komen te werken. Het was vooral deze laatste wijziging die een geweldige commotie veroorzaakte. De echtgenote van Gerritsen, wier naam bekender is gebleven dan die van haar man – zij was de beroemde arts en feministe Aletta Jacobs – schreef hierover ruim twintig jaar na dato in haar *Herinneringen*:

Ontmoedigend en ergerlijk (...) is de tegenstand geweest van de Amsterdamsche doktoren, toen Gerritsen de Geneeskundige Armenzorg aan een totale hervorming ging onderwerpen. Hoe konden zij zich op zulk een manier verzetten tegen het verbeteren van een toestand, welke onwaardig was voor de stad Amsterdam en voor de doktoren die in stedelijken dienst de geneeskundige armenparktijk waarnamen? (...)

De unfaire manier waarop de Amsterdamsche doktoren tegenstand voerden, het doet mij leed dit te moeten zeggen, heeft er

niet weinig toe bijgedragen dat Gerritsen's gezondheidstoestand, die toen reeds te wensen liet, ernstig werd benadeeld. Toen hij in den Raad het pleit had gewonnen en hij een medicus zocht om onder zijn leiding aan het hoofd van den dienst de hervorming uit te voeren, uitte de wraak van de medici zich op deze manier, dat zij zulk een druk uitoefenden op ieder die zich aanmeldde, dat niemand de sollicitatie durfde handhaven, uit vrees voor de moeilijkheden die zijn collega's hem in de weg zouden leggen. Het heele systeem werd door deze boycot bedreigd en het zou misschien zelfs schipbreuk hebben geleden, indien niet te elfder ure Dr. Menno Huizinga den moed had gehad om, de woede van de Amsterdamsche medici trotseerende, zich bereid te verklaren als directeur van den geneeskundigen dienst op te treden.¹

Niet alleen bij een voorstander van de reorganisatie als Aletta Jacobs maar ook bij leden van de andere partij, de Amsterdamse medici, is de herinnering aan dit conflict lang blijven voortleven. De medici lieten van zich horen in de gemeenteraad, in de kranten en vooral in de plaatselijke beroepsvereniging, de Geneeskundige Kring. Toen de voorzitter van de Geneeskundige Kring H. Burger in 1923 terugkeek op de 75-jarige geschiedenis van zijn organisatie, memoreerde ook hij de troebelen rond de reorganisatie van de Geneeskundige Dienst:

niemand is er in geslaagd in ons gewoonlijk kalm en bezadigd midden zulk een beroering teweeg te brengen als de wethouder Gerritsen, die hier omstreeks 1900 aan het hoofd stond van het gemeentelijk gezondheidsdepartement.²

Bij een conflict met zo'n lange echo lijkt het niet overbodig de toedracht eens nader te bekijken.

In zijn poging meer greep te krijgen op de geneeskundige armenzorg van gemeentewege stelde de Amsterdamse wethouder voor armenzorg Gerritsen voor om een inspecteur te benoemen. Deze inspecteur zou zich vooral moeten bezighouden met controle op de ziekenhuisopname van armlastige patiënten. Gerritsen had de indruk dat deze groep te gemakkelijk werd opgenomen in de gemeentelijke gasthuizen en vooral in de particuliere ziekenhuizen. De twee gasthuizen van Amsterdam waren vaak overvol, en daarom had de gemeente overeenkomsten gesloten met een aantal particuliere ziekenhuizen om gemeentepatiënten aldaar voor één gulden per dag te kunnen laten opnemen. Gerritsen meende dat stadsgeneesheren van deze mogelijkheid tot ziekenhuisopname al te gemakkelijk gebruikmaakten. Bovendien meende hij dat gemeentepatiënten vaak te lang werden opgenomen: zij verbleven gemiddeld ongeveer twee keer zo lang in het ziekenhuis als andere patiënten.

Dergelijke praktijken kostten de gemeente Amsterdam veel geld. Gerritsen gaf onder andere het voorbeeld van een arts die een patiënte in een ziekenhuis had laten opnemen, en die op de vraag of deze opname medisch noodzakelijk was, geantwoord had:

Neen, noodig was het niet, maar ik hoorde daar, dat de vrouw reeds al haar meubelen opgeborgen had bij eene buurvrouw en de huur harer kamer opgezegd, en toen vond ik het toch wel wat hard om de verklaring niet te teekenen waardoor zij verpleging in het gasthuis kon krijgen.³

De gemeente Amsterdam had twee artsen in dienst die controle uitoefenden op het ziekteverzuim van gemeenteambtenaren. Deze artsen hadden onvoldoende tijd om ook de ziekenhuisopname van armlastige patiënten adequaat te kunnen controleren. Vandaar het voorstel om voor dit werk een inspecteur aan te stellen.

Ook op andere terreinen van de geneeskundige armenzorg bestonden volgens Gerritsen misstanden. Het was bekend dat artsen op hun armenspreekuur vaak te laat kwamen en ook vertelde Gerritsen in de gemeenteraad hoe

hier in de onmiddellijke nabijheid tot vóór weinige dagen eene polikliniek gehouden werd van 9 tot ongeveer 12 uren, waar de patiënten verplicht werden ten 9 ure present te zijn – ten 9½ ure werd de deur gesloten, dan mocht niemand er meer in en ook niet er uit – om dan tot 11 à 11½ ure te wachten tot zij geholpen werden, terwijl in het wachtlokaal, om het eerst bij de deur te zijn, die toegang geeft tot de spreekkamer van den dokter of professor, gewoonweg het recht van den sterkste gold. Die toestand, nu geëindigd, heeft jarenlang bestaan.⁴

Gerritsen doelde hier op een van de circa vijftien gespecialiseerde poliklinieken, voornamelijk onder leiding van medisch hoogleraren, die ook een armenspreekuur hadden. Ook over het huisbezoek van de armendokters bestonden klachten. Zo had een arme patiënt die duidelijk ten onrechte niet thuis door de stadsdokter was bezocht, tegen een gemeenteraadslid over dergelijk huisbezoek gezegd: 'Och mijnheer, U weet dat zoo niet, maar dat gaat bij ons zoo gemakkelijk niet.' Het was duidelijk: volgens Gerritsen deugde er van alles niet aan het hele systeem van geneeskundige armenzorg. Een neventaak voor de nieuwe inspecteur zou dan ook zijn: controle op de gewone geneeskundige armenzorg – dat wil zeggen: de medische zorg voor de armen buiten de ziekenhuizen.

Gerritsens voorstel leidde tot heftig verzet. Medici in de gemeenteraad betoogden dat uitsluitend de arts in staat is om te bepalen of ziekenhuisopname noodzakelijk is, en dat een controlerend ambtenaar die zelf niet dagelijks de medische praktijk uitoefent, hierbij rampzalige fouten zou kunnen maken. De belangrijkste opponent van Gerritsen in de gemeenteraad was de oogarts N.M. Josephus Jitta. Ook hij vond dat de geneeskundige armenzorg verbetering behoefde, maar niet via het instel-

len van meer controle door een nieuwe inspecteur. Medici, zo beweerde hij, zijn eigenaardige mensen, hij zou haast zeggen 'lastige mensen (...), die niet onder verordeningen kunnen gebracht worden; het is niet mogelijk, hun bij de uitoefening hunner betrekking voorschriften te geven; daarin volgen zij naar eigen inzicht en overtuiging de inspraak van hun geweten'.⁵ Volgens Josephus Jitta moest eerst maar eens uitgezocht worden wat er precies aan de geneeskundige armenzorg niet deugde. Samen met een collega-medicus in de Raad stelde hij voor om een commissie in te stellen die hierover een rapport zou uitbrengen. Zijn voorstel werd ondersteund door de al eerder genoemde Geneeskundige Kring.

Zover kwam het echter niet. Het prille conflict werd in de kiem gesmoord doordat een gemeenteraadslid voorstelde om de bezwaren van de medici tegen controle op hun activiteiten te ondervangen door niet een inspecteur aan te stellen, maar om aan een dergelijke functionaris de titel van directeur te geven. Het was immers ook merkwaardig dat Amsterdam een gemeentelijke geneeskundige dienst bezat zonder dat die dienst een directeur had. Die dienst stond onder leiding van een Commissie van Toezicht, die volledig was samengesteld uit onafhankelijke medici. De nieuwe directeur zou dan ook de taken kunnen gaan vervullen die tot dan toe door deze commissie waren uitgevoerd.

Dit voorstel leek het ei van Columbus. Gerritsen had geen bezwaar, en zonder hoofdelijke stemming besloot de gemeenteraad van Amsterdam eind oktober 1900 om per 1 januari 1901 een directeur voor de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst aan te stellen. Daarmee leek de kous af. Maar dat was schijn, want een paar dagen later, begin november 1900, liet de zojuist genoemde Commissie van Toezicht weten dat zij met onmiddellijke ingang ontslag nam. In een brief aan de gemeenteraad schreef zij dat zij zich zeer gegriefd voelde door het feit dat zij vervangen zou worden door een nieuwe directeur, zonder dat haar mening was gevraagd en zonder dat er ook maar een woord van waardering was gesproken over het werk dat zij de

afgelopen jaren verricht had. Blijkbaar was dat werk nooit op prijs gesteld, en daarom leek het de commissie beter om haar activiteiten maar dadelijk helemaal te beëindigen.

Eind november 1900 discussieerde de gemeenteraad over deze kwestie. Allerlei raadsleden vroegen zich af of de Commissie van Toezicht zich niet terecht gegriefd had gevoeld over het gebrek aan waardering, en of het niet beter zou zijn om alsnog die waardering uit te spreken, en de commissie te vragen om op haar beslissing terug te komen, en de lopende zaken te blijven behartigen totdat zij over ruim een maand van haar plichten zou worden ontheven. Gerritsen antwoordde dat, als er iemand reden had om zich gegriefd te voelen, hij dat was en niet de Commissie van Toezicht. Zonder enige reden en zonder enige waarschuwing had die commissie van de ene op de andere dag haar werk neergelegd. En de zaak was urgent, aldus Gerritsen. Want deze commissie regelde ook allerlei dagelijkse aangelegenheden van de geneeskundige armenzorg. Zo konden medische hulpmiddelen zoals brillen alleen worden aangeschaft nadat een formulier daarvoor was getekend door de voorzitter van die commissie, en die voorzitter, die zichzelf nu als ex-voorzitter beschouwde, stuurde inmiddels bodes met dergelijke formulieren door naar de wethouder. Maar de wethouder, aldus Gerritsen, is helemaal niet gemachtigd om zulke formulieren te tekenen.

De Raad overlegde langdurig. Ten slotte werd met minimaal stemmenverschil een voorstel van Josephus Jitta aangenomen om te proberen de Commissie van Toezicht op haar beslissing te doen terugkeren. Aldus geschiedde. De bemiddelingspoging slaagde en de commissie bleef aan. Toch was daarmee het verzet nog niet gebroken, want niet alleen de medici in de Commissie van Toezicht roerden zich. Ook de Geneeskundige Kring mengde zich in het debat. Eind november 1900 begon de Geneeskundige Kring haar maandelijkse vergadering met een bespreking van het besluit van de gemeenteraad om een directeur voor de geneeskundige armenzorg aan te stellen. De voorzitter, de hoogleraar oogheelkunde M. Straub, sprak er zijn verbazing

over uit dat de gemeenteraad hiervoor had gekozen, en niet voor het voorstel van de twee medici in de Raad om een commissie in te stellen, te meer omdat dit voorstel unaniem gesteund was door de Geneeskundige Kring. En nu de gemeenteraad het niet nodig had gevonden om een commissie in te stellen, meende Straub dat de Geneeskundige Kring deze fout dan maar moest herstellen. Met algemene stemmen werd het voorstel aangenomen dat een commissie van de Kring een rapport zou opstellen over de vraag wat er verbeterd zou kunnen worden aan de geneeskundige armenzorg in Amsterdam.

Intussen was de gemeente op zoek gegaan naar een kandidaat voor de nieuwe functie van directeur. Op 11 december 1900 lieten B&W weten dat hun keuze gevallen was op de arts Jurriaan Menno Huizinga, op dat moment inspecteur voor de volksgezondheid in Zuid-Holland. Huizinga zou een salaris krijgen van zesduizend gulden per jaar – duizend gulden meer dan aanvankelijk door B&W aan de Raad was voorgesteld. Uit beschouwingen rond zijn vertrek ruim tien jaar later blijkt dat hij indertijd gekozen was uit 25 kandidaten. Men kan zich dus afvragen of het waar was wat Aletta Jacobs later zou schrijven: dat de functie van directeur geboycot was door de Amsterdamse medici. Zeker is wel dat Gerritsen en Huizinga de erop volgende twee jaar nog heel wat te stellen zouden krijgen met de Amsterdamse medici. Op 1 januari 1901 begon J. Menno Huizinga officieel in zijn nieuwe functie, met uitdrukkelijk als taak om de Geneeskundige Dienst van Amsterdam te reorganiseren.

HET RAPPORT VAN DE GENEESKUNDIGE KRING

Terwijl de nieuwe directeur zich vanaf 1 januari 1901 bezig hield met de inrichting van een nieuw pand – voor het eerst had de Geneeskundige Dienst van Amsterdam een eigen adres, op de Oudezijds Achterburgwal nummer 229 – was de commissie van de Geneeskundige Kring al hard aan het werk voor haar rapport. Het was een zware en ter zake kundige commissie.



▲ De eerste zetel van de Geneeskundige Dienst aan de Oudezijds Achterburgwal.

Voorzitter was de voorzitter van de Geneeskundige Kring, de hoogleraar oogheelkunde M. Straub, die tevens hoofd was van de universitaire oogkliniek met een gratis armenspreekuur.

Rapporteur van de commissie was de hoogleraar gynaecologie Hector Treub, die eveneens aan het hoofd stond van een kliniek waar een gratis armenspreekuur werd gehouden.

In april 1901 was de commissie klaar met haar werk. De tekst verscheen als boekje van ruim vijftig pagina's bij uitgeverij de erven Bohn in Haarlem. Het is een interessante tekst. Niet alleen wethouder Gerritsen, maar ook het rapport van de Geneeskundige Kring meende nadrukkelijk dat er meer controle nodig was. Waar echter Gerritsen vond dat de medici beter gecontroleerd moesten worden, daar pleitte het Kring-rapport vooral voor zorgvuldiger controle van de patiënten. Maar al te vaak werd de gratis geneeskundige hulp gebruikt door mensen die in het geheel niet armlastig waren. Zo vermeldde het Kring-rapport hoe een stadsgeneesheer onder zijn patiënten onder andere had aangetroffen 'een kantoorheer met een doekspeld, een gouden ring, glacétjes, een staande boord model "Liverpool", een koffiekleurigen demi en een bedeelingsbriefje'. En

een andere stadsgeneesheer 'moest bij een geneeskundig-bedeelde aanbellen om door de dienstbode binnen gelaten te worden'. Men zal het aan eene commissie van geneeskundigen niet euvel duiden, dat zij er terloops op wijst dat die feiten aantoonen, dat de kosteloze geneeskundige hulp toch nog niet zoo heel slecht is.⁶

Er was dus strengere controle nodig, maar aan het systeem van de geneeskundige armenzorg zelf wilde de Kring-commissie niets wezenlijks veranderen. Het rapport keerde zich vooral tegen het idee om het bestaande systeem van geneeskundige armenzorg als bijbaantje voor vrij gevestigde artsen te vervangen door een systeem waarbij een beperkt aantal artsen zich in gemeentedienst en voor de volledige werktijd aan de geneeskundige armenzorg zou wijden. Want, aldus het Kring-rapport in een fraaie en veel geciteerde passage:

Uitsluitend armenpraktijk in een groot deel van Amsterdam, zou een zeker middel zijn, om den medicus, ook al is hij met de

beste bedoelingen beziend, moreel te gronde te richten. (...) Men kan met zekerheid zeggen, dat zulk een armendokter 99% kans aanbiedt van binnen korten tijd een slecht, onbruikbaar medicus te zijn. Ongeveer hetzelfde als met de gemeentetramparden dus, maar met tweërlei verschil. Ten eerste zal het allicht een beetje langer duren eer de dokter versleten is. Maar ten tweede kan de gemeente het versleten trampaard verkopen, doch aan den versleten armendokter zit de gemeente voor goed vast.⁷

Het Kring-rapport pleitte daarom voor handhaving van het bestaande systeem – geneeskundige armenzorg als een bijbaantje voor vrij gevestigde artsen – maar wel met een drastische verbetering. Het aantal armendokters zou verdubbeld moeten worden van 22 naar 44. Aldus zou het aantal patiënten per gemeentearts gehalveerd worden, waarvan iedereen zou profiteren. Het traktement voor de gemeenteartsen zou hetzelfde moeten blijven, namelijk zeshonderd gulden per jaar.

Verder wees het rapport erop dat de medische armenzorg hoe dan ook ernstig werd belemmerd door de treurige levensomstandigheden van de patiënten. Men citeerde een stadsgeneesheer, die aan de commissie had geschreven:

't Is genoeg eens een tournée met een stadsdokter te maken in kelders waar men zelfs zonder het doctorale waardigheidsteeken, den hoogen hoed, niet rechtop kan staan; langs trappen waar de meest smerige oude handschoenen nog altijd smeriger worden van de vette leuning, naar hokken waar acht of tien menschen samen moeten wonen in een ruimte waar een gezeten burger zijn dienstmeisje niet zou willen laten slapen, op zolderkamer-tjes, vier hoog, waar pneumonieën en pleuritiden door de kieren tochten, naar achterkamers met een emmertje in een kast voor privaat, zonder waterleiding dikwijls, met een stinkende gootsteen op een portaaltje enz., om tot de overtuiging te komen dat in zulke gelegenheden van een goede behandeling (zelfs wanneer de dokter onderzoeken en een diagnose maken kan) geen sprake is.⁸

De schrijvers van het rapport pleitten er daarom voor om de gemeenteartsen ook de mogelijkheid te geven om versterkende middelen, zoals melk of vlees, voor te schrijven. Misbruik zou kunnen worden tegengegaan door de verstrekking van deze middelen in handen te leggen van een nieuwe categorie van personeel die hoe dan ook gewenst was, namelijk wijkverpleegsters. Wijkverpleging bestond op dat moment alleen bij een aantal particuliere verenigingen; de Amsterdamse medici stelden voor om deze ook in te voeren bij de Geneeskundige Dienst.

De medici hadden ook een bescheiden enquête uitgevoerd, zowel onder de stadsdokters als onder hun patiënten. De stadsdokters meenden dat het gros van de gemeentepatiënten volgzzaam was en geen problemen maakte. Patiënten klaagden een beetje over het probleem dat gemeenteartsen weinig geneigd waren om huisbezoeken af te leggen:

Er was een zekere gemoedelijkheid in de manier waarop de patiënten hun ervaring meedeelden. Zoo kreeg het ondervragend commissielid een veelbeteekenend knipoogje ten geleide van het antwoord: 'Uwes weet selders wel hoe dat gaat. Het binne geen hardloopers. Maar door anhouënd frage komme se. Afijn!'⁹

Het Kring-rapport meende ten slotte dat het huisbezoek door de armen dokters inderdaad misschien wat meer controle behoeftte. Maar die controle zou dan wel door medici zelf moeten worden uitgeoefend.

HET VOORSTEL VAN HUIZINGA

Twee maanden na de presentatie van het Kring-rapport was directeur Huizinga klaar met zijn eigen reorganisatievoorstel. In juli 1901 stuurde hij zijn werkstuk naar B&W, die het in september doorstuurden naar de gemeenteraad.

Ook Huizinga was een voorstander van de invoering van wijkverpleging. Wat betreft de medici stelde hij een gemengd sys-

teem voor. Er zouden negen gemeenteartsen moeten komen die in ruil voor een betrekkelijk hoog salaris – drie- tot vijfduizend gulden per jaar – het grootste deel van hun tijd aan de geneeskundige armenzorg zouden moeten besteden. Een ziekenfondspraktijk zou voor hen niet toegestaan zijn. Particuliere praktijk wel, althans voor zover dat hun armenpraktijk niet zou schaden. Deze gemeenteartsen zouden voor het huisbezoek worden bijgestaan door zogenaamde ‘toegelaten artsen’, die veel leken op de al bestaande armendokters: vrij gevestigde medici die voor een bedrag van zeshonderd tot duizend gulden per jaar ook af en toe voor de armen werkzaam zouden zijn. Ten slotte pleitte Huizinga voor de oprichting van een extra goedkoop gemeentelijk ziekenfonds, om aan een deel van de armen de mogelijkheid te geven zich via dit goedkope ziekenfonds te onttrekken aan de geneeskundige bedeling. In ruil voor een bescheiden ziekenfondspremie zouden zij zelf hun huisarts uit de groep van toegelaten artsen kunnen kiezen.

Naar aanleiding van dit voorstel ging er een golf van verontwaardiging door de medische wereld. Het plan was veel te weinig uitgewerkt, vond men. Maar zoals te verwachten stuitte vooral het idee dat er gemeenteartsen zouden komen voor wie de armenpraktijk een hoofdtaak vormde, bij de medici op hevig protest. Deze functionarissen zouden ieder plezier in hun werk verliezen en zouden onvermijdelijk afglijden tot een bedenkelijk niveau, tot schande van het vak en tot schade van hun patiënten. Om de bezwaren onder de aandacht te brengen belegde de Geneeskundige Kring een bijeenkomst over de voorgestelde plannen waarvoor ook de leden van de gemeenteraad werden uitgenodigd. Het werd een roerige bijeenkomst. De opkomst op 18 oktober 1901 was reusachtig. Ruim honderd Kring-leden waren present en meer dan de helft van de raadsleden had gehoor gegeven aan de uitnodiging om aanwezig te zijn. Eerste spreker van die avond was de nieuwe directeur van de Geneeskundige Dienst, J. Menno Huizinga. Hij erkende dat veel in zijn voorstel nog niet goed was uitgewerkt, maar hij was dan ook veel sneller met een nieuw plan gekomen dan hij gewild had. Hij had dit



- ◀ J. Menno Huizinga (1850-1913), de eerste directeur van de Geneeskundige Dienst. Hij was de oom van de historicus Johan Huizinga en de grootvader van Menno ter Braak.

gedaan omdat per 1 januari 1902 de lopende contracten met de gemeenteartsen zouden aflopen, en hij had gehoord 'dat er van geneeskundige zijde zich tegen 1 Januari 1902 een passieve tegenstand zou openbaren, die den goeden gang van zaken in gevaar zoude kunnen brengen'.¹⁰

Huizinga bedoelde met deze ietwat stijve formulering ongetwijfeld dat de gemeenteartsen collectief zouden weigeren om hun contracten tijdelijk, tot de invoering van een nieuw systeem, te laten verlengen. Hij wilde zijn nieuwe systeem daarom beslist al per 1 januari 1902 invoeren. Huizinga vond het verder nauwelijks nodig om uit te leggen waarom het bestaande systeem vervangen moest worden door een systeem met artsen voor wie de geneeskundige armenzorg hoofdtak zou zijn: 'Het bestaande stelsel (...) bindt den gemeentegeneesheer in geen enkel opzicht aan zijne taak, die voor hem niets kan zijn dan eene tijdelijke bijbetrekking. Is het nog wel noodig dit stelsel te bestrijden?'¹¹

De eerste replek kwam van de rapporteur van het Kring-rapport, Hector Treub, die aanvoerde

dat wanneer hij heeft geapplaudisseerd na de woorden van den Heer Huizinga, dan heeft zijn applaus alleen gegolden diens onmiskenbare talent, hem trouwens sinds lang bekend, om in goed sluitende zinnen vele woorden van zijn lippen te doen rollen en die sierlijk voor te dragen. Van dat talent heeft hij ons ook nu weer een proefje gegeven. Zijn applaus kon moeilijk den inhoud der rede gelden, want, om het openhartig te zeggen, hij heeft er niet veel inhoud in gevonden, het waren woorden, woorden, niets dan woorden.¹²

Bezwaren had Treub vooral tegen de categorie van de 'toegelaten artsen' – de artsen die voor een betrekkelijk geringe vergoeding de gemeenteartsen zouden bijstaan. Treub kon zich niet voorstellen dat een verstandig, fatsoenlijk en zelfstandig arts die betrekking ooit zou ambiëren. Een volgende spreker, het voormalig hoofd van de Commissie van Toezicht en lid van de commissie van het Kring-rapport, J. van Geuns, ging nog verder. Hij achtte de positie van de toegelaten geneesheer zo verachtelijk, 'dat het door den Kring rijpelijk zal overwogen moeten worden of de medicus, die deze betrekking aanneemt, niet een handeling pleegt beneden de waardigheid van onzen stand, zoodat hem het lidmaatschap van den Kring zoude ontzegd moeten worden'. En niet alleen de waardigheid van de toegelaten artsen was in het geding, ook de voorgestelde benoemingsprocedure voor de eigenlijke gemeenteartsen zinde Van Geuns in het geheel niet. Zij zouden namelijk worden aangesteld door v & w, dat wil zeggen door de wethouder of, in diens plaats, door de directeur van de Geneeskundige Dienst. Dat was Van Geuns veel te gewoontjes. 'De positie van den geneesheer is zóó hoog,' be-toogde hij, 'dat geen andere benoeming dan van den Raad door hem mag aangenomen worden.'¹³

Toen de gemeenteraad ruim een week later, eind oktober 1901, bijeenkwam, was de meerderheid voldoende onder de indruk van de vergadering op de Geneeskundige Kring om al heel snel te besluiten dat er blijkbaar onder de Amsterdamse medici zo veel weerstand bestond tegen het voorstel van Hui-

zinga dat het zinnig was om alsnog eens grondig naar de verschillende voorstellen te kijken. Zonder hoofdelijke stemming werd het voorstel van Josephus Jitta aangenomen om hiertoe een nieuwe commissie in te stellen. Ook Gerritsen verzette zich hier niet tegen. Zowel Gerritsen als Josephus Jitta nam zitting in deze vijfkoppige commissie. Huizinga was er als adviseur aan verbonden.

HET RAPPORT VAN DE RAADSLEDEN

Vijf maanden later, eind maart 1902, was de commissie van raadsleden klaar met haar werk. Haar rapport was buitengewoon grondig en omvangrijk – nog omvangrijker dan de eerdere voorstellen van de Geneeskundige Kring en van Huizinga bij elkaar. Het werkstuk draagt alle sporen van een zinnig compromis. Vrij uitvoerig werd uitgelegd waarom het bestaande systeem onbevredigend was: het huisbezoek liet te wensen over en een jaarlijkse beloning van zeshonderd gulden per gemeentearts voor ongeveer drieduizend armen was eenvoudigweg te weinig om een fatsoenlijke medische verzorging te kunnen verwachten.

Uitvoerig schetste het rapport van de raadsleden het systeem van geneeskundige armenzorg in een aantal andere steden, zowel binnen als buiten Nederland. Bijna overal, van Parijs tot Berlijn, werd gewerkt met een groot aantal pas afgestudeerde artsen, die in ruil voor een vrij gering vast bedrag per jaar armenspreekuur hielden. De armenpraktijk was alleen bedoeld als opstapje naar een normale medische praktijk. Er was één uitzondering, en dat was Groningen. Daar werd gewerkt met een klein aantal goed betaalde gemeenteartsen die het grootste deel van hun tijd aan de geneeskundige armenzorg besteedden. Het was dit Groningse model dat door de raadscommissie werd nagevolgd.

Overeenkomstig de kritiek vanuit de Geneeskundige Kring werden de ‘toegelaten artsen’ uit het voorstel van Huizinga he-

lemaal geschrapt. In het nieuwe voorstel zouden de nieuwe gemeenteartsen worden bijgestaan door jongere collega's met een wat lager salaris. Elk van de negen wijken waarin Amsterdam was ingedeeld, zou één 'eerste geneesheer' krijgen, bijgestaan door één of meerdere 'tweede geneesheren'. Al deze geneesheren zouden geen ziekenfondspraktijk mogen hebben, en een particuliere praktijk alleen voor zover het hun armenpraktijk niet zou schaden.

De controle op de patiënten zou verscherpt worden: bewijzen van armlastigheid zouden niet meer voor maximaal vijf jaar maar voor maximaal één jaar worden uitgegeven. De invoering van wijkverpleging bleef gehandhaafd. Er zouden wijkverpleegsters komen, voorlopig voor ieder van de negen wijken één, die ook leiding zouden moeten geven aan verpleegsters die werden ingehuurd vanuit de al bestaande wijkverpleging van particuliere verenigingen. Ook 'versterkende middelen' als vlees en melk zouden mogen worden voorgeschreven, zij het voor niet langer dan maximaal één week; voor langere periodes zou de reguliere



- ▲ Het zittingslokaal voor de geneeskundige armenzorg in het Westerpark, met op de voorgrond een rijwielbrancard.

armenzorg moeten inspringen. De eerste hulp bij ongelukken, die nog onder de politie viel, zou geleidelijk aan moeten worden overgeheveld naar de Geneeskundige Dienst. Bij de controle op de dienst werd niet gekozen voor het medische model. Zo was het toezicht op de dienst niet toebedeeld aan de medici zelf, maar aan een commissie van raadsleden. Ook zouden benoemingen gewoon plaatsvinden door de directeur van de dienst, en niet – zoals de medici wensten – door het hoogste gemeentebestuur, de Raad.

AFLOOP

Dit derde en dikste rapport over de reorganisatie van de Geneeskundige Dienst betekende niet het eind van de discussie. Integendeel, het was het begin van een nieuwe serie zittingen van de gemeenteraad en vormde de aanleiding voor nieuwe pamfletten en een tweede vergadering van de Geneeskundige Kring, waarin de medici te hoop liepen. Wie de Amsterdamse dagbladen uit deze tijd doorbladert, ziet hoe verhit de gemoederen inmiddels waren geraakt. Vrijwel dagelijks verschenen er artikelen en ingezonden brieven, waarin de verschillende standpunten uiteen werden gezet. Afgaande op de kranten leek het inderdaad, zoals een spreker in een van de raadsdebatten opmerkte, alsof de gemeenteraad van Amsterdam nog nooit over een zo moeilijke kwestie had moeten beslissen als nu, bij de hervorming van de Geneeskundige Dienst.

Tussen mei en juli sleepte de zaak zich in de gemeenteraad voort. Het lijkt erop dat de veerkracht van Gerritsen niet langer bestand was tegen deze uitputtingsslag. Het was een collegawethouder van Gerritsen, de wethouder voor Openbare Werken dr. C.F.J. Blooker, die ten slotte een groot aantal voorstellen indiende die allemaal enigszins tegemoet kwamen aan de bezwaren van medische zijde. Eigenaardig was het natuurlijk wel dat een wethouder aldus oppositie ging voeren tegen een collegawethouder, maar aan de andere kant namen de amendementen

van de medicus Blooker de wind uit de zeilen van de andere, nog verstrekkender wijzigingsvoorstellen. Dit betekent niet dat Blooker uitsluitend cosmetische veranderingen voorstelde. Zo wilde hij bijvoorbeeld het onderscheid tussen eerste en tweede geneesheer geheel laten vervallen, omdat het voor een arts principieel onmogelijk was om onder een collega-arts te werken. Ook op enkele andere punten stelde hij wijzigingen voor, bijvoorbeeld in de benoemingsprocedure. Overeenkomstig de medische wens wilde Blooker gemeentearsten uitsluitend door de Raad laten benoemen. Een ruime meerderheid van de raadscommissie die het rapport over de Geneeskundige Dienst had opgesteld, inclusief wethouder Gerritsen en raadslid Josephus Jitta, schreef dat zij zich in grote lijnen kon verenigen met het voorstel van Blooker.

Op 25 juni 1902 volgde een nieuwe, uitputtende vergadering van de gemeenteraad – een vergadering die wegens tijdgebrek 's avonds werd voortgezet, om vervolgens de volgende dag te worden gecontinueerd. Alleen al het debat van die dag beslaat meer dan twintig grote dikbedrukte pagina's in het *Gemeenteblad* van Amsterdam. Uiteindelijk werd besloten over te gaan tot behandeling van het voorgestelde reglement per hoofdstuk. Hierbij werden de meeste voorstellen van wethouder Blooker aangenomen, maar ook nu kwam men nog niet met alles klaar. Op 2 juli 1902 vond ten slotte een laatste vergadering plaats, waarin de nieuwe verordening voor de Geneeskundige Dienst als geheel werd goedgekeurd met vierendertig tegen vijf stemmen.

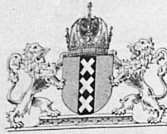
Zo is de zaak dus zonder bloedvergieten en duels geëindigd, concludeerde de journalist die voor het *Handelsblad* de debatten in de gemeenteraad versloeg. Een politieke crisis was afgelopen:

De ronddoende geruchten dat onze wethouder Gerritsen er het bijltje bij neer zou leggen, en dan de zegevierder in dezen strijd, zijn collega Blooker, den Gemeentelijken Geneesk. Dienst onder zich zou krijgen, zijn gelukkig gelogenstraft. Zoo was het nu

heuscht niet, om er een crisis om te maken en de heer Gerritsen had, na zijn taaien strijd, volkomen gelijk, dat hij tijdig zijn terugtocht dekte eer de slag viel.¹⁴

Al met al hadden vooral de tegenstrevers van Gerritsen, de medici, weinig reden tot vreugde. De wethouder was weliswaar tot een halve terugtocht gedwongen geweest, voor de andere helft hadden zijzelf toch moeten inleveren. Op het belangrijkste punt hadden zij de strijd verloren, want waar was het de medici uiteindelijk om te doen geweest? Niet om materieel gewin. De reorganisatie van Gerritsen betekende een drastische verhoging van het salaris van gemeenteartsen. Het waren de medici zelf geweest die hadden gepleit voor lagere honoraria, zij het dan gespreid over een veel groter aantal artsen. De oppositie van de medici kwam vooral voort uit de angst dat een deel van de artsen overwegend in overheidsdienst zou komen te werken en dat het artsenberoep zou worden opengesteld voor controle van buitenaf. Daardoor zouden zij een deel van de zeggenschap over hun eigen beroepsuitoefening verliezen en kwam hun diep gekoesterde status als vrije beroepsbeoefenaars op de tocht te staan.

De woordvoerders van de Amsterdamse medici waren naar eigen zeggen vooral gekant tegen de arts in vaste dienst omdat een dergelijk figuur gedemotiveerd zou raken en al vrij snel zou vervallen in ambtelijke sleur. Permanente ambtenaar-geneesheren, zo werd in een van de raadsdebatten opgemerkt, werden na verloop van tijd hoe dan ook 'min of meer mummies' en dat ging ten koste van de medische verzorging van de armlastige patiënten. Die bezorgdheid om de patiënten zal ongetwijfeld oprecht zijn geweest; toch waren de medici stellig het meest geprikkeld door het bedreigde aanzien van de medische stand. Want de angst voor verambtelijking weerklonk uitsluitend voor het beroep van gemeentearts. Nooit werd deze angst geopperd voor de wijkverpleegsters, terwijl daar toch het risico van teleurstelling en desillusie minstens zo groot was: wijkverpleegsters kwamen vooral bij patiënten thuis en werden aldus nog meer



KENNISGEVING

OPROEPING van sollicitanten voor betrekkingen bij den Gemeentelijken Geneeskundigen Dienst.

BURGEMEESTER en WETHOUDERS van Amsterdam brengen bij dezen ter kennis van belanghebbenden, dat bij den Gemeentelijken Geneeskundigen Dienst aldaar moeten worden benoemd om op 1 Januari 1903 in functie te treden:

Gemeente-artsen op een jaarwedde van f 1500.— tot f 2500.—;

Heelkundigen op een jaarwedde van f 600.— tot f 1000.— voor elke afdeling, waarin zij werkzaam worden gesteld;

Verloskundigen op een jaarwedde van f 300.— tot f 500.— voor elke afdeling, waarin zij werkzaam worden gesteld;

Vroedvrouwen op een jaarwedde van f 200, terwijl haar voor elke verlossing, gedurende één jaar boven de vijftig in dienst der Gemeente verricht, een toelage van f 4.— wordt toegekend;

Ziekenverplegers en -verpleegsters op een jaarwedde van f 900.— tot f 1200.—

Aan Gemeente-artsen, die belast worden met de administratie van één der afdelingen, kan naar gelang van den omvang der daaruit voortvloeiende werkzaamheden boven hun jaarwedde een toelage van f 500.— tot f 1500.— worden toegekend.

Sollicitanten worden uitgenoodigd zich bij op zegel geschreven adressen te wenden tot Burgemeester en Wethouders vóór of op 15 Augustus 1902.

Sollicitanten, wier persoonlijk bezoek mocht worden verlangd, zullen hiertoe een uitnoodiging ontvangen.

Nadere inlichtingen worden desverlangd verstrekt door den Directeur van den Gemeentelijken Geneeskundigen Dienst, O. Z. Achterburgwal N^o. 229.

AMSTERDAM, den 22^{de} Juli 1902.

BURGEMEESTER en WETHOUDERS voornamend
VAN LEEUWEN
de SECRETARIS
J. A. BAEZA, l.s.

Te Amsterdam ter STADSDRUKKERIJ.

▲ Werving van sollicitanten voor de gereorganiseerde Geneeskundige Dienst.

geconfronteerd met de uitzichtloosheid van de problemen. Niemand betoogde dat de wijkverpleegster haar werk aangenamer zou vinden en dat de patiënten beter af zouden zijn indien de zorg voor de armen voor haar slechts een neventaak zou zijn. Het ging de medici in eerste instantie dan ook om de schade die het aanzien van de medische stand zou kunnen lijden door het

bestaan van een categorie medische ambtenaren en het verlies van medische autonomie. Op dit punt hebben zij zich moeten schikken.

In de weken na de goedkeuring van de nieuwe verordeningen stelde de gemeenteraad een raadscommissie in voor de Geneeskundige Dienst waarin zowel gematigde voor- als tegenstanders van de reorganisatie waren opgenomen. Zo leek de hele reorganisatie alsnog in betrekkelijke harmonie te eindigen, behalve dan dat de geruchten over het aftreden van wethouder Gerritsen uiteindelijk toch bewaarheid werden. Hij werd weliswaar in september 1902 als wethouder herkozen, maar besloot om deze herverkiezing niet te aanvaarden. Die beslissing was mede ingegeven door de gebeurtenissen van de afgelopen maanden, zo bleek uit een toelichting die hij in de Raad gaf. Gerritsen werd opgevolgd door zijn collega-wethouder Blocker.

Er werden 36 gemeenteartsen nieuwe stijl ter benoeming voorgedragen. Onder hen bevond zich de latere directeur van de dienst, Louis Heijermans. Daarnaast werden ook nieuwe verpleegsters en verplegers, technische en administratieve krachten aangetrokken. Voor de bevalling van gemeentepatiënten werden 25 particuliere vroedvrouwen bij de dienst ingeschreven. Begin november 1902 ging de Raad met de voorgestelde benoemingen akkoord, en zo kon Menno Huizinga op 1 januari 1903 beginnen met een bijna volledig vernieuwd personeelsbestand. Van alle turbulentie zou na 1903 niet veel meer over zijn.

3

EEN VOORZICHTIG BEGIN (1903-1918)

Op 1 januari 1903 kreeg J. Menno Huizinga de leiding over de gereorganiseerde Geneeskundige Dienst. De aanvang van het nieuwe tijdperk werd bekrachtigd door de bouw van een nieuw hoofdkantoor, op de Kloveniersburgwal, dat in 1904 in gebruik werd genomen. Het gebouw staat er nog steeds, direct rechts van de ingang naar de Oudemanhuispoort. Het centrale bureau van de dienst werd hier gevestigd, evenals een eigen orthopedische werkplaats. De bovenverdieping diende aanvankelijk als dienstwoning voor Huizinga. Nieuw was als gezegd ook Huizinga's personeelsbestand. Slechts een enkele van de vroegere armen dokters was aangesteld in de nieuwe functie van gemeentarts, met een hoger salaris maar ook met aanzienlijk meer taken. Ieder zittingslokaal van de Geneeskundige Dienst had twee van zulke gemeentartsen, die samen verantwoordelijk waren voor ongeveer tienduizend armlastige patiënten. Daarnaast kreeg elk lokaal de beschikking over één of twee wijkverpleegsters. Deze wijkverpleegsters konden ook hulp inroepen van particuliere kerkelijke verenigingen voor wijkverpleging als

die beter strookte met de geloofsovertuiging van de betreffende patiënten; in de praktijk werd dat echter weinig gedaan. De meeste zittingslokalen hadden ook een mannelijke verpleger in dienst. In totaal waren er nu negen zittingslokalen, één meer dan vóór 1903.

Een aantal zaken bleef ook bij het oude. Zo waren aan ieder zittingslokaal, net als vóór 1903, voor een vast bedrag per jaar een heelkundige – voor kleine chirurgische ingrepen – en een verloskundige verbonden. Gelijk gebleven waren ook de overwegend universitaire poliklinieken, waar armlastige patiënten gratis specialistische hulp konden krijgen. Dergelijke klinieken waren er voor oog-, oor- en keelziekten, huid- en geslachtsziekten, zenuwziekten, orthopedie en tandheelkunde. Ook de regeling met de gemeentelijke vroedvrouwen was niet wezenlijk veranderd: zij kregen net als vroeger een vast, vrij laag bedrag plus, wanneer zij veel bevallingen deden, een vaste beloning per extra bevalling. Ten slotte bleef ook de bestaande regeling gehandhaafd voor het gemeentepersoneel dat recht had op gratis medische verzorging. Politie en brandweer hadden daarvoor een vaste arts, Arnold Aletrino, een man die als literator bekender is geworden dan als medicus. Bij de debatten in de gemeenteraad van 1901 en 1902 over de reorganisatie van de Geneeskundige Dienst wordt bij de binnengekomen stukken meer dan eens melding gemaakt van brieven van de politie met het verzoek of de eigen arts van de dienst, Aletrino dus, behouden kan blijven. Of die waardering wederzijds was, is zeer de vraag. Aletrino had een hartgrondige hekel aan het doktersvak en beklagde zich bijvoorbeeld in een brief uit 1907 over zijn werk met ‘zweterige, vuilongige en buikloopige politie-agenten’.¹ In 1909 ging de toen vijftigjarige Aletrino met vervroegd pensioen. Hij was op dat moment al een geregeld gebruiker van morfine. Zeven jaar later stierf hij.

Aletrino is niet alleen bekend gebleven door zijn eigen literaire werk, maar ook doordat hij een hoofdrol speelt in een schandaal rond *Pijpelijntjes*, een roman van Jacob Israël de Haan. Aletrino was bevriend met de jonge De Haan, en kreeg in 1904



- ▲ Het gebouw van de Geneeskundige Dienst aan de Kloveniersburgwal, naast de Oudemanshuispoort.



- ▲ De polikliniek voor orthopedie.

'bijna een stuip van schrik' toen hij zag dat een van de hoofdpersonen uit het boek, de tamelijk weerzinwekkende Sam, duidelijk gemodelleerd was naar zijn persoon.² Om de herkenbaarheid nog te vergroten, had De Haan in de roman ook vermeld dat deze Sam 'eigenlijk Arnold' heette, 'maar we noemen 'm altijd Sam'. In *Pijpelijntjes* wordt de sadistisch-homoseksuele relatie beschreven tussen Sam en de ikfiguur, die veel lijkt op De Haan zelf. Geen opwekkende lectuur:

'Zeg, Sam, ik heb zo bar gesjouwd, geef me 'n zoen.'

'Nee, hoor... neem d'r maar een als je zin hebt...'

En over het bruine gezicht van Sam boog ik heen. Met een verende borstbuiging boog hij op en gaf me een slag tegen mijn ogen aan, dat wit licht, geelwit voor mijn gezicht opfelde.

'Daar... daar...'

'Godschristes, zeg...'

Elders in het boek verzuipt Sam een hond, en wordt uitvoerig beschreven hoe hij een kip doodslaat. Dadelijk na de verschijning van het boek heeft Aletrino nagenoeg de gehele oplage opgekocht. Hij deed dat samen met de verloofde van De Haan, de arts Johanna van Maarseveen. Net als Aletrino was Van Maarseveen als gemeentearst aan de Geneeskundige Dienst verbonden; beiden waren dus collega's. Van Maarseveen was de eerste vrouwelijke arts in een gemeentelijke functie. Binnen de dienst was zij verantwoordelijk voor de keuring van vrouwelijk gemeentepersoneel. Het gemeentelijk apparaat groeide rond de eeuwwisseling in snel tempo, waardoor de behoefte aan keuring van ambtenaren en controle op hun ziekteverzuim eveneens was toegenomen. Tegelijk met Van Maarseveen werden ook twee mannelijke keuringsartsen benoemd. Een van die twee, G.A.M. van Wayenburg, kreeg als keuringsarts nog met De Haan te maken in de tijd dat de laatste als onderwijzer werkte. Naar aanleiding van De Haans vreemde gedrag in de klas schreef Van Wayenburg een keuringsrapport over diens geesttoestand, dat er mede de oorzaak van was dat De Haan als

onderwijzer werd afgekeurd. De literaire carrière van De Haan moest toen nog beginnen.

De actie van Aletrino en Van Maarseveen kon niet voorkomen dat *Pijpelijntjes* werd opgemerkt en vanwege de openlijk homoerotische passages een schandaal veroorzaakte. Dit heeft Johanna van Maarseveen er niet van weerhouden met De Haan in het huwelijk te treden. In 1907 trouwden zij. Later vertrok de diep gelovige De Haan, overigens zonder echtgenote, naar Palestina, waar hij in 1924 om politieke redenen werd vermoord.

Die te Amsterdam vaak zei 'Jeruzalem'
en naar Jeruzalem gedreven kwam
hij zegt met een mijmrende stem
'Amsterdam Amsterdam'.

Deze regels van Jacob Israël de Haan zijn nog steeds in Amsterdam te vinden, op de sokkel van een eigenaardig beeld in de Jodenbreestraat, ter hoogte van de Sint Antonie Sluis, dat bestaat uit een zuil die gedragen wordt door een schildpad.

Tot zover de faits divers. Over de eigenlijke vraag hoe de Geneeskundige Dienst na de grote reorganisatie van 1901-1903 in de praktijk functioneerde, stond op 17 januari 1906 een artikel in het *Handelsblad*. De schrijver, Jan van Amstel, haalde daarin een anonieme zegsman aan die opmerkte:

Trouwens van die geheele werking van onzen gemeentelijken geneeskundigen dienst weet het groote publiek niet veel af, geloof ik. Ik heb zelfs wel hooren beweren dat het er na die nieuwe regeling van een paar jaar geleden niet beter op geworden is.

Dit was voor Van Amstel aanleiding om eens te gaan praten met directeur Huizinga, 'te meer', aldus de journalist, 'omdat ik wel eens had hooren beweren, dat de inrichting van thans niet in alle opzichten voldeed; dat de verpleging der armen aan huis in vele gevallen niet doeltreffend is; dat de pleegzusters door het steeds omgaan met armen gedemoraliseerd worden en haar

taak voor haar sleur wordt, niet meer'. Tijdens het gesprek vertelde Huizinga hoe de Geneeskundige Dienst officieel in elkaar zat en uit zijn verhaal kwam een veel positiever beeld naar voren. Dat was ook niet anders te verwachten, maar andere bevindingen spraken eveneens in het voordeel van de dienst. Van Amstel bracht een uitgebreid bezoek aan een van de poliklinieken en was daar zeer over te spreken. Ook legde hij zijn oor te luisteren bij de patiënten van de Geneeskundige Dienst:

Ik heb menig gezin bezocht, waar de gemeente-arts praktijk uitoefent en ik nam overal den indruk mede: dat men hoogelijk roemt de wijze, waarop deze ambtenaren en de verpleger of de verpleegsters hun taak vervullen en dat men met dankbaarheid jegens hen is bezielde: ook dat deze wijkverpleging naast die der kerkelijke vereenigingen, die hierbij ook hulp verleenen, in vele gezinnen een grooten moreelen invloed uitoefent. Immers, dat geregeld komen van dokter en verpleegster brengt als van zelf mede dat men in huis vaak meer op reinheid en orde gaat letten, dan vroeger wel het geval was. Zoo heeft die geneeskundige dienst nog vèrstrekkender gevolgen dan alleen het brengen van lichamelijke genezing. En al moge dan de eerste hulp bij ongelukken in Amsterdam nog niet van gemeentewege geregeld zijn op een wijze, die afdoende kan heeten, dat zal onder de leiding van den directeur langzamerhand ook wel komen. Van den dienst, zooals hij tot dusverre geregeld is, moet, m.i. met lof worden gewaagd.

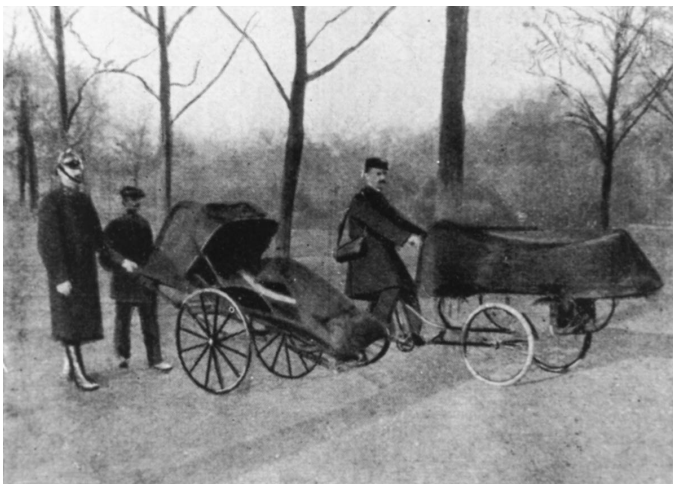
Het viel dus alleszins mee. De eerste hulp bij ongelukken was inderdaad op dat moment nog niet goed geregeld. Maar er werd aan gewerkt.

EERSTE HULP BIJ ONGELUKKEN

De eerste hulp bij ongelukken berustte in Amsterdam van oudsher bij de politie. Hoe dat toeging, wordt beeldend beschreven

in een interview uit 1950 met Anton Couwenberg, een toenmalig gepensioneerde ambtenaar van de dienst, waarin deze vertelde over zijn eerste werkdag in 1904:

Het eerste karwei was een rit met de politiebrancard, omdat de kruier zoek was. Dat ging zo in die dagen, want de ziekenauto's moesten nog uitgevonden worden en de rijwielbrancards moesten nog een jaar of vier wachten, voordat een heldere geest ze op het GGD-tapijt bracht. De Dienst had er trouwens geen zier mee te maken, want als de eerste-hulp in het geweer werd geroepen, stevende de politie er op af. Dan werd de vaste politiekruier geroepen, die op het bureau de brancard [een soort handkar] van het plafond naar beneden liet zakken en op stap ging naar de plek des onheils. Gewapend met een diender, verpakt in lakense jas en helm. Waardig stapten die twee dan over de hobbelige keien naar de patiënt, hardnekkig vasthoudend aan het voorgeschreven ritueel en de politionele waardigheid. Omdat de kruier die noodlottige dag spoorloos verdwenen was



- ▲ Kruier en diender op pad met het karretje van de politie voor het vervoer van zieken en gewonden. Rechts een fietsambulance.

‘zonder achterlating van adres’ – het staat allemaal nog keurig in de boeken beschreven – kreeg Anton de vracht toegewezen. Hoe het verder gegaan is, is na zeven en veertig jaar zo diep in zijn herinnering weggezakt, dat het niet meer te voorschijn wil komen, maar hij weet nog heel goed, dat ze bij elke bolle brug een ‘Kar-ga-door’ moesten enteren, die met haak en touw het vehikel over de hoogte moest helpen slepen. De diender liep alleen maar; dat hoorde zo. De patiënt kreunde, maar dat hoorde ook zo.³

Zo was dus de situatie in 1904. Afdoende kan die inderdaad moeilijk worden genoemd. Wanneer men bedenkt hoe Amsterdam in de periode na 1850 was veranderd, is het bijna ongelooflijk dat deze primitieve regeling voor eerste hulp en ziekenvervoer nog zo lang heeft kunnen voortbestaan. Alleen al het aantal mensen voor wie zo’n kruier in voorkomende gevallen moest klaarstaan, was enorm gegroeid. Tussen 1850 en 1900 was het aantal inwoners van Amsterdam opgelopen van tweehonderd-twintigduizend tot ruim vijfhonderdduizend. Daarna zette de stijging zich voort: in 1914 waren er meer dan zeshonderdduizend Amsterdammers.

Al deze mensen moesten wonen, zodat stadsuitbreiding onvermijdelijk was. De loopafstanden die kruier en diender af te leggen hadden, werden er dus niet korter op. Nog in de negentiende eeuw werd rondom de oude stad een nieuwe gordel van wijken gebouwd. Vanaf de oostzijde gezien waren dat de Dapperbuurt, de Oosterparkbuurt, de Pijp en de Museumbuurt, met ten westen daarvan het Vondelpark, de gedempte Overtoom, de Kinkerbuurt en de Staatsliedenbuurt. Maar het was niet alleen de stadsuitbreiding die een modernisering van de eerste hulp noodzakelijk maakte, ook de ontwikkelingen in de oude stad vroegen daarom. Het verkeer nam toe en ook in andere opzichten werd het er drukker en dynamischer. Het Centraal Station werd gebouwd, gevolgd door de nieuwe beurs aan het Damrak, het Bijenkorf-gebouw op de Dam en het hoofdpostkantoor aan de huidige Nieuwezijds Voorburgwal. Het karakter van het centrum veranderde in snel tempo door de vestiging

van handelskantoren en bankgebouwen, warenhuizen en winkelgalerijen.

Amsterdam was, met andere woorden, aan het begin van de twintigste eeuw een totaal andere stad dan een halve eeuw eerder. Door de vergroting van de bebouwde kom, de concentratie van mensen, verkeer en bedrijvigheid waren ook de eisen aan de eerste hulp bij ongelukken en het vervoer van zieken en gewonden aanzienlijk opgeschroefd. In elk geval was duidelijk dat een lopende politie-kruier niet langer toereikend was en dat de taken door de Geneeskundige Dienst zouden worden overgenomen en gemoderniseerd. Het jaarverslag van 1903 vermeldt dat directeur Huizinga een aantal Duitse steden had bezocht, om te kijken hoe de eerste hulp bij ongelukken daar was georganiseerd. In de daarop volgende jaren werd de eerste hulp bij ongelukken stapsgewijs overgeheveld naar de Geneeskundige Dienst. In 1905 hadden drie van de negen zittingslokalen al een eigen voertuig voor ziekenvervoer, vervaardigd door de rijwiel-fabriek Simplex. Deze brancard bestond 'uit een combinatie van twee rijwielen, welke door verplegers of geoefende bedienden van den Dienst worden bereden, met de Zwitsersche "Veleda"-brancard, waardoor wordt bereikt, dat met groote snelheid bij ongevallen, op den publieken weg voorkomende, de noodige personeele en materiele hulp beschikbaar kan worden gesteld'.⁴

Van deze dubbele-fietsambulance zijn helaas geen afbeeldingen bewaard gebleven, wel van de driewielige fietsambulances die spoedig daarna zijn aangeschaft. Vanaf 1908 waren ambulance en eerste hulp bij ongelukken helemaal bij de Geneeskundige Dienst ondergebracht. Ieder zittingslokaal beschikte toen over zo'n driewielige rijwielbrancard. Daarnaast waren er twee elektrische ziekenauto's. Voor de coördinatie van de eerste hulp werd op de hoogste verdieping van het hoofdbureau op de Kloveniersburgwal een telefooncentrale ingericht, zodat Huizinga zijn dienstwoning moest opgeven. In 1914 kwam er voor het eerst een ziekenauto die op benzine reed, maar voor de rest bleef het wagenpark ten behoeve van de eerste hulp tamelijk



▲ De eerste elektrische ambulancewagen.

constant: in 1919 waren er nog steeds zes rijwielbrancards, twee elektrische ziekenauto's en één benzineauto. Hulp was permanent beschikbaar; 's nachts waren altijd twee van de negen zittingslokalen daarvoor geopend.

ZUIGELINGENZORG

Vlotter dan met de eerste hulp bij ongelukken was de Geneeskundige Dienst met de invoering van de zuigelingenzorg. Al dadelijk in 1903 opende de gemeentearts H.B.L. Vos met toestemming van Huizinga in het zittingslokaal in de Willems-

straat een polikliniek voor zuigelingen en jonge kinderen. Twee keer per week hield hij er spreekuur.

Die zuigelingen zorg zag er heel anders uit dan tegenwoordig. Inenting en maakten er bijvoorbeeld geen deel van uit. Aanvankelijk lag alle nadruk op één ding: borstvoeding. Doel was om zoveel mogelijk vrouwen te bewegen tot het geven van borstvoeding. Er werd voorlichting gegeven en propaganda gemaakt, terwijl zogende vrouwen die dat nodig hadden extra melk konden krijgen en soms ook eieren of zelfs vlees.

Rond de eeuwwisseling zijn in Nederland veel studies gedaan naar zuigelingensterfte. Al deze studies tonen grote verschillen in sterftcijfers per wijk: in arme wijken viel de zuigelingensterfte hoger uit. Ter verklaring van de verschillen was er één factor belangrijker dan welke andere ook, en dat was het al dan niet geven van borstvoeding. Het belang daarvan wordt begrijpelijk als men weet dat de belangrijkste doodsoorzaak bij zuigelingen bestond uit maagdarminfecties.

Het meest interessant voor ons is een studie die in 1903 door de Geneeskundige Dienst zelf werd uitgevoerd en waarover werd gepubliceerd in het jaarverslag van 1904. Alle zwangere patiënten in de zittingslokalen waren ondervraagd. De gemiddelde zuigelingensterfte in deze groep was bijna één op drie. Dat was uiteraard hoger dan het gemiddelde van Amsterdam, want het gaat hier uitsluitend om de cijfers van de armste bevolkingsgroep. Van de zuigelingen zonder borstvoeding stierf ongeveer de helft. In het oude centrum lag dat getal zelfs nog zo'n tien procent hoger. De (zeer arme) jodenbuurt onderscheidde zich echter in gunstige zin: daar lag de zuigelingensterfte rond de een op vijf. Dat was uitsluitend te danken aan het feit dat joden hun zuigelingen vaker en langer borstvoeding gaven dan andere bevolkingsgroepen.

Amsterdam was in 1903 de eerste plaats in Nederland waar van gemeentewege iets aan zuigelingen zorg werd gedaan. Wel waren er eerder al particuliere initiatieven. Zo was in Den Haag al twee jaar eerder het eerste particuliere bureau voor zuigelingen zorg geopend. In 1905, twee jaar na Vos, startte ook de al

eerder genoemde gemeentearts Johanna van Maarseveen een zuigelingenpreekuur. Een aantal collega's volgde haar voorbeeld. De werkzaamheden van Vos en Van Maarseveen maakten deel uit van de geneeskundige armenzorg en waren dus alleen bedoeld voor onvermogenen. Door de sociaal-democraten, die in deze jaren een krachtiger stem begonnen te krijgen in de gemeentepolitiek, werd er echter geregeld voor gepleit om de zuigelingen­zorg uit te breiden naar de gehele bevolking. Vanaf 1909 werd bij iedere geboorteaangifte door de gemeente een brochure met de titel *Wenken voor moeders* uitgedeeld. In Rotterdam en Haarlem was men al eerder met iets dergelijks begonnen. Omstreeks 1910 is er in Amsterdam ook zuigelingen­zorg op particuliere basis gekomen. Erg lang heeft die het niet gemaakt, want in 1920 werd zij in haar geheel overgenomen door de Geneeskundige Dienst. Met deze hoofdrol voor de gemeente inzake de zuigelingen­zorg was Amsterdam binnen Nederland een uitzondering.

SCHOOLARTSEN

Behalve de eerste hulp bij ongelukken en de zuigelingen­zorg werd in de jaren onder Huizinga ook het geneeskundig schooltoezicht toegevoegd aan het takenpakket van de dienst. Op dit laatste vlak liep Amsterdam niet bepaald voorop, maar wel is in de stad het meest uitvoerige debat over de invoering van school­artsen gevoerd. Dat debat vond overigens niet plaats in de gemeenteraad of de Geneeskundige Dienst, maar binnen de plaatselijke beroepsvereniging voor artsen die ook al een belangrijke rol speelde bij de reorganisatie van de Geneeskundige Dienst van 1900-1902: de Geneeskundige Kring.

De druk om iets aan schoolgezondheidszorg te gaan doen, was afkomstig uit Duitsland, indertijd voor Nederland het toonaangevende land op medisch gebied. In Duitsland was men aan het eind van de negentiende eeuw in veel steden al overgegaan tot de invoering van geregeld medisch onderzoek van leerlin-

gen. Een debat hierover in Nederland leidde in 1896 tot een advies van de NMG om geen schoolartsen in te voeren, maar om de opleiding tot onderwijzer uit te breiden met een extra medisch examen. Met dat advies is weinig gedaan, omdat de onderwijzers niets voelden voor een verzwaaring van hun opleiding. Zij zagen meer in het Duitse systeem. Wel zijn er in de jaren daarna op allerlei plaatsen in Nederland schoolartsachtige initiatieven genomen. Op allerlei plaatsen – maar niet in Amsterdam. Van de kant van de onderwijzers klonk dan ook het verwijt dat de stad in deze kwestie schromelijk achterbleef. ‘Baarn, Hoogezand, Schiedam, Assen, Steenwijk, Maassluis hebben reeds een regeling getroffen, de Zaandamsche verordening kan allen tot voorbeeld gesteld worden, Arnhem is bezig,’ zo wisten de onderwijzers in 1904 te melden, maar ‘Amsterdam doet niets’.⁵

Deze klacht van de onderwijzers is te lezen in een omvangrijk rapport dat een commissie van de Amsterdamse Geneeskundige Kring aan de schoolartskwestie wijdde en dat in 1905 verscheen. In het rapport werd ook een gedetailleerd overzicht gegeven van de regelingen die in al die andere plaatsen bestonden. Doel van dat overzicht was echter vooral om te laten zien dat al die regelingen in de praktijk bar weinig voorstelden. Bovendien, aldus het rapport, bestond de schoolarts weliswaar nog niet in Amsterdam, maar werd er wel degelijk van alles op medisch gebied voor het onderwijs gedaan. De Gezondheidsdienst onder leiding van Ringeling controleerde immers de schoolgebouwen en had de bevoegdheid om leerlingen met besmettelijke ziekten de toegang tot de school te ontzeggen. Er bestonden daarnaast poliklinieken voor de behandeling van schurft en luizen, en vergelijkbare typische schoolziekten, zoals hoofdzeer. Bovendien had de gemeentelijke commissie voor onderwijszaken een zware medische subcommissie. Leden ervan waren onder anderen de hoogleraar psychiatrie C. Winkler en de oogarts Josephus Jitta, die in het vorige hoofdstuk al ter sprake kwam als een van de deelnemers aan het debat over de reorganisatie van de Geneeskundige Dienst. Deze subcommissie re-

gelde de verwijzing van leerlingen die speciaal onderwijs nodig hadden. Kortom: Amsterdam deed het eigenlijk al heel goed wat betreft de medische zorg rond het onderwijs. Toch deed de commissie een radicaal voorstel. Zij stelde voor om te komen tot de oprichting van een nieuwe gemeentelijke dienst: de Gemeentelijke Hygiënische Schooldienst, met een eigen directeur en verschillende soorten personeel.

Dit voorstel stuitte binnen de Geneeskundige Kring op grote weerstand. Het merendeel van de Amsterdamse artsen was tegen de oprichting van een nieuwe ambtelijke dienst. Na veel gepraat besloot men om een nieuwe commissie te benoemen die een geheel nieuw rapport over de kwestie van de schoolartsen zou schrijven. Deze nieuwe commissie was ruim een halfjaar later klaar met haar werk. Ook zij meende dat er in Amsterdam al van alles goed geregeld was op het gebied van de schoolgezondheidszorg, maar dat er nog één element ontbrak, en dat was periodiek medisch onderzoek van alle leerlingen. Zij stelde voor om daartoe schoolartsen aan te stellen, en om te beginnen met een proef waarbij alle leerlingen van de eerste klas oppervlakkig medisch onderzocht zouden worden. Deze schoolartsen zouden niet ondergebracht moeten worden bij de Geneeskundige Dienst, want die was er immers voor de geneeskundige armenzorg, terwijl de schoolarts er niet alleen zou zijn voor de armen maar in beginsel voor alle lagen van de bevolking. Bovendien meende de commissie dat schoolartsen niet voor de volle werktijd werkzaam zouden moeten zijn, omdat hun taak dan 'een buitengemeen eentonige [zou] zijn, die hen in groot gevaar zou brengen, hun frischheid van geest en ruimheid van blik te verliezen'.

Over dit rapport werd in de Geneeskundige Kring gedebatteerd in 1906. Bij dit debat was ook Huizinga aanwezig. Zijn mening, als directeur van de Geneeskundige Dienst, was natuurlijk extra interessant. Huizinga zei tijdens de discussie,

dat hem in den laatsten tijd meermalen verzocht is, zijn opinie over het schoolartsenvraagstuk te willen geven, doch dat hij nog

steeds eenigszins huiverig was, eene meening uit te spreken, geheel afwijkende van die welke van alle kanten wordt verkon- digd. Dat vraagstuk onder de oogen ziende, heeft zich toch lang- zamerhand bij hem de meening gevormd dat het min of meer een modekwestie is. Men heeft zich langzamerhand laten opwar- men tot het in het leven roepen van een nieuwen tak van ge- neeskundig toezicht. Zijns inziens levert dat vele bezwaren op, terwijl het nuttig effect van dat toezicht slechts luttel kan zijn.⁶

Aanwezig was ook C.F.J. Blooker, de opvolger van Gerritsen als verantwoordelijk wethouder voor de Geneeskundige Dienst. Blooker zei dat hij een eind met Huizinga kon meegaan, wan- neer deze de schoolartsen dure modeartikelen noemde. Dat ver- heugde hem, 'omdat de heer Huizinga door deze opinie zich als oudliberaal doet kennen, waar [Blooker] hem steeds voor ie- mand met meer radicale neigingen heeft meenen te moeten aanzien'.⁷ Hier weerklinkt nog de echo van de debatten van 1900-1902, toen Huizinga de steun was geweest van de radi- caal-liberaal Gerritsen, terwijl Blooker zich toen enigszins tegen zijn radicale collega-wethouder had gekeerd. Maar net als in 1902 nam Blooker ook nu een tussenpositie in. Hij meende dat een geregeld algemeen medisch onderzoek van leerlingen toch nuttig was. Het hele debat binnen de Geneeskundige Kring, plus de beide rapporten, zijn in 1906 gebundeld in een boek- werk van meer dan tweehonderd pagina's met de titel *Een ge- neeskundig schooltoezicht voor Amsterdam: Rapporten en discussiën in den Geneeskundigen Kring, 1905-1906*.

De woorden van Huizinga hebben de komst van schoolartsen in Amsterdam niet kunnen tegenhouden. De gemeenteraad besloot om per 1 januari 1907 bij wijze van proef voor alle openbare scholen een hygiënisch en geneeskundig schooltoe- zicht in te stellen. Het hygiënische deel werd opgedragen aan de Gezondheidsdienst, het geneeskundige aan de Geneeskun- dige Dienst. Dat laatste was niet in overeenstemming met het rapport van de tweede Kring-commissie, maar voor het overige werd dit eigenlijk overgenomen. Twaalf artsen werden belast

met het geneeskundig toezicht op de scholen, elk kreeg ongeveer zestien scholen onder zijn hoede. Het was hun taak om alle eersteklassers oppervlakkig medisch te onderzoeken. De andere klassen moesten regelmatig worden bezocht, om na te gaan of zich onder de leerlingen bijzonderheden voordeden. Om onderlinge concurrentie en scheve ogen te vermijden, behandelden de schoolartsen niet zelf. Kinderen met aandoeningen of afwijkingen werden doorverwezen naar hun huisarts. In de praktijk bleek dit toezicht niet al te best te functioneren: de aangestelde schoolartsen hadden vaak te weinig tijd om hun werk goed te doen, omdat zij dit combineerden met andere bezigheden. Een deel van hen was ook werkzaam als gemeentearts, een ander deel voerde als vrij gevestigd arts ook nog een eigen praktijk. In 1910, toen een definitieve regeling van kracht werd, ging men dan ook over op een andere regeling. Vanaf dat moment kreeg de Geneeskundige Dienst vijf artsen in dienst die uitsluitend als schoolarts werkzaam waren. Een volledig onderzoek van alle instromende schoolkinderen werd nu verplicht gesteld. In de komende jaren werd het aantal schoolartsen verder uitgebreid, onder andere omdat ook bijzondere scholen de mogelijkheid kregen om van het toezicht gebruik te maken.

Opvallend aan de invoering van de schoolartsen in Amsterdam is, net als eerder bij de reorganisatie van de Geneeskundige Dienst, de grote betrokkenheid van de Geneeskundige Kring. Het waren zeker niet de minste Kringleden die zich met deze zaken bezighielden, juist ook de kopstukken – medisch hoogleeraren als Treub, Winkler en Burger – bemoeiden zich ermee, werden voorzitter van een commissie of namen deel aan de discussie. Die grote betrokkenheid van de top bij de basis – want daar moeten armenzorg en schoolgeneeskunde toch wel worden geplaatst – is tegenwoordig nauwelijks nog voorstelbaar. Ze kwam dan ook voort uit iets wat in de loop van de twintigste eeuw verloren is gegaan, namelijk uit een sterk gevoel van eenheid in de medische stand, met daaraan gekoppeld een krachtig standsbesef en sterke gemeenschappelijke standsbelangen. De

verdediging van de vrijheid en zelfstandigheid van de behandelend arts was zo'n belang, zoals in de reorganisatiejaren duidelijk was gebleken. Maar ook aan de regeling van onderlinge omgangsvormen en de beteugeling van onderlinge competitie werd veel aandacht besteed. Juist in de periode rond de eeuwwisseling, toen de geneeskunde in snel tempo expandeerde en toepassing vond in steeds meer maatschappelijke sectoren – behalve bij de overheid, ook in het bedrijfsleven en het verzekeringswezen – en op steeds meer deelgebieden van het leven, was het ook voor de medische elite van belang te waken over de nieuwe medische beroepsvormen. Deze raakten aan de genoemde kwesties en daarmee aan het aanzien en de waardigheid van de gehele medische stand. Later in de twintigste eeuw is de medische beroepsgroep steeds meer versnipperd geraakt en is de gedachte van een algemeen en ongedeeld standsbelang in toenemende mate vervaagd.

HET VERTREK VAN HUIZINGA

De Geneeskundige Dienst groeide in het tijdperk Huizinga vrij snel. In 1903 telde de dienst ruim zestig personeelsleden, in 1911 zo'n honderddertig. Dat was overigens bij een dalend aantal mensen dat een beroep deed op de geneeskundige armenzorg. In 1903 waren dat er nog tienduizend per zittingslokaal; in 1911 nog zeventienduizend. Steeds meer mensen waren kennelijk in staat om ziekenfondspremie te betalen. Het werk begon de inmiddels zestigjarige Huizinga zwaar te vallen. Ook leek hij de greep op de dienst wat te verliezen. Zo constateerde de raadscommissie die het toezicht op de dienst uitoefende dat er op de orthopedische werkplaats in het hoofdgebouw aan de Kloveniersburgwal een grote 'janboel' heerste. Het personeel had daar zo'n beetje de macht overgenomen – medewerkers waren vaak afwezig, leenden uit de kas en hadden op eigen gezag de negenurige werkdag ingevoerd – zonder dat Huizinga hiertegen was opgetreden.⁸ Het werk was Huizinga boven het



- ▲ De orthopedische werkplaats waar het volgens de raadscommissie een 'janboel' was. Het personeel had zich allerlei vrijheden gepermitteerd zonder dat Huizinga hiertegen iets had ondernomen.

hoofd gegroeid. In 1912 kondigde hij aan dat hij met vervroegd pensioen wilde. De verantwoordelijke wethouder – Blooker was inmiddels opgevolgd door Josephus Jitta – ging akkoord.

Bij Huizinga's vertrek deed zich nog een klein probleem voor. Hij had bij zijn komst geëist dat hij evenveel zou verdienen als de directeurs van het Binnengasthuis en het Wilhelmina Gasthuis, namelijk zesduizend gulden per jaar. Die eis was ingestemd. Maar sindsdien was zijn salaris nooit meer verhoogd, terwijl het salaris van de ziekenhuisdirecteurs wel ieder jaar omhoog was gegaan. Daarom had Huizinga aan zijn vertrek de voorwaarden verbonden dat zijn laatste jaarsalaris alsnog met duizend gulden zou worden verhoogd en dat hij bovendien een bedrag ineens van zeventien duizend gulden mee zou krijgen. Daarover is in de gemeenteraad uitvoerig gediscussieerd. Sommige sociaal-democraten vroegen zich af of een gewoon werkmans voortijdig vertrek ook zo'n gouden handdruk zou ontvangen, en of de gezondheidstoestand van Huizinga inderdaad dusdanig

was dat hij voortijdig moest vertrekken. Josephus Jitta was tamelijk vaag in zijn verdediging, maar hield voet bij stuk. Uiteindelijk kreeg hij zijn zin: een meerderheid van de raadsleden vond dat het gemeentebelang eiste dat de niet meer zo krasse Huizinga opstapte en was bereid daarvoor de gevraagde som neer te leggen.

Huizinga was niet erg gelukkig met de berichtgeving in de kranten, die voornamelijk ging over die gouden handdruk en over niet nader aangeduide 'conflicten' rond zijn vertrek. In een ingezonden brief in het *Algemeen Handelsblad* schreef Huizinga dat hij er later, als aan de zaak 'haar thans nog in hoofdzaak persoonlijke karakter zal zijn ontnomen', misschien nog eens op terug zou komen. Het is er niet meer van gekomen, want ruim een maand later was Huizinga dood. Op 24 december 1912, drie weken voor zijn overlijden, had Huizinga nog in een interview met het *Algemeen Handelsblad* uitgeweid over een urgent probleem waar de Geneeskundige Dienst mee kampte:

Het komt voor, aldus de eigen woorden van den directeur, dat als de zieken-auto aan een der gasthuizen komt, er geen enkel bed vrij is en de verongelukte naar het andere gasthuis moet worden gereden. Verleden jaar is het zelfs meer dan eens gebeurd, dat er voor zoo'n haast-geval in beide gasthuizen geen plaats was. Dan moest er heel wat gescharreld worden om hem of haar 'ergens' onder dak te brengen...

Is dat niet erg? Wij hebben den heer Huizinga ook gevraagd, wat naar zijn oordeel gedaan moest worden, om in dezen toestand verbetering te brengen.

– Er zou, verklaarde hij, reeds iets gewonnen zijn, als er voor de opname een centrale leiding kwam. Nu geven de directeuren der gasthuizen naar eigen inzicht het aantal vrije bedden op. Dat is wel eens minder dan de werkelijkheid. Zoo kan het voorkomen, dat er enkele bedden leeg staan, terwijl er 'sollicitanten' op straat loopen. Dan stelt het hooger onderwijs zijn eischen. 'Interessante' patiënten worden vaak langer gehouden dan noodig is. Er

zijn hier in Amsterdam teveel koninkjes met ieder hun eigen gebied. Centrale leiding en centraal toezicht zijn noodig.

Ook de opening van een paar eenvoudige extra inrichtingen op verschillende punten in de stad zou verlichting in de bestaande situatie kunnen brengen, opperde Huizinga nog. Maar hij liet het aan zijn opvolger over om het probleem van de ziekenhuisopnames daadwerkelijk te lijf te gaan.

DE PERIODE WORTMAN

Die opvolger was de Utrechtse ziekenhuisdirecteur J.L.C. Wortman, een autoriteit op het gebied van de ziekenhuisproblematiek. In historische beschouwingen over de Geneeskundige Dienst wordt over het directeurschap van Wortman (1913-1918) altijd opgemerkt dat Wortman 'onder moeilijke omstandigheden' werkte. Wat deze precies waren, blijft verder in het midden, maar het ligt voor de hand dat deze te maken hadden met de Eerste Wereldoorlog. Hoewel Nederland daarvan afzijdig bleef, gingen de oorlogsjaren bepaald niet ongemerkt voorbij. Ze brachten ook in ons land schaarste, ziekte en armoede. In Amsterdam dreigde dat te leiden tot een snelle toename van het aantal patiënten voor de geneeskundige armenzorg. Om dat te voorkomen is toen een regeling met de ziekenfondsen getroffen.

Het feit dat Wortman 'onder moeilijke omstandigheden' moest werken, heeft er ongetwijfeld aan bijgedragen dat er onder zijn bewind weinig van de grond is gekomen. Twee gebeurtenissen verdienen hier vermelding. In de eerste plaats had de Geneeskundige Dienst in de jaren tien al geregeld contact met de psychiatrische afdeling van het Wilhelmina Gasthuis over de tijdelijke opvang van psychiatrische patiënten voor wie niet dadelijk plaats was in de provinciale gestichten waar zij normaal gesproken werden ondergebracht. Toen in 1916 op het Wilhelmina Gasthuis de baan werd opgeheven van de psychiater die

deze zaken regelde, F.S. Meijers, zocht de gemeente voor hem een andere plek, om toch van zijn diensten gebruik te kunnen blijven maken. Zo kwam Meijers als 'psychiatrisch-neurologisch adviseur' voor halve dagen in dienst van de Geneeskundige Dienst. Omdat in de oorlogsjaren het vervoer van patiënten naar de provincie was lamgelegd, kreeg hij de beschikking over een barak voor zenuwzieken in de Wenslauerstraat. Na de oorlog werd die opgeheven en opende Meijers een consultatiebureau voor voorlichting en advies op psychiatrisch gebied. Dit was het begin van wat later zou uitgroeien tot een van de belangrijkste onderdelen van de Amsterdamse dienst: de afdeling Geestelijke Hygiëne.

Een tweede gebeurtenis die plaatsvond in de periode Wortman is de opening van een trachoompolikliniek. Die kliniek kwam er in mei 1918 in de Rapenburgerstraat, midden in de jodenbuurt, en viel onder de Geneeskundige Dienst. Het was ook een belangrijke kliniek: trachoom is een besmettelijke oogziekte die zonder behandeling vaak tot blindheid leidt en die massaal voorkwam onder de joodse bevolking van Amsterdam. Trachoom is een echte armoedeziekte, die in de loop der tijd endemisch was geworden in de overbevolkte achterbuurten en vervuilde sloppenwijken van het oude stadscentrum, waar veel arme joden woonden. Een rood oog heette in de stad dan ook een 'jodenoog'.

Vooraf in de negentiende eeuw was de situatie alarmerend



▲ Door trachoom aangetaste ogen (GAA).

geweest. Uit een in 1879 gehouden onderzoek kwam naar voren dat van alle joodse kinderen die openbare scholen bezochten, bijna de helft besmet was met trachoom. Onder de andere kinderen was dat minder dan één procent. Op de bijzondere scholen was het nog erger gesteld. Op een joodse bewaarschool in de Rapenburgerstraat, waar zo'n vijfhonderd kinderen tussen twee en zes jaar oud zaten, afkomstig uit de armste gezinnen, leed zelfs driekwart aan de oogziekte. Slachtoffers merkten als eerste dat zich kleine korreltjes vormden aan de binnenkant van de oogleden. In een later stadium wordt het hoornvlies aangestast en verhardt het bindvlies, waardoor de oogleden naar binnen krullen. Als gevolg daarvan strijken de oogharen langs het hoornvlies, iets wat uitermate pijnlijk is en slechts verholpen kan worden door een al even onaangename remedie: het uittrekken van de oogharen. Eenmaal in dit stadium beland, was trachoom nog maar moeilijk te behandelen, maar in een vroeg stadium was de ziekte zonder blijvende gevolgen te genezen, al was enig doorzettingsvermogen daarvoor vereist, want de behandeling was pijnlijk en langdurig.

Begin twintigste eeuw kon men voor de behandeling van trachoom en andere oogziekten op diverse plaatsen terecht. Er was een universitaire kliniek in het Binnengasthuis, later verhuisd naar het Wilhelmina Gasthuis; in 1874 was aan de Spinozastraat een aparte inrichting voor oogziekten geopend, de Spinozakliniek; en ook een aantal particuliere ziekenhuizen had een aparte polikliniek voor ooglijders. De joodse bevolking maakte van dit aanbod slechts mondjesmaat gebruik. Niettemin was het aantal trachoomlijders tegen het eind van de negentiende eeuw sterk gaan dalen. Onder controle was het probleem echter nog lang niet. Op initiatief van de Amsterdamse hoogleeraar oogheekunde M. Straub werd in 1914 een commissie ingestalleerd, die een onderzoek zou instellen naar het vóórkomen van trachoom en die maatregelen ter bestrijding zou voorstellen. In die commissie zaten de beide directeuren van de gemeentelijke diensten, Wortman en Ringeling, de schoolartsen en een groepje oogartsen onder aanvoering van Straub. Het on-

derzoek wees uit dat onder de joodse leerlingen van de lagere school nog bij negen procent trachoom gevonden werd, bij christelijke kinderen was dit ruim een half procent. Vergeleken met de bevindingen van 1879 was de situatie dus aanzienlijk verbeterd, maar de commissie achtte extra maatregelen nog altijd noodzakelijk. De aanbevelingen die zij deed, werden vrijwel in hun geheel door B & W overgenomen. Aan de Geneeskundige Dienst werd opgedragen om met behulp van één of meer oogartsen geregeld schoolonderzoek te doen, zodat trachoom in een vroeg stadium opgespoord zou worden. De dienst kreeg bovendien de opdracht een polikliniek te openen voor de behandeling van trachoom, en wel 'in het meest geteisterde stadsdeelte', de jodenbuurt. Daaraan waren ook wijkverpleegsters verbonden, die de ouders bezochten wanneer kinderen zich aan de behandeling onttrokken. Als dat niet hielp, konden de kinderen van school worden gestuurd. Al na een paar jaar viel een daling van het aantal nieuwe gevallen te constateren.

De komst van een gemeentelijke polikliniek voor trachoom is vooral de verdienste van Straub geweest. Straub overleed in 1916 en heeft de opening van de nieuwe polikliniek aan de Rapenburgerstraat dus niet meer meegemaakt, maar hij heeft er in voordrachten en verhandelingen niet-aflatend op aangedrongen dat de overheid maatregelen zou nemen tegen de endemisch heersende trachoom onder de arme joodse bevolking.

Dat directeur Wortman het initiatief een beetje aan anderen liet en zelf niet al te veel plannen ontwikkelde voor verdere uitbreiding van de Geneeskundige Dienst, kwam het gemeentebestuur in deze magere jaren waarschijnlijk nog niet zo slecht uit. Ernstiger was dat hij verzuimde het probleem aan te pakken waar Huizinga bij zijn vertrek in 1912 nog op had gewezen, namelijk de lange wachtlijsten voor ziekenhuisopname. Als kenner van het ziekenhuiswezen leek Wortman bij uitstek geschikt hiervoor een oplossing te vinden. Het pakte anders uit: in 1918 stonden er in Amsterdam nog altijd bijna zeshonderd patiënten op de wachtlijst om in een ziekenhuis te worden opgenomen. Naar aanleiding van deze hardnekkige kwestie werd nog dat

zelfde jaar door de gemeenteraad van Amsterdam een commissie ingesteld die een nieuwe reorganisatie van de Geneeskundige Dienst moest voorbereiden. Als rapporteur werd een van de ondergeschikten van Wortman aangezocht, de gemeentearst Louis Heijermans. Het is goed mogelijk dat de benoeming van deze commissie bedoeld was als een signaal aan Wortman dat de gemeente prijs stelde op zijn vertrek. In dat geval was de opzet geslaagd: eind 1918 aanvaardde Wortman een nieuwe baan. Hij werd opnieuw directeur van een ziekenhuis. Voor zijn opvolging waren er twee kandidaten: de sociaal-democraat Heijermans, en de directeur van de Utrechtse GGD, de confessioneel A. Schuckink Kool. Heijermans won met een gering verschil van stemmen. Dadelijk nadat Heijermans per 1 januari 1919 als opvolger van Wortman was benoemd tot directeur van de Geneeskundige Dienst, besloot de gemeenteraad om de commissie waarvoor Heijermans zou rapporteren, te ontbinden. Alle werkzaamheden werden aan Heijermans overgedragen.

4

DE DIENST VAN HEIJERMANS (1919-1937)

Progressieve liberalen hadden aan het eind van de negentiende eeuw een omwenteling teweeggebracht in het denken over gemeentepolitiek en gemeentebeheer. De fakkel werd in de twintigste eeuw overgenomen en opnieuw aangeblazen door de sociaal-democraten. Kort na 1900 maakten zij hun opwachting in de gemeenteraad, de vakbondsleider Henri Polak als eerste. Hij kreeg al snel gezelschap en na de Eerste Wereldoorlog groeide de SDAP zelfs uit tot de grootste partij in de Raad. De sociaal-democraten slaagden er tot op grote hoogte in om hun ideeën over de vernieuwing en hervorming van het gemeentelijk apparaat in de praktijk te brengen en vergrootten zodoende het gemeentelijk ingrijpen op een flink aantal terreinen van het maatschappelijke leven. Aan dit tijdperk zijn vooral de namen van de wethouders F.M. Wibaut en S.R. de Miranda verbonden. Zij waren de verpersoonlijking van de sociaal-democratische gemeentepolitiek en genoten landelijke bekendheid. Deze sociaal-democratische gemeentepolitiek beleefde in de jaren twintig haar *finest hour* en ontegenzeggelijk was Amsterdam het para-

depaard ervan. Wat hield zij in? Deze politiek, zo formuleerde Wibaut het op een partijcongres in 1919,

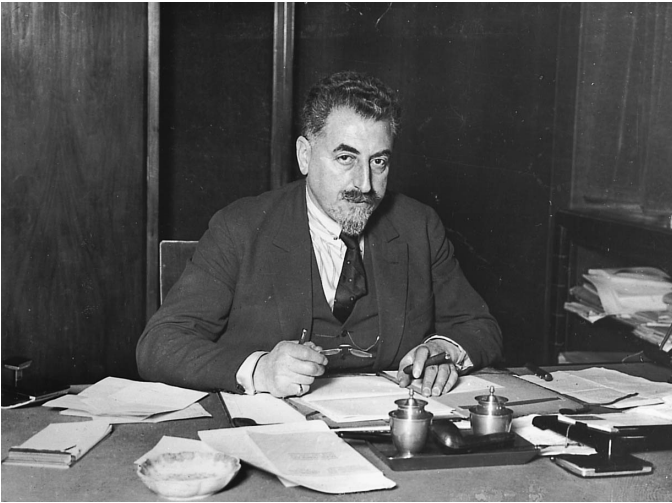
stelt zich ten doel het orgaan der gemeente meer en beter dienstbaar te maken tot het inrichten en beheren van allerlei instellingen ter voorziening in de behoeften der ingezetenen, waarbij gestreefd wordt naar het grootst mogelijke gerief voor de verbruikers en rekening wordt gehouden met hun economische positie.¹

Voorwaarde voor het welslagen van de sociaal-democratische gemeentepolitiek was dus het gemeenschappelijk beheer van bedrijven en instellingen, in het bijzonder voor zover deze voorzagen in de eerste levensbehoeften van de stadsbevolking. Het streven van de sociaal-democratische bestuurders richtte zich primair op twee van zulke behoeften: eten en wonen. Wethouder De Miranda maakte furore met zijn gemeentelijke levensmiddelenpolitiek, die ertoe leidde dat vlees, vis en andere levensmiddelen voor een deel via gemeentelijke kanalen gedistribueerd en in gemeentewinkels verkocht werden. Dit goedkope aanbod drukte de prijzen in de particuliere sector, waardoor ook hier goed voedsel voor grotere groepen betaalbaar werd. De ontwikkeling van een actief woningbouw- en huisvestingsbeleid was een tweede aandachtspunt. Vooral de jaren twintig werden gekenmerkt door een enorme bouwactiviteit, waardoor de ergste woningnood gelenigd werd. Ook hier kwam het beleid ten goede aan de minder bedeeden; door de verhuur van gemeentewoningen en de regulering van de particuliere woningmarkt werd het aanbod van goede en goedkope arbeiderswoningen sterk uitgebreid.

Het sociaal-democratische programma bleef niet tot deze terreinen beperkt. Ook in de grondpolitiek en het onderwijs roerden de socialisten zich, terwijl op het geneeskundige vlak de bevordering van de zuigelingenverzorging hoog in het rode vaandel stond. Verder was men in sociaal-democratische kring een warm voorstander van hygiënische opvoeding en voorlichting,

en maakte men zich sterk voor de oprichting van medisch-hygiënische voorzieningen ten behoeve van de arbeidersbevolking, zoals bad- en wasinrichtingen, en wijkverpleging. Ook de actieve huisvestingspolitiek had een gunstig bijeffect op de volksgezondheid. Zo was de grondige sanering van de oude jodenbuurt in de jaren twintig van cruciale betekenis voor de terugdringing van de oogziekte trachoom. Ze leidde ertoe dat veel joodse paupers en arbeiders de krotten in Uilenburg verruilden voor nieuwe volkswoningen in de Transvaalbuurt en omgeving.

De Geneeskundige Dienst heeft in de jaren twintig optimaal geprofiteerd van het bestuurlijke klimaat en is in deze jaren uitgegroeid tot een succesvol instrument van de sociaal-democratische gemeentepolitiek. Dat is in hoge mate het werk geweest van Louis Heijermans (1873-1938). Heijermans werd geboren in een joods gezin te Rotterdam, maar verruilde zijn geboortestad voor Amsterdam toen hij geneeskunde ging studeren. Als jonge dokter sloot hij zich aan bij de SDAP. Louis was niet de enige in het gezin die werd aangeraakt door de sociaal-democratische gedachte. Zijn oudere broer, de bekende toneelschrijver Herman Heijermans, was eveneens van de partij, net als zijn zus Marie. Haar werk – zij was kunstenares – viel regelmatig op feestelijke bijeenkomsten van de arbeidersbeweging te bewonderen. Zij schilderde onder andere een groot aantal portretten van kopstukken uit de beweging. Zijn andere zus, Ida, schreef pedagogische artikelen en kinderboeken in socialistische geest. Na zijn studie werkte Heijermans enige tijd in het Nederlandsch Israëlietisch Ziekenhuis aan de Nieuwe Prinsengracht, een inrichting speciaal bestemd voor het armlastige deel van de joodse bevolking. Daarna vestigde hij zich als huisarts in Watergraafsmeer, toen nog een zelfstandige gemeente. Na de opening van een nieuwe gasfabriek werd hij in die functie geconfronteerd met een reeks van gasvergiftigingen. Door dit voorval, zo verklaarde hij later, werd zijn interesse voor de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde gewekt. Hij legde zich op dit onderwerp toe en publiceerde in zijn jonge jaren veel over beroepsziekten en bedrijfshygiëne. In 1908 verscheen van zijn hand het lijvige



▲ Louis Heijermans (1873-1938) (GAA).

standaardwerk *Handleiding tot de kennis der beroepsziekten*. Vanaf 1909 was hij als privaatdocent in de bedrijfsgeneeskunde verbonden aan de Amsterdamse universiteit.

Heijermans was een sociaal-geneeskundige in hart en nieren. Uit al zijn werk blijkt zijn belangstelling voor de invloed van arbeids- en levensomstandigheden op ziekte en gezondheid, waarbij hij uiteraard een scherp oog had voor de betekenis van sociaal-economische klasse. Zijn sociaal-democratische overtuiging maakte hem een buitenbeentje in de medische stand en bracht hem geregeld in conflict met collega's. Dat gebeurde bijvoorbeeld bij zijn verdediging van de onderlinge arbeidersziekenfondsen, waar de meeste medici niets van moesten hebben, omdat zij zelf in deze fondsen nauwelijks zeggenschap hadden en ondergeschikt waren aan 'de willekeur van werklieden'. Hij verweet zijn collega's in dit soort kwesties dat zij slechts hun materiële eigenbelang najoegen. Maar al verwoordde hij daarmee niet bepaald een meerderheidsstandpunt, geheel alleen stond hij met zijn sympathieën niet. Met en na hem werkten

mensen als Ben Sajet (1887-1986) en Arie Querido (1901-1983) in dezelfde geest. Zij vormden eigenlijk de voortzetting van de negentiende-eeuwse hygiënische traditie met voormannen als Coronel en Sarphati. Politiek gezien hadden zij de overstap van liberalisme in zijn sociale variant naar sociaal-democratie gemaakt, maar in wezen was hun belangstelling voor de maatschappelijke omstandigheden waaronder ziekten zich voordoen gelijk gebleven. Hiermee is overigens geenszins gezegd dat het goed boterde in dit Amsterdamse sociaal-democratische driemanschap; zij waren het onderling vaak hartgrondig oneens.

De hoeveelheid werk die Heijermans verzette, is indrukwekkend. Hij heeft een zeer groot aantal publicaties op zijn naam staan, bevorderde de verspreiding van medische kennis en seksuele voorlichting onder arbeiders, verzorgde de medische rubriek in het socialistische dagblad *Het Volk*, had zitting in vele commissies, was bestuurslid van tal van instellingen en werd in 1931 voor de SDAP benoemd in de Provinciale Staten van Noord-Holland. Maar het grootste deel van zijn enorme werkkracht heeft Heijermans gewijd aan de Geneeskundige Dienst van Amsterdam, waarvan hij in 1919 directeur werd. Hij had toen al een lange staat van dienst, want al in 1903 was hij als gemeentearts aangesteld. De armen uit de Oosterparkwijk en de Dapperbuurt vielen onder zijn hoede. Daarnaast werkte hij als keuringsarts en als behandelend arts in het stedelijk armenhuis aan de Roetersstraat. Ook de buitengewone bevallingen werden meestal aan hem toegewezen. Als directeur van de Geneeskundige Dienst regeerde Heijermans met krachtige hand; 'mijn Dienst', zo placht hij te zeggen. Heijermans is wel omschreven als ijdel en autoritair, maar geen van zijn critici heeft het daarbij gelaten. Altijd was er ook een element van bewondering voor zijn grote kwaliteiten, en in de meeste gevallen overheerste die. Uit alle beschrijvingen komt Heijermans naar voren als een markante figuur, die men onmogelijk over het hoofd zag:

Zijn grijze kuif en puntig baardje, zijn scherpe ogen en hoge stem, zijn rake betoogtrant en vaak van humor en ook wel...

sarcasme tintelende opmerkingen, zijn steeds bij uitstek deskundig en zeer geargumenteerd voorgedragen oordeel, – dit alles stemt hem tot een opmerkelijke persoonlijkheid, aan wiens invloed men zich onmogelijk kan onttrekken als men het voorrecht heeft in zijn kring te verkeren,

zo schreef het *Algemeen Handelsblad* naar aanleiding van het vertrek van Heijermans als directeur.² Op dat moment, in 1937, zag de dienst van Heijermans er geheel anders uit dan bij zijn aantreden een kleine twintig jaar eerder.

EXPLOSIEVE GROEI

Onder leiding van Heijermans heeft de Geneeskundige Dienst een ongeëvenaarde groei doorgemaakt. Bij zijn aantreden in 1919 waren er een dikke tweehonderd medewerkers; halverwege de jaren twintig stonden er meer dan vijfhonderd mensen op de loonlijst, en daarmee was het eind nog niet bereikt. Deze groei is heel gevarieerd geweest. Sommige activiteiten zijn geweldig uitgebreid, zoals de zuigelingenverzorging en de schoolartsen. Andere groei was het gevolg van overname van wat eerder door particuliere verenigingen werd gedaan. Ook werd de hele Gezondheidsdienst opgeslokt door de dienst van Heijermans. Maar er zijn ook geheel nieuwe afdelingen opgericht, zoals een medisch-statistisch bureau en een psychotechnisch laboratorium. Heijermans moet zijn komst als directeur goed hebben voorbereid: direct al in het eerste jaar van zijn directoraat heeft de Geneeskundige Dienst allerlei nieuwe taken op zich genomen.

Een van zijn grootste successen heeft Heijermans geboekt met een maatregel die op het eerste gezicht weinig spectaculair lijkt, namelijk met een verandering in het systeem van ziekenhuisopname. Eerder werd al duidelijk wat volgens Huizinga in 1912 de voornaamste oorzaak was van de lange wachtlijsten van de ziekenhuizen. Huizinga meende dat de Amsterdamse medi-



▲ De opening van het opnamebureau van de Geneeskundige Dienst in 1919.

sche wereld te veel gekenmerkt werd door 'koninkjes met ieder hun eigen gebied': ziekenhuisdirecteuren en medisch hoogleraren die soms ook andere belangen hadden dan alleen maar een zo goed mogelijke medische zorg. Velen dachten er anders over: aan het eind van de jaren tien zijn er serieuze plannen ontwikkeld voor de bouw van een nieuw ziekenhuis, omdat alleen op die manier de wachtlijsten zouden kunnen verdwijnen.

Heijermans wist te bewijzen dat Huizinga gelijk had gehad. Hij slaagde erin om gedaan te krijgen dat alle macht over de ziekenhuisopname van gemeentepatiënten in één hand werd geconcentreerd: de zijne. In 1919 besloot de gemeenteraad dat geen enkele patiënt nog mocht worden opgenomen in een ziekenhuis op kosten van de gemeente zonder toestemming van de directeur van de Geneeskundige Dienst. De dienst kreeg een speciale nieuwe afdeling – de afdeling Controle en Melding – waar een aantal artsen zich uitsluitend bezighield met het op elkaar afstemmen van vraag en aanbod. Ziekenhuizen meldden daar het aanbod van vrije bedden; artsen vroegen daar opname van patiënten aan. De artsen van de Geneeskundige Dienst con-

troleerden in principe de medische noodzaak van al die opnameverzoeken. Voor spoedgevallen kregen de ziekenhuizen van de Geneeskundige Dienst een speciale machtiging.

Het nieuwe systeem werkte boven verwachting. Het aantal wachtenden voor de ziekenhuizen liep terug van tegen de zeshonderd patiënten bij Heijermans' aantreden tot zo'n dertig een jaar later. Slechts betrekkelijk weinig aanvragen tot ziekenhuisopname werden afgewezen (ongeveer zeven procent); vermoedelijk had de controle een sterk preventieve werking. Voordeel van het nieuwe systeem was ook dat huisartsen niet meer zelf hoefden te leuren met patiënten om te proberen ze ergens onder te brengen. De weerstand van de medische wereld tegen deze machtsusurpatie door de Geneeskundige Dienst lijkt betrekkelijk gering te zijn geweest – de gunstige gevolgen waren ook te onmiskenbaar. Het systeem betekende niet alleen een duidelijke verbetering van de geneeskundige zorg in de stad Amsterdam, maar ook een reusachtige kostenbesparing: de plannen voor de bouw van een nieuw ziekenhuis waren nu voor jaren van de baan. Voor de Geneeskundige Dienst was het eindsaldo eveneens positief: Heijermans hield er het nieuwe Controle- en Meldingsbureau aan over. De taken van dit bureau werden allengs uitgebreid, onder andere doordat de coördinatie van de eerste hulp bij ongelukken en het vervoer van zieken en gewonden hiernaar toe werden overgeheveld. Ook vragen om diverse toewijzingen werden vooraf door het bureau gecontroleerd, zoals verhuisverzoeken op medische indicatie en aanvragen voor gratis voedselverstrekking of financiële steun bij arbeidsongeschiktheid.

Een tweede nieuwe afdeling die dadelijk onder Heijermans' bewind werd geschapen, was een Medisch-Statistisch Bureau. Door nauwkeurige verzameling en analyse van medische gegevens zou het beleid van de Geneeskundige Dienst sterk verbeterd kunnen worden, zo was het idee. Het hoofd van dit nieuwe bureau zou tevens de functie krijgen van adjunct-directeur van de gehele Dienst. Zoals de centralisatie van de ziekenhuisopname de oplossing was van een reeds door Huizinga gesignaleerd

probleem, zo was ook de benoeming van een adjunct-directeur de vervulling van een wens die al door Huizinga was uitgesproken. Aan het eind van zijn loopbaan had hij geklaagd dat hij als directeur al het werk alleen moest doen, tot en met het schrijven van de kleinste briefjes. Ook toen was gedacht over de aanstelling van een adjunct-directeur, maar door Huizinga's vertrek was het er niet van gekomen. Degene die in deze dubbel-functie werd benoemd, was de statisticus C.J. Brenkman. Hij werd niet alleen hoofd van het Medisch-Statistisch Bureau en adjunct naast Heijermans, maar nam ook de redactie op zich van het in 1923 opgerichte *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* – onder een andere naam tot op de dag van vandaag het toonaangevende tijdschrift op het gebied waarop de G.G.&G.D zich beweegt. Brenkman gebruikte het tijdschrift onder andere om ieder kwartaal uitvoerige cijferreeksen en overzichten van zijn Medisch-Statistisch Bureau te publiceren. Geen enkele andere geneeskundige dienst in Nederland had een dergelijk bureau.

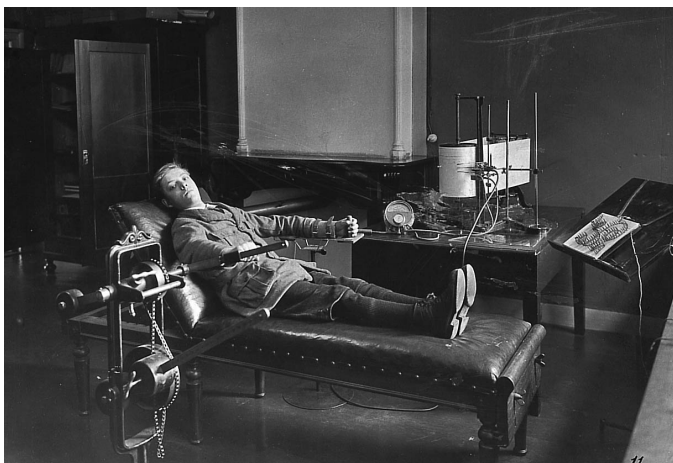
De benoeming van Brenkman tot adjunct-directeur in 1919 maakte deel uit van een meeromvattende reorganisatie, waarin Heijermans zijn Dienst verdeelde in een aantal afdelingen, die ieder een eigen 'leider' kregen. Regelmatig overlegde Heijermans met de nieuwe 'leiders' van de afdelingen. De invoering van een dergelijke organisatie was indertijd blijkbaar iets nieuws. *Het Volk* schreef op 1 november 1924:

aan het hoofd van de voornaamste afdelingen van den Dienst staan leiders, allen bekwame medici, die zich als het ware op hun terrein hebben gespecialiseerd. In dit verband willen wij ten slotte nog wijzen op het door dr. Heijermans ingestelde leiders-instituut, dat, voor zoover wij weten, aan geen enkelen anderen grooten gemeentedienst bestaat. Alle belangrijke zaken, den Dienst betreffende, worden door den directeur in regelmatig belegde vergaderingen met den leiders besproken. Dit van een democratischen geest getuigende overleg waarborgt naast een gezonde samenwerking een juisten opzet van datgene waartoe, in het belang en tot behoud der gezondheid van de bevolking, besloten wordt.

Halverwege de jaren twintig waren er tien afdelingen. Naast het al genoemde Controle- en Meldingsbureau en het Medisch-Statistisch Bureau waren er onder andere afdelingen voor geneeskundige armenzorg, voor controle op het ziekteverzuim van gemeentepersoneel, voor schoolartsen, voor zenuw- en geesteszieken en voor zuigelingenverzorging. Spoedig daarna kwam daar een nieuwe afdeling bij, een psychotechnisch laboratorium. Dat was een betrekkelijk ruime benaming voor iets wat de eerste jaren een eenmansonderneming is gebleven: een soort testbureau voor sommige gemeenteberoepen. Voor beroepen als politieagent of trambestuurder leek het zinvol om nieuwe kandidaten niet alleen te keuren op lichamelijk gebied maar ook op sommige psychische kenmerken. Op het psychotechnisch bureau beschikte men over de toentertijd modernste apparatuur voor het meten van psychologische grootheden zoals reactiesnelheid.

Geen nieuwe afdeling maar wel een nieuwe activiteit waarmee in 1920 werd begonnen, was de curatieve tandheelkunde. Stadspatiënten konden altijd al gebruikmaken van de tandheelkundige kliniek van de universiteit. De capaciteit daarvan was echter heel beperkt, en de behandeling van minvermogende patiënten bestond uitsluitend uit het trekken van tanden en kiezen. Onder Heijermans werd al snel een nieuwe tandheelkundige kliniek gesticht waar niet alleen werd getrokken maar ook gaatjes werden gevuld.

Het instituut van de schoolartsen werd onder Heijermans snel en fors uitgebreid. Al vóór Heijermans waren er naast schoolartsen ook schoolverpleegsters, die controleerden of de adviezen van de schoolarts wel daadwerkelijk door de ouders werden opgevolgd. Schoolartsen behandelden immers niet; zij moesten slechts onderzoeken of schoolkinderen misschien leden aan nog niet ontdekte kwalen. Het was vervolgens aan de ouders om al dan niet met hun zieke kinderen naar de eigen huisarts te gaan. Onder Heijermans kreeg iedere schoolarts de beschikking over een eigen schoolverpleegster. Vanaf 1921 kwamen de schoolartsen in volledige gemeentedienst en onderzocht de schoolarts niet alleen alle kinderen in de laagste en de



▲ Het psychotechnisch laboratorium.



▲ Schooltandheelkunde.

hoogste klas van de lagere school, maar ook nog een keer halverwege de schooltijd. In 1925 werd bovendien een begin gemaakt met schooltandheelkunde.

Naast al deze nieuwe werkzaamheden nam de Geneeskundige Dienst ook allerlei bestaande activiteiten over van andere gemeentediensten of van het particulier initiatief. Zo kreeg de dienst al dadelijk in 1919 de zorg voor de 'maatschappelijk ongeschikten', een groep van ongeveer vierhonderd mensen, voornamelijk epileptici en doofstommen, die merendeels waren ondergebracht in gestichten buiten Amsterdam. Het werd de taak van de psychiater van de dienst, F.S. Meijers, om opname, verblijf en ontslag van deze groep te regelen en te controleren, zoals hij ook voor geesteszieken deed. Vervolgens werden ook de maatschappelijk werksters die aan de Amsterdamse ziekenhuizen waren verbonden en tot dan toe bij particuliere verenigingen waren ondergebracht, overgenomen door de Geneeskundige Dienst. Hieruit groeide de afdeling Maatschappelijk Werk, die zich bekommerde om de achterblijvende gezinsleden wanneer de kostwinner of huismoeder in het ziekenhuis werd opgenomen. Een volgende uitbreiding kwam voort uit de vergroting van de gemeente Amsterdam. In 1921 annexeerde Amsterdam een aantal omliggende gemeentes, zoals Buiksloot, Nieuwendam, Ransdorp, Watergraafsmeer en Sloten. Dit betekende voor de Geneeskundige Dienst de opening van nieuwe zittingslokalen en de komst van ongeveer vijftig nieuwe personeelsleden. Ten slotte werden in 1923 de scholen voor achterlijke kinderen, die tot dan toe beheerd werden door particuliere verenigingen, overgenomen door de gemeente Amsterdam. De nazorg voor deze leerlingen werd een jaar daarna overgebracht naar de Geneeskundige Dienst. Daarmee was één ambtenaar gemoeid, die ervoor zorgde dat er geschikt werk werd gevonden voor de ongeveer honderd leerlingen die ieder jaar de betreffende scholen voor Bijzonder Onderwijs verlieten. Het ging dus lang niet altijd om grote aantallen mensen, maar ook de kleine inlijvingen zijn tekenend voor het expansieve karakter van de Geneeskundige Dienst onder Heijermans.

De belangrijkste overname van particulier initiatief betrof de zuigelingen­zorg. Een beperkte vorm hiervan bestond al bij de Geneeskundige Dienst sinds 1903. Hierop kwam omstreeks 1910 een aanvulling, toen ook de particuliere Amsterdamsche Vereniging voor Zuigelingen­zorg twee consultatiebureaus opende. Deze vereniging werd in latere jaren steeds meer door de gemeente gesubsidieerd. Ook de gemeentelijke zorg zelf breidde zich in deze jaren sterk uit en in 1919 startte bovendien een katholieke vereniging voor zuigelingen­zorg in Amsterdam. Na overleg werden in 1920 alle initiatieven samengevoegd en ondergebracht bij de Geneeskundige Dienst. De gemeenteraad bepaalde dat de gemeentelijke zuigelingen­zorg zich in het vervolg niet meer zou beperken tot de geneeskundig bedeel­den, maar zich zou uitstrekken tot alle inwoners van de stad die er prijs op stelden. Daarmee was een oude sociaal­democratische wens in vervulling gegaan. Uiteraard waren er voor arme kraamvrouwen wel extra voorzieningen. Zij konden bijvoorbeeld hun was tegen gereduceerd tarief in de gemeentelijke wasinrichting laten wassen. Wanneer zij zelf zoogden, konden ze melk krijgen en in noodgevallen een wiegje. Overeenkomstig het socialistisch programma werd op de consultatiebureaus bovendien bijzondere zorg besteed aan ongehuwde moeders en hun kinderen. Hoofdbestanddeel van die zorg was nog altijd de zoogpropaganda, aangevuld met andere adviezen over voeding en verzorging. Verpleegsters zagen toe op de naleving daarvan. Ook werden er moedercursussen gegeven. Behandelen deed men niet op de consultatiebureaus; in geval van ziekte of afwijkingen werden moeder en kind doorverwezen naar de huisarts.

De gemeentelijke zuigelingen­zorg kon zich verheugen in een groeiende populariteit. In 1920 stond ongeveer tien procent van alle Amsterdamsche zuigelingen onder controle van de Geneeskundige Dienst; tien jaar later was dat meer dan de helft.

De kroon op al deze nieuwe activiteiten was een nieuw hoofdbureau. De dienst was al jarenlang te groot voor het kantoor op de Kloveniersburgwal. Grote delen waren daarom ondergebracht in drie panden op de Keizersgracht (de nummers 646-



▲ Het consultatiebureau voor zuigelingen aan het Waterlooplein.



▲ De wachtkamer van het consultatiebureau aan het Waterlooplein.



▲ De moedercursus.

650). De situatie was daar ronduit beroerd: personeel werkte er in badkamers en souterrains, en behoorlijke wachtkamers ontbraken. Daar kwam bij dat de directie slecht toezicht kon houden op deze afgescheiden delen van de dienst. Heijermans vond dat niet 'efficiënt' en wilde alle vitale onderdelen bijeenbrengen in één centraal kantoor. In 1921 werd die wens gehonoreerd en besloot de gemeenteraad tot de bouw van een nieuw Centraal Bureau aan de Nieuwe Achtergracht, op het terrein van de gesloopte bierbrouwerij 't Haantje. In 1924 was het gebouw klaar. Het was een fraai pand geworden, dat met zijn vloeiende vormen en afgeronde hoeken gebouwd was in de stijl van de Amsterdamse School. Aanvankelijk telde het drie verdiepingen, maar wegens ruimtegebrek is er een paar jaar later nog een vierde bovenop gezet. Vanbinnen was het gebouw voorzien van moderne snuffjes, zoals centrale verwarming, een lift en een rechtstreekse telefoonverbinding met politie en brandweer, het stadhuis, de ziekenhuizen en de zittingslokalen. Maar het was vooral de aankleding van het Centraal Bureau die opzien baarde. Daar was duidelijk zorg aan besteed: in het trappenhuis wa-

ren glas-in-loodramen aangebracht, terwijl de centrale hal, de wachtruimtes en de directeurskamer waren verfraaid met wand-schilderingen en beeldhouwwerken. Ondanks deze rijke versiering waren de kosten niet uit de hand gelopen. Bij de inrichting waren zoveel mogelijk oude meubelen gebruikt, terwijl de muurschilderingen waren gemaakt door werkloze kunstenaars, die uit een speciaal fonds werden betaald. Ten behoeve van de vergaderzaal, de directeurskamer en de kantoren van de leiders had het Stedelijk Museum bovendien enkele schilderijen in bruikleen afgestaan. Het pleit zeer voor de gemeente Amsterdam dat zij er kennelijk belang in stelde dat het hoofdkantoor van de geneeskundige bedeling een stijlvolle en aantrekkelijke aanblik bood. Helaas zijn de meeste oorspronkelijke decoraties in de loop der tijd kwijtgeraakt, door verbouwing verloren gegaan of anderszins verdwenen.

Op 10 mei 1924 werd het nieuwe gebouw door de burgemeester geopend. Ten overstaan van een groot aantal genodigden onthulde hij tevens een bronzen plaquette van de eerste directeur, J. Menno Huizinga, die in de wand was aangebracht. In de



- ▲ Het hoofdgebouw aan de Nieuwe Achtergracht, nog zonder de in 1926 toegevoegde vierde verdieping.



- ▲ De wachtkamer voor het consultatiebureau in het hoofdgebouw was een van de vele ruimtes die met wandschilderingen waren verfraaid.

kranten verschenen dezelfde avond lovende berichten over het hoofdkantoor. *De Telegraaf* beschreef het als ‘het mooiste dienstgebouw van de hoofdstad’. De *Nieuwe Rotterdamsche Courant* roemde de ‘eenvoud en de groote kunstzinnigheid, waarmede bouwmeesters en sierkunstenaars hebben samengewerkt om een buitengewoon mooi geheel tot stand te brengen’. Heijermans en zijn mensen waren niet de enigen die in deze fraaie omgeving hun intrek namen. Zij deelden het pand met de Amsterdamsche Vereeniging tot Bestrijding der Tuberculose, aan wie een groot deel van de benedenverdieping was verhuurd en die ook elders in het gebouw nog ruimte had. De tuberculosebestrijding was om subsidietechnische redenen formeel onafhankelijk van haar huisgenoot, die toen al niet meer de Geneeskundige Dienst heette, maar de *Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst*. Deze nieuwe naam verwijst naar de uitbreiding onder Heijermans die nog maar net zijn beslag had gekregen, en die belangrijk genoeg is voor een aparte paragraaf.



▲ Onderzoekskamer aan de Nieuwe Achtergracht.

OVERNAME VAN DE GEZONDHEIDSDIENST

Amsterdam kende in het begin van deze eeuw naast de Geneeskundige Dienst ook de in 1893 opgerichte Gezondheidsdienst. Vanaf 1923 bestond er nog maar één dienst: de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst, de GG&GD. Het lijkt een fusie van Geneeskundige Dienst en Gezondheidsdienst, maar in feite werd de Gezondheidsdienst, of althans wat daar toen nog van over was, opgeslokt door de dienst van Heijermans.

Al vóór 1923 was Heijermans ermee begonnen stukjes van de Gezondheidsdienst af te knabbelen. In het eerste hoofdstuk schreven we al dat de Gezondheidsdienst sinds 1916 beschikte over een quarantaine-inrichting in het uiterste oosten van Amsterdam, Zeeburg. Als de Gezondheidsdienst op een binnenkomend schip een gevaarlijke besmettelijke ziekte aantrof, konden de opvarenden op Zeeburg in isolatie worden gehouden. In de praktijk werd Zeeburg echter nauwelijks als quarantainestation gebruikt en al in 1919 ging Zeeburg over naar de Geneeskundi-

ge Dienst, met uitzondering van de periodes waarin er toch onverhoopt quarantainemaatregelen noodzakelijk waren. Heijermans liet er een aantal nieuwe barakken neerzetten, zodat de capaciteit van Zeeburg uitgroeide van enkele tientallen tot enkele honderden bedden. De inrichting werd aanvankelijk onder andere gebruikt voor het opvangen van ondervoede kinderen uit het naoorlogse Duitsland en Oostenrijk die in Amsterdam kwamen aansterken; eerst werden zij ontluisd en ontsmet op Zeeburg. De kranten schreven over de honderden kinderen in de barakken die de verveling verdreven door het zingen van liedjes als 'Röslein auf der Haide' en 'Ich weiss nicht was soll es bedeuten, dass ich so traurig bin'. Heijermans vertelde aan het *Handelsblad* dat Zeeburg nu door zijn dienst werd beheerd omdat de taakverdeling tussen Geneeskundige Dienst en Gezondheidsdienst inmiddels zo was geregeld dat de Geneeskundige Dienst zich bezighield met levende wezens, en de Gezondheidsdienst met dode materie (voedselcontrole, ontsmetting van gebouwen en dergelijke).

Zonder slag of stoot was de overname van Zeeburg zeker niet verlopen. Op 18 mei 1920 stond in het *Handelsblad* een ingezonden brief van de directeur van de Gezondheidsdienst, H.G. Ringeling, waarin hij protesteerde over de eerdere berichtgeving in het *Handelsblad*:

De 'juiste grensafbakening tusschen de verschillende diensten' (Gemeentelijke Gezondheidsdienst en Gemeentelijke Geneeskundige dienst) n.l. dat de eerste dienst zich meer zou beperken tot de doode materie; tot het onderzoek van levensmiddelen enz., en dat deze afbakening 'na wederzijdsche voldoening' verkregen zou zijn, is zuiver een revolutionaire fantasie van den Heer Heyermans,

aldus Ringeling, die uitlegde dat de Gezondheidsdienst zich bezighield met het bestrijden van besmettelijke ziekten, en dat impliceert natuurlijk ook bemoeienis met de zieken zelf, dat wil zeggen met levende materie, met patiënten. En, zo besloot de

directeur van de Gezondheidsdienst zijn ingezonden brief: 'Op het "na wederzijdsche voldoening" zal ik hier maar niet ingaan; dat weet de heer Heyermans wel beter.'

Kort daarna, op 28 mei 1920, verscheen in *De Telegraaf* een artikel met als kop 'Harmonieuze samenwerking'. 'Allerzonderlingst' en 'afkeurenswaardig', zo typeerde de krant de ingezonden brief van Ringeling. Het blad vroeg zich af 'of het toelaatbaar is dat een hoofd van een gemeentelijken tak van dienst een collega in het openbaar een hak tracht te zetten en in de pers een relletje tegen dien collega begint'. De journalist besloot het artikel met de insinuerende vraag of 'dr. Ringeling nog niet den tijd gekomen [acht] om heen te gaan'. Dat vond Ringeling niet, maar zijn dienst bleef wel terrein verliezen.

In 1920, een jaar na de overname van Zeeburg, pakte de Geneeskundige Dienst opnieuw een stukje van de Gezondheidsdienst af. De Gezondheidsdienst was van oudsher verantwoordelijk voor het vervoer van lijders aan besmettelijke ziekten. De Geneeskundige Dienst was verantwoordelijk voor het verlenen van eerste hulp bij ongelukken en beschikte over ambulances. Vanaf 1920 werd al het vervoer van zieken en gewonden ondergebracht bij de Geneeskundige Dienst. Een grotere slag werd de Gezondheidsdienst het jaar daarop toegebracht. De nieuwe Warenwet verplichtte namelijk de gemeentes tot het instellen van een Keuringsdienst van Waren en in 1921 werd in Amsterdam deze zelfstandige voorziening in het leven geroepen. Voor de Gezondheidsdienst was dat een zware aderlating, want de keuring van levensmiddelen vormde de hoofdmoot van haar werkzaamheden.

En alsof ook deze amputatie nog niet voldoende was, werd vervolgens het restant van de Gezondheidsdienst in 1923 ondergebracht bij de dienst van Heijermans. Directeur Ringeling werd benoemd tot algemeen adviseur in gemeentelijke dienst. Het enige protest tegen deze hele operatie was afkomstig van het communistische gemeenteraadslid David Wijnkoop, die zich afvroeg of deze nieuwe functie voor Ringeling niet een verkapte gouden handdruk was, en of voor een overbodig gewor-

den werkmán een even ríante regeling getroffen zou zín.

Bepaalde taken van de Gezondheidsdienst werden ondergebracht bij al bestaande afdelingen. Zo vond het hygiënisch schooltoezicht, dat onder Ringeling had geressorteed, onderdak bij het geneeskundig schooltoezicht, dat onder verantwoordelijkheid viel van de Geneeskundige Dienst. Maar de grote romp van de Gezondheidsdienst werd onder Heijermans tot een aparte afdeling binnen de GG&GD, de afdeling Volksgezondheid. De oude taken – bestrijding van besmettelijke ziekten, epidemiologie, laboratoriumonderzoek, controle van drink-, bad- en zwemwater, sanitair toezicht – werden hier voortgezet. Ook de gemeentelijke poliklinieken voor de bestrijding van trachoom, geslachtsziekten, favus (hoofdzeer) en lupus (chronische huidtuberculose waardoor vooral in het gezicht verminkingen ontstaan) bracht Heijermans hier onder. Aanvankelijk telde deze afdeling ongeveer dertig medewerkers, veel minder dan er bij de Gezondheidsdienst hadden gewerkt. Die inkrimping was het gevolg van een buitengewoon hardhandige ingreep die nauwelijks de aandacht heeft getrokken. De Gezondheidsdienst had namelijk behalve deze dertig medewerkers ook nog meer dan honderd ontsmetters in dienst. Zij hielden zich vooral bezig met het ontsmetten van de woningen, de kleren en het bed



- ◀ Een lupuslijder. De verminkingen werden in de polikliniek behandeld met een soort hoogtezon (de ‘finslamp’).

dengoed van lijders aan besmettelijke ziekten. Bij de overname door de Geneeskundige Dienst hebben honderd ontsmetters hun baan verloren. Zij zijn op wachtgeld gezet of hebben elders werk gevonden. De weinige overgebleven ontsmetters hielden zich eigenlijk alleen nog maar bezig met het bestrijden van raten op binnenkomende schepen.

Deze drastische maatregel was een aanpassing aan nieuwe wetenschappelijke bevindingen, verklaarde Heijermans. Die leerden namelijk dat besmettelijke ziekten vrijwel nooit door levenloze voorwerpen werden overgedragen. Veel ziektekiemen konden buiten het lichaam niet eens in leven blijven. Het gebruik van ontsmettingsovens en de praktijk van huisontsmetting waren even zinloze als dure rituelen. Men hield ze in stand op grond van verouderde denkbeelden, of uit gewenning, omdat het publiek na jarenlange opvoeding nu eenmaal de lucht van lysol of carbol in de ziekenkamer wilde. Maar eigenlijk was het lachwekkend om 'den ontsmetter met ernstig gelaat een gaskroon te zien afvegen met een natten lap, in de meening, dat hij hiermede een goed werk deed voor de gemeenschap'.³ Het werd tijd om tot de 'nuchtere werkelijkheid' terug te keren en zich in de strijd tegen besmettelijke ziekten te richten op de voornaamste bron van besmetting: de bacillendragers. Isoleren en waar mogelijk immuniseren en vaccineren, waren de nieuwe credo's. Deze omslag was, aldus Heijermans, ook de reden voor de samenvoeging van Gezondheidsdienst en Geneeskundige Dienst, want waar Ringeling de middelen en de mensen voor de nieuwe bestrijdingswijze miste, kon Heijermans beschikken over zittingslokalen, poliklinieken en geneeskundig personeel. Heijermans had gelijk: nieuwe bacteriologische kennis ondermijnde de gedachte achter de algemene huisontsmetting en de afschaffing ervan was dan ook een maatregel die in de lucht hing. Maar in zijn eigen werkkring was hij er vroeg bij. In bijvoorbeeld Groningen, waar een veel behoudender directeur aan het roer stond van de Gezondheidsdienst, is men tegen de heersende trend in nog tot in de jaren dertig doorgegaan met algemene ontsmettingen.



▲ Huisontsmetting.

De overname van de Gezondheidsdienst was een belangrijke stap vooruit op de weg die Heijermans was ingeslagen. Zijn eigen Geneeskundige Dienst was van oorsprong uitsluitend bedoeld voor geneeskundige armenzorg, de medische behandeling van geneeskundig bedeeden. Door de gestage uitbreiding van werkzaamheden was deze oorspronkelijke opzet al verbreed

en was de Geneeskundige Dienst bezig uit te groeien tot een meer algemene sociaal-geneeskundige voorziening in de stad. De nadruk verschoof daarmee van curatieve zorg langzaam in de richting van preventie. Onder Heijermans wist de Geneeskundige Dienst haar preventieve taken – zuigelingenzorg, schoolartsen – sterk uit te breiden. Met de overname van de Gezondheidsdienst slaagde hij er zelfs in om alle gemeentelijke preventieve zorg binnen te halen. Preventie – het voorkómen van ziekten – was van oudsher de centrale taak van de Gezondheidsdienst. Deze koerswijziging was natuurlijk niet iets wat aan de aandacht van Heijermans ontsnapte. Sprekend over de geschiedenis van ‘zijn Dienst’, zei hij in 1923: ‘langzamerhand en steeds meer werd de behandeling der geneeskundig bedeeden slechts een onderdeel, zij het dan ook een zeer belangrijk onderdeel, en groeide de taak van dezen dienst uit tot een sociaal-hygiënische en sociaal-geneeskundige, waarbij het preventieve karakter op den voorgrond kwam’.⁴ Dat was niet zomaar een ongerichte ontwikkeling, het was iets waar Heijermans zelf systematisch naar toe had gewerkt. En naar toe zou blijven werken, want de preventieve geneeskunde kwam bij hem voorop te staan. Aan haar was de toekomst, zo voorzag Heijermans.

WAARDERING EN EEN BEETJE KRITIEK

Heijermans heeft in de jaren dat hij directeur was niet alleen de uitbreiding van zijn dienst krachtig ter hand genomen, hij heeft er ook steeds voor gezorgd dat alle verbeteringen voor het grote publiek goed zichtbaar waren. Daartoe onderhield hij nauwe betrekkingen met de pers.

Neem bijvoorbeeld de ambulances. Toen Heijermans directeur werd, bezat de Geneeskundige Dienst drie auto’s; een verzameling die in het begin van de jaren twintig uitgroeide tot zeventien auto’s en vier boten. Bij de opening van een nieuwe garage in de Kerkstraat nodigde Heijermans de pers uit om zijn nieuwe auto’s te komen bezichtigen. ‘De motoren lopen abso-



▲ De ambulanceboot in actie.

luut geruischloos. Bij wijze van proef werd een der motoren aangezet, wat in de ruime raisonnerende hal niet te hooren was,' meldde *De Telegraaf* op 1 maart 1920. Toen de dienst zijn eerste ambulanceboot kreeg, mocht de pers een keer meevaren.

Hoe sierlijk de ambulanceboot er ook uitziet, van luxe is geen sprake. Alles is hoogst eenvoudig en praktisch ingericht. (...) Een bijzondere eigenschap van deze boot is, dat zij – zelfs als met de maximum snelheid gevaren wordt – nagenoeg niet trilt. Toen zij in een 18 K.M. vaartje het IJ doorkliefde, strekten wij ons voor enkele oogenblikken uit op een der brankards. Van eenige hinderlijke trilling was geen sprake en een glas water, dat op een tafeltje naast de brankard stond, vertoonde geen rimpeltje.

Aldus *Het Volk* van 5 februari 1921. De journalisten van andere kranten waren eveneens onder de indruk. En zo ging het steeds. Opende de dienst ergens een nieuwe kliniek, dan leidde Heijermans de verzamelde pers persoonlijk rond; was de renovatie van Zeeburg voltooid, dan waren de journalisten hartelijk welkom om een kijkje te komen nemen. Men krijgt de indruk dat Heijermans niet alleen zijn dienst maar ook de pers goed onder controle had. Massaal en welhaast unaniem was de lof die Heijermans oogstte. Juist daarom zijn ook de zeldzame tegenstemmen interessant. Nadat Heijermans de auto's met de 'absoluut geruischloze motoren' in de nieuwe garage in de Kerkstraat had laten zien, verscheen er een zuur stukje in een blaadje met de veelzeggende naam *De Controleur*:

dr. Heijermans sprak bij die gelegenheid de schoone woorden uit, dat Amsterdam, wat het ziekentransport betreft, thans op de spits staat van heel Europa, zoo niet van de heele wereld. Wij kunnen ons voorstellen, dat directeur Heijermans erg in zijn schik is met zijn nieuwe autotjes. Als hij Zondags naar het Gooi wil gaan met zijn familie, is er altijd een tot zijn beschikking. Zondag voor 14 dagen had hij zelfs twee wagens noodig voor zoo'n privé-tochtje. Dat zijn Amstels bedrijfshoofden nu zooal gewend.⁵

De verdachtmaking paste wonderwel in het politiek profiel van het tijdschrift. Ooit begonnen als spreekbuis voor vrijdenkers en utopisch socialisten, was het blad in de loop van zijn bestaan van kleur verschoten. In de tijd van dit citaat verkeerde het in een sterk anti-socialistische fase; nog weer later kwam het in nationaal-socialistisch vaarwater terecht. Vergelijkbare klachten over Heijermans' vermeende misbruik van gemeentemateriaal zijn verder nergens te vinden.

Interessanter is wat de communistische *Tribune* schreef over het nieuwe hoofdbureau op de Nieuwe Achtergracht: 'een zoo ruim mogelijk en royaal ingericht gebouw, dat overal smaakvol en hier en daar zelfs artistiek is gedecoreerd en gemeubileerd'.

Met dit oordeel sloot de *Tribune* zich aan bij de overige persstemmen. Maar, zo vroeg de *Tribune* zich af, wat betekent een dergelijk ‘paleis’ nu eigenlijk ‘in een stad, waar een deel van het volk woont in holen en krotten en kelders’? Daar had de krant een opmerkelijk antwoord op gevonden:

zoals de lijfeigenen der middeleeuwen uit hun hutten van klei en zoden overweldig werden door de pracht en praal der kerken en kathedralen, waarheen ze optogen en diep bewust werden gemaakt van de majesteit van pausen en kardinalen en bisschoppen, zoo dient het besproken gebouw tot overweldiging van de kelder- en éénkamerbewoners, van de armen uit de ratenhollen, door de majesteit van het gezag, van het ambtenaren-
dom, dat zich toch zoo goedgunstig en neerbuigend met hun lot wil bezig houden. (...) En we bedenken, hoe een Pasteur en andere groote geleerden hun grootschen arbeid vaak wrochtten op zolders en in primitieve laboratoria met eigen gemaakte hulpmiddelen, welke ze vaak nog met anderen moesten deelen. (...) En we gevoelen, dat zulk een gebouw met zulk een inrichting, zulk een zeldzame bloem in het moeras onzer samenleving, een fooi is, een douceurtje, dat de kapitalistische wereld toewerpt aan haar knechten, aan de ambtenaren, opdat ze haar beter de hielen zullen likken.⁶

Zo kun je het ook zien. Maar helaas voor de *Tribune* lieten de arme Amsterdammers zich graag verleiden door de luister van het hoofdkantoor. De dienst genoot grote bekendheid en de publieke waardering ervoor was hoog. In de periode Heijermans stond de GG&GD dicht bij de Amsterdamse bevolking. ‘De Achtergracht’ werd onder arbeiders en kleine middenstanders een begrip. Iedereen wist zonder verdere uitleg dat daarmee de GG&GD werd bedoeld.

Voor zover ze er waren, heeft Heijermans altijd snel gereageerd op aanvallen op zijn dienst in de pers. Op één punt is door de jaren heen steeds terugkerende kritiek geweest. Dat was het feit dat het vaak lang duurde voordat ambulances van de



▲ De ambulances van de GG&GD opgesteld op het Amstelveld.

dienst ter plaatse waren. Iedere keer als iemand zich in de krant beklaagde over het feit dat het vaak meer dan een uur duurde voordat er een ambulance arriveerde bij iemand die bewusteloos op straat had gelegen, verscheen er de daarop volgende dag een stukje van Heijermans waarin hij uitlegde dat mensen die bewusteloos worden gevonden, vaak vanzelf weer bijkomen. De meldkamer wachtte daarom altijd enige tijd voordat er een ambulance werd gestuurd. Bovendien beschikte de dienst lang niet over voldoende auto's om bij iedere melding automatisch te kunnen uitrukken. Daar zat wat in, maar de klachten over de traagheid van de ambulancedienst zijn er nooit door weggenomen.

Naar andere negatieve geluiden zoekt men eigenlijk tevergeefs. Als gezegd was men in de pers in het algemeen zeer goed te spreken over de voortvarendheid en het organisatietalent van Heijermans en was men het erover eens dat zijn dienst voortreffelijk werk verrichtte. Het was dan misschien geen goedkope voorziening, maar een betere besteding van belastinggeld

kon men zich moeilijk voorstellen. Bij het 25-jarig jubileum in 1928 – men rekende op dat moment nog niet vanaf de benoeming van Huizinga in 1901, maar vanaf de nagenoeg totale vernieuwing van het personeelsbestand in 1903 – werd de dienst gefeliciteerd in het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, en wel door de man die indertijd door Heijermans was gepasseerd als nieuwe directeur, A. Schuckink Kool. Hij meende dat de Amsterdamse dienst als prototype kon gelden van gemeentelijke geneeskundige verzorging. ‘De geneeskundige dienst van Amsterdam is niet alleen de oudste in Nederland,’ schreef Kool, ‘hij is ook de voornaamste, de uitgebreidste, de best geoutilleerde, hij is een voorbeeld en gangmaker voor andere.’⁷

Dat was hij inderdaad. Het Amsterdamse model fungeerde als een blauwdruk die door veel andere gemeentes ten voorbeeld werd genomen. Die koppositie werd door Heijermans uiteraard gekoesterd. De vele verzoeken om inlichtingen die hem bereikten, zetten hem aan tot het schrijven van zijn *Gemeentelijke gezondheidszorg in Nederland*, dat in 1929 verscheen. Het boek was een omvangrijke handleiding voor provinciale staten, gemeenteraden en gezondheidscommissies die op het gebied van de sociale hygiëne wegwijs wilden worden. Heijermans ging hen graag voor. Niet alleen in Nederland stond ‘zijn Dienst’ model voor de gemeentelijke overheidszorg op het gebied van de volksgezondheid, ook internationaal had de instelling een reputatie. Regelmatig kwamen er buitenlandse deskundigen en delegaties om de organisatie van de Amsterdamse GG&GD van nabij te bestuderen. Hoger in aanzien dan rond het midden van de jaren twintig zou de dienst nooit reiken.

IEDEREEN IN HET ZIEKENFONDS?

De lof in de pers voor de dienst had ook betrekking op datgene wat ondanks al zijn uitbreidingen nog steeds zijn voornaamste activiteit was: de geneeskundige armenzorg. Deze zorg was zo langzamerhand zo goed geworden dat zij uit begon te steken

boven de medische zorg die geboden werd door de ziekenfondsen. Al eerder, tijdens de discussies over de Geneeskundige Dienst aan het begin van deze eeuw, was erop gewezen dat ook de gemiddelde ziekenfondspatiënt te maken had met overvolle wachtkamers en artsen die nauwelijks tijd voor hun patiënten hadden, maar tegelijkertijd ging iedereen er als vanzelfsprekend van uit dat de geneeskundige armenzorg altijd achter zou blijven bij de medische zorg voor de maatschappelijke laag die daar net boven stond. Zo hanteerde de Geneeskundige Kring in haar rapport over de geneeskundige armenzorg van 1901 als vuistregel dat de kosten per gemeentepatiënt ongeveer de helft zouden moeten bedragen van de kosten voor een ziekenfondspatiënt. De voorstellen van de gemeente en de Geneeskundige Kring ontliepen elkaar indertijd financieel niet erg veel; men mag aannemen dat na de reorganisatie van 1903 het bedrag voor de gemiddelde geneeskundig bedeelde ongeveer de helft bedroeg van de doorsnee ziekenfondspremie.



- ▲ Het zittingslokaal aan de Eerste Helmersstraat werd geopend in 1932 en was van allerlei moderne snufjes voorzien. Op de derde verdieping was een solarium ingericht voor licht- en bestralingstherapie.

Deze situatie was begin jaren twintig wezenlijk veranderd. De geneeskundige armenzorg begon per patiënt duurder te worden dan de ziekenfondszorg. En nog duidelijker was het verschil in kwaliteit. Iedereen was het erover eens dat gemeentepatiënten in het algemeen beter af waren dan leden van een ziekenfonds. In een artikelenserie in *Het Volk* werd uitgebreid stilgestaan bij het verschil in armslag van de gemeentearts en de ziekenfondsarts, ook wel busdokter geheten:

De praktijk van de gemeentearts komt uiterlijk heel veel overeen met die van den busdokter. Zijn patienten zijn voor het grootste deel nog iets slechter gesitueerd, ze komen eveneens in hele grote aantallen zijn spreekuren bezwermen en ze hebben een aantal vooroordelen tegen hem en zijn behandeling, die merkwaardig veel overeenkomst vertonen met die van de klanten der busdokter. Alleen zijn ze meestal wat onverzoenlijker, omdat ze gratis geholpen worden. Dat ligt zo in den aard van de menselijke gevoeligheid naar het schijnt.

Toch kan het werk van een gemeentearts, als hij zelf iets voelt van de grote verantwoordelijkheid, die zijn ambt hem oplegt, heel wat mooier, heel wat vruchtbaarder zijn, dan dat van de 'vrije' dokter uit de buspraktijk. Want zo overladen als deze laatste, is hij bij lange na niet en hij beschikt over belangrijke hulpbronnen, over een macht ook, waarvan z'n kollega verstoken is. En al is desalniettemin de funktionering van de gemeentelijke dienst misschien nog niet ideaal, dit neemt niets weg van het feit, dat inderdaad het werken van een dokter in gemeentedienst oneindig veel meer resultaten afwerpt, dan dat in 'het vrije bedrijf'.

Want, aldus de journalist van *Het Volk*:

de gemeentearts heeft niet te versmaden aantrekkelijkheden. Oordeelt hij iemand zwak, dan volstaat hij niet met de lege frase: 'u moet melk drinken en eieren eten', een raad die ongetwijfeld uitnemend is, maar voor de meeste arme patienten ietwat onuitvoerbaar. De gemeentearts schrijft een briefje en de zwakke

patient *drinkt* melk en *eet* eieren, zonder dat het hem de schrale beurs nog meer bezwaart.⁸

Daarbij kwam nog dat de gemeentearts altijd beschikte over de hulp van een verpleegster, kon verwijzen naar een wekelijks gratis zuigelingenspreekuur en vele dingen meer. Dit alles leidde tot de eigenaardige omstandigheid dat een ziekenfondslid dat tot armoede verviel er wat geneeskundige verzorging betreft alleen maar op vooruitging. Volgens de journalist van *Het Volk* zou deze eigenaardige ontwikkeling er in de toekomst stellig toe leiden dat de ziekenfondsen zouden verdwijnen en dat er goede medische overheidszorg voor iedereen zou komen. Dat was echter nog maar de vraag. Al in de jaren twintig gingen er veel stemmen op die pleitten voor het omgekeerde, namelijk de opheffing van de geneeskundige armenzorg door alle geneeskundig bedeelden op te nemen in het ziekenfonds. Er was wetgeving in voorbereiding die in deze richting ging, maar hierin zat decennialang geen enkel schot. Door obstructie van de medici, politieke onenigheid en economische crisis lukte het de Nederlandse overheid in de jaren twintig en dertig niet de 'ziekenfondskwestie' af te handelen.

Niet alleen op het niveau van nieuwe wetgeving, maar ook elders werd er gemorrelt aan het fundament van de geneeskundige armenzorg. Zo betoogde de sociaal-democratische huisarts Ben Sajet in het tijdschrift *Sociale Voorzorg* dat het naast elkaar bestaan van twee gescheiden circuits voor medische behandeling van bedeelden en ziekenfondspatiënten leidde tot allerlei overlappingsen en onpraktische situaties. Hij bepleitte daarom opheffing van de stigmatiserend werkende geneeskundige armenzorg. In plaats daarvan zou er één stelsel van medische zorg moeten komen voor alle niet-particuliere patiënten, die immers allemaal min of meer dezelfde behoeften hadden. Dit artikel leidde tot een langdurige polemiek met Heijermans, die meende dat geneeskundig bedeelden een aparte groep vormden die heel andere medische zorg vereiste dan de ziekenfondspatiënten. Volgens Heijermans was er sprake

van een hygiënische klassetegenstelling. Of de menschen in dezelfde buurt wonen, ja, in dezelfde woning doet niets ter zake, men kan die tegenstelling in het zelfde huis vinden. Men staat er verstomd van hoe op de eene verdieping een keurig gezin woont en bij de boven- of benedenburen een vertwijfelende armoede, waar alles vies en smerig is en de benauwende atmosfeer den bezoeker tegenslaat.

Volgens hem kon men niet zomaar iedereen in het ziekenfonds onderbrengen, maar moesten voor de armlastigen geheel andere wegen bewandeld worden:

Daar stuit men allereerst op veel onzindelijkheid, slechte woningtoestanden, slechte voeding, gemis aan zindelijk lijfgoed en beddegoed, op onverschilligheid en doffe wanhoop. Welk een verschil met het gezin van den conducteur, den metaalbewerker, den diamantbewerker enz. Om te beseffen wat er voor de paupers noodig is, bekijke men de organisatie van den geneeskundigen dienst te Amsterdam.⁹

Niet alleen van linkerkzijde, zoals hier door Sajet, werd de scheiding tussen ziekenfondsen en geneeskundige armenzorg onder vuur genomen. Zo vroeg ook het *Handelsblad* aandacht voor de kwestie, maar nu vanuit een wat ander perspectief. De medische medewerker van de krant wees op het feit dat de gemeente Amsterdam een hoop geld zou kunnen besparen door alle geneeskundig bedeeden over te brengen naar het ziekenfonds. Het *Handelsblad* tekende daarbij aan dat er nogal wat haken en ogen aan zo'n plan zaten – het ging bij de geneeskundig bedeeden immers om een speciale categorie die bijzondere voorzieningen nodig had – maar vroeg zich toch af of een nader onderzoek naar deze bezuinigingsmogelijkheid niet op zijn plaats zou zijn.

Zoals gewoonlijk was Heijermans er snel bij om deze aanval te pareren. De volgende dag verscheen zijn reactie, waarin hij uiteenzette dat de medische medewerker van het *Handelsblad* in

zijn enthousiasme over een mogelijke bezuiniging was vergeten dat de Geneeskundige Dienst anders dan de ziekenfondsen ook voorzag in wijkverpleging, versterkende middelen, dieetmiddelen, orthopedische instrumenten, tandheelkundige behandeling, maatschappelijke hulp en nog het een en ander. Zou men met dit alles ophouden, dan was dat niet alleen een achteruitgang, maar zou ook het aantal patiënten stijgen dat in de ziekenhuizen moest worden opgenomen, waardoor de voorspelde bezuiniging zou omslaan in extra uitgaven.¹⁰

Toch zou het ziekenfonds uiteindelijk als winnaar uit de strijd te voorschijn komen, waardoor er op termijn een einde kwam aan de geneeskundige armenzorg. Dat lag echter nog in het verschiet. Heijermans zelf zou het niet meer beleven.

CRISIS EN STAGNATIE

Tegen het einde van de jaren twintig begonnen de omstandigheden waaronder Heijermans werkte te veranderen. Er kwamen kwesties die niet goed oplosbaar bleken. De wachtlijsten voor de ziekenhuizen werden in de tweede helft van de jaren twintig geleidelijk aan weer langer. In 1929 wachtten bijna vijfhonderd patiënten op ziekenhuisopname – een aantal dat alweer in de buurt begon te komen van de situatie bij Heijermans' aantreden.

Ook vernieuwingen lukten niet zo gemakkelijk meer. Zo is Heijermans vanaf het midden van de jaren twintig gaan ijveren voor invoering van kleuterzorg. Binnen de activiteiten van de GG&GD lag er een gat tussen het eind van de zuigelingenzorg en het begin van de schoolartsen. Heijermans heeft er veel over geschreven, vooral in het *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*. Hij heeft er discussies over georganiseerd en een congres over belegd. Maar de Amsterdamse GG&GD is pas met kleuterzorg begonnen in 1933, en toen nog in zeer rudimentaire vorm, namelijk als een bijkomende taak voor de schoolartsen die vanwege de bezuinigingen in de crisisjaren toch al extra waren belast. In

ditzelfde jaar 1933 sneuvelde overigens vanwege bezuinigingen een andere nieuwigheid van Heijermans, de schooltandheelkunde. In 1934 werd om dezelfde reden de inrichting Zeeburg gesloten.

Al eerder had Heijermans met de noodzaak tot bezuinigingen te maken gekregen. Zo was hij in 1926 benoemd tot voorzitter van een commissie die zich moest buigen over de hoge uitgaven voor geesteszieken en 'maatschappelijk ongeschikten' die voor gemeenterekening werden verpleegd. De gemeente betaalde voor het verblijf van deze groep in inrichtingen verspreid over het hele land, want in Amsterdam zelf ontbraken de instellingen hiervoor. Deze uitgaven waren vergeleken met andere steden abnormaal hoog. De commissie kwam vier jaar later, in 1930, met een eindrapport waarin onder andere geprobeerd werd om een verklaring te geven voor die hoge kosten. Zo werd er gewezen op de bijzondere bevolkingssamenstelling van Amsterdam, en dan vooral op het grote aantal joden. 'Het is toch bekend,' zo schreef de commissie, 'dat de Israëlieten meer dan de niet-Joden voorbeschikt zijn tot het verkrijgen van geestestoornissen. Dit is door verscheidene onderzoekers aangetoond.'¹¹ Ook het nerveuze, intolerante leven in de grote stad werd als oorzaak geopperd. Maar de voornaamste reden van de hoge kosten zocht de commissie (lees: Heijermans) in de gebrekkige controle op de opnames. Zonder dat het gezegd werd, betekende dat eigenlijk dat Meijers, de leider van de afdeling Zenuw- en Geesteszieken, die ook in de commissie zat, zijn werk niet goed deed. In ieder geval was de conclusie duidelijk: er was meer toezicht nodig en dus was uitbreiding van Meijers' eenmansafdeling gewenst. In 1931 kreeg hij er dan ook een voltijdscolllega bij: Arie Querido, die de opdracht kreeg de gemeentelijke uitgaven te beperken door het aantal opnames beter in de hand te houden. Net als eerder wist Heijermans dus ook hier de noodzaak tot bezuiniging om te zetten in een uitbreiding van zijn dienst.

Eenvoudig was de taak van Querido niet: Meijers liet hem gelijk al weten 'geen behoefte' te hebben aan iemand naast zich.

Beiden gingen dus hun eigen gang. Meijers bestierde in zijn eentje het consultatiebureau voor Zenuw- en Zielszichten en hield iedere ochtend spreekuur. Querido begon met een rondgang langs alle gestichten in het land waar Amsterdammers opgenomen waren. Hij concludeerde dat tien procent van deze groep van drieduizend patiënten best uit de inrichting zou kunnen worden ontslagen als de sociale omstandigheden het toelieten en er een goede nazorg was. Die zou moeten bestaan uit arbeidsbemiddeling, begeleiding en waar nodig ook uit materiële hulp. Tijdens zijn ronde was hij wel patiënten tegengekomen die nog altijd in een inrichting verbleven omdat zij geen eigen kleren hadden, en geen familie die daarvoor zorgde. Naar Duits voorbeeld begon Querido dergelijke nazorg in Amsterdam op poten te zetten, zoals op enkele andere plaatsen in Nederland al eerder was gebeurd.

In 1933 ging Meijers met pensioen en werd Querido het hoofd van de afdeling Zenuw- en Geesteszieken. Vanaf dat moment verlegde hij het accent van de nazorg naar de voorzorg, waar Meijers nooit veel heil in had gezien. Hij ging op huisbezoek bij mensen voor wie opname was aangevraagd en keek of de opname nodig was. Een psychische stoornis was volgens Querido lang niet altijd voldoende reden om iemand zo radicaal te verwijderen uit de maatschappij. Hij probeerde na te gaan onder welke voorwaarden opname vermeden kon worden. Soms lukte dat bijvoorbeeld door de inschakeling en voorlichting van de sociale omgeving van de patiënt, door verlichting van maatschappelijke of financiële problemen, of door ambulante hulp. Ook organiseerde Querido een soort van crisisinterventie, door hem aangeduid als 'psychiatrie d'urgence', een 24-uursdienst die in actie kwam wanneer er oproer of gevaar dreigde ten gevolge van emotionele uitbarstingen of acute existentiële nood. Door dadelijk psychiatrisch in te grijpen, kon het automatisme van opname in dergelijke gevallen worden doorbroken, zo was de gedachte. Vaak was een kalmerend gesprek, eventueel gevolgd door verdere begeleiding, voldoende en was opname in het geheel niet nodig. Onder Querido werd de voor- en nazorg

voor psychiatrische patiënten geweldig uitgebreid, evenals de acute psychiatrie. Hieruit groeide op den duur een vorm van maatschappelijke zorg voor geesteszieken, de sociale psychiatrie, waarmee Querido in Nederland en daarbuiten school maakte. Zijn afdeling groeide. Er kwamen al spoedig psychiaters, zusters voor maatschappelijk werk en assistenten bij. Het nut van hun werk werd door niemand betwijfeld, maar of Querido er op deze manier in geslaagd is de oorspronkelijke doelstelling – de vermindering van kosten – te halen, is twijfelachtig.

Ook de uitbreiding van de psychiatrie kan niet verhelen dat de jaren dertig alles bij elkaar een tijd waren van omvangrijke en pijnlijke bezuinigingen. Onder invloed van de economische crisis verdween iedere financiële ruimte voor verdere hervormingen, terwijl de gemeentelijke autonomie door nieuwe Haagse maatregelen aan banden werd gelegd. De ooit zo krachtige sociaal-democratische gemeentepolitiek liep in de depressie van de jaren dertig volledig vast. Voeg daarbij de traagheid van veel besluitvorming – kleuterzorg die pas na vele jaren werd ingevoerd; een rapport over psychiatrie waaraan maar liefst vier jaar lang werd gewerkt – en men kan zich voorstellen dat Heijermans in latere jaren enigszins gedesillusioniseerd is geraakt. Een dergelijke stemming spreekt althans uit het verslag dat hij op 5 mei 1931 schreef voor *Het Volk* over een bezoek dat hij zojuist had gebracht aan het fascistische Italië. Hij had daar gezien hoe in Milaan de melkvoorziening was gecentraliseerd. Alle melk werd gedistribueerd vanuit een gemeentelijke melkfabriek. Aldus kwam er uitsluitend gepasteuriseerde melk op de markt. Amsterdam daarentegen kende talloze melkhandelaren, met als gevolg regelmatige besmettingen met tuberculose en buiktyfus vanwege onhygiënische productie. Het was duidelijk naar welk systeem de voorkeur van Heijermans uitging. ‘Het was voor mij een ware verrassing,’ zo schreef hij,

in het fascistisch Italië een uitnemende gemeentelijke melkvoorziening te vinden, waarnaar wij in Holland, in Amsterdam, reeds

zoo lang reikhalzend uitzien. (...) Bewonderaars van het fascistisch regime, die meenen dat men daar van overheidsbemoeiing bevrijd is, vergissen zich deerlijk. In veel opzichten gaan zij net zoo ver als de sociaal-democraten. Zij zien in dit alles geen politiek vraagstuk, doch een van rationalisatie en efficiency. (...) Verplichte pasteurisatie is noodig – internationaal bestaat te dien opzichte eenstemmigheid; wij Hollanders bewegen ons zwaar, komen moeilijk uit dogma's en sleur. Elke nieuwe eisch wordt met wantrouwen bekeken; wat men elders vanzelfsprekend vindt, wordt hier een onderwerp van zwaarwichtige en heftige debatten, gevoed door eigenbelangetjes van een kleine categorie menschen, waarvan de gemeenschap ten slotte de dupe wordt. Commissies worden benoemd, rapporten verschijnen er bij dozijnen en het resultaat is, dat wij nog steeds in het melkmoeras zitten.

En nog duidelijker spreekt de stemming van Heijermans uit het slot van zijn artikel:

Wij zitten thans teruggekomen uit Milaan te schrijven te Scheveningen, met uitzicht op de zee. Het weer is stormachtig, de zee kolkend en hoog, de wind is pittig koud. Hoe komt het toch, dat in Holland met de groote zee, de groote vlakten van fijne kleur, men er toch dikwijls het gevoel krijgt van benauwenis en dufheid, als men het doen en laten onzer bestuurderen ziet. Terugdenkend aan Milaan, waar er blijkbaar in deze opzichten meer durf is, wordt het onverklaarbaar, dat hier, waar de natuur alles in breede vlakken heeft opgezet, de 'autoriteiten' vaak zoo peuterig en klein van handelen zijn.

Aldus Heijermans in 1931. Het waren zware tijden. De aantallen geneeskundig bedeeden begonnen door de toenemende werkloosheid angstaanjagend snel te stijgen. Al spoedig had de GG&GD de zorg over meer dan honderdduizend patiënten – meer dan ooit eerder in zijn geschiedenis. Ondanks de hoge bezuinigingsdruk werd het aantal zittingslokalen uitgebreid. De

aantallen patiënten zouden nog hoger zijn geweest als er in 1934 niet een crisisregeling met de ziekenfondsen was getroffen, waarbij werkloze patiënten tijdelijk minder premie hoefden te betalen. Enkele jaren later, in 1937, hield Heijermans het voor gezien. Hij vertrok kort vóór het moment waarop hij met pensioen zou moeten. Over zijn precieze beweegredenen is weinig bekend. Querido suggereert in zijn memoires dat er een soort complot tegen Heijermans gaande was en dat hij 'door intriges van hem niet-gezinden, gesteund of in ieder geval toegelaten door een "laf en lam" bestuur, vroegtijdig uit zijn ambt is gezet'.¹² Hierover is verder niets te vinden.

Het vertrek van Heijermans werd betreurd en leidde tot grote stukken in de krant. 'Een leider verlaat "de Achtergracht"', kopte het *Algemeen Handelsblad*. Zijn voornemen om zich opnieuw met de studie van beroeps- en bedrijfsziekten bezig te gaan houden, heeft Heijermans nauwelijks nog ten uitvoer kunnen brengen. Al binnen een jaar overleed hij. *Het Volk* beschreef zijn laatste tocht door Amsterdam:

Ontelbare patiënten en vrienden uit de arbeidersbeweging hadden zich bij de rouwkamer van de Coöperatieve Vereniging voor Lijkbezorging opgesteld. Zover men zien kon, stonden de trottoirs vol met mensen, die hun laatste groet aan hun overleden vriend en weldoener wilden brengen. Meer dan veertig vaandels van de Amsterdamse arbeidersbeweging waren omfloerst opgesteld en brachten een groet, toen de lijkauto voorbijkwam. Drie auto's met bloemen volgden en voor het gebouw van de GGD aan de Nieuwe Achtergracht nam het personeel voor het laatst afscheid van den schepper van de dienst.¹³

In diverse bladen verschenen in memoriams, maar het fraaiste portret van Heijermans zou pas twaalf jaar later verschijnen. Het was geschreven door Querido:

Een van de beste dingen die van Heijermans gezegd kan worden is, dat men hem meer ging waarderen naarmate men hem beter

kende. Bij oppervlakkig contact heeft hij velen afgestoten; hij scheen ijdel en hoogmoedig. Menigeen is niet over de drempel van dit oordeel heen gekomen. Maar wanneer het wel gelukte om hem meer te naderen, ging men zien, dat bij hem van zelfverheffing geen sprake was – hij was trots op zijn Dienst en hij roemde zijn Dienst – niet zichzelf.

Zij, wier hart jeugdig genoeg gebleven was om zich het intense genoegen en de trots te herinneren van de jongen, die een boot heeft geknutseld welke nu heus vaart, zullen Heijermans in diens houding hebben kunnen begrijpen en waarden. Hij heeft het grote voorrecht gehad, dat zijn levenswerk tevens zijn spel was. Hij heeft dit werk verricht, zoals een spel gespeeld dient te worden – met volle overgave.¹⁴

Bij het vijftigjarig jubileum van de G.G.&G.D werd ter nagedachtenis aan Heijermans in de centrale hal van het hoofdgebouw een plaquette met zijn portret aangebracht. Zijn weduwe verrichtte de onthulling.

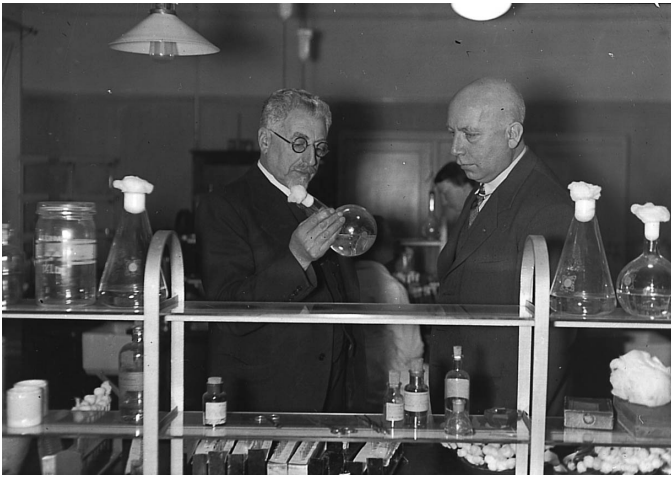
Nog altijd bevindt de plaquette zich op dezelfde plek, maar bijna niemand neemt er nog notie van. De hoofdingang is namelijk verplaatst, waardoor de oude centrale hal geen functie meer heeft. De hedendaagse bezoeker moet nu na binnenkomst linksaf slaan om dan al vrij snel uit te komen in de voormalige ontvangsthal. Daar hangen de groten uit het verleden: Heijermans in het portaal achter de oude voordeur, Huizinga in het trappenhuis naar de eerste verdieping.

5

ROND OORLOG EN BEZETTING (1938-1950)

Het einde van het tijdperk Heijermans mag dan overschaduwd zijn geweest door crisis, bezuinigingen en de reusachtige groei van het aantal geneeskundig bedeelde, de periode erna was nog veel zwaarder. Waar je kunt zeggen dat Heijermans in de laatste jaren van zijn bewind het initiatief wat verloor, zijn onder zijn opvolger alle grote veranderingen binnen de GG&GD het gevolg geweest van ontwikkelingen waarop de leiding nauwelijks enige greep had.

Die opvolger was de uit Groningen afkomstige J.H. Tuntler. Op 1 januari 1938 werd hij benoemd tot directeur van de Amsterdamse GG&GD. Tuntler was daarvoor – net als Huizinga – inspecteur van het staatstoezicht op de volksgezondheid geweest. Al dadelijk na zijn benoeming werd hij geconfronteerd met de dreiging van een naderende oorlog. De dienst ging deelnemen aan luchtbeschermingsoefeningen; voor de ambulance-dienst werd een aanhangwagen aangeschaft waarin twaalf patiënten tegelijkertijd vervoerd konden worden; en er ontstond een nauwe samenwerking met de bloedtransfusiedienst die



▲ Heijermans werkt zijn opvolger J.H. Tuntler in.

door het Rode Kruis werd opgezet. In de oorlog zou de GCGD deze bloedtransfusiedienst in zijn geheel overnemen. Ook werd nog vóór het uitbreken van de oorlog een aparte afdeling opgericht voor het geval dat zich luchtaanvallen zouden voordoen: de Luchtbeschermingsgeneeskundige Dienst. Over de stad verspreid werd een groot aantal hulpposten ingericht, voorzien van materieel en personeel, die bij eventuele calamiteiten konden worden ingezet. In totaal ging het om ruim honderd personeelsleden, voornamelijk verplegers. Hoewel deze dienst nooit veel te doen heeft gehad, bleef hij tot na de bevrijding bestaan.

Toen de oorlog daadwerkelijk uitbrak en de Duitsers in mei 1940 binnenvielen, bleef Amsterdam relatief gespaard. Dit betekent niet dat de Duitse bezetting weinig gevolgen heeft gehad voor de Amsterdamse GCGD – integendeel. Maar die gevolgen zijn in veel opzichten heel andere geweest dan men in 1940 kon voorzien.

De bezetting heeft niet geleid tot een verkleining van de dienst. Aan het begin van de oorlog telde de GG&GD ongeveer zeshonderd werknemers; aan het eind ongeveer negenhonderd. Die uitbreiding was voornamelijk het gevolg van een type maatregelen dat ook onder Heijermans genomen had kunnen worden. Zo werd de door Heijermans ingevoerde schooltandheelkunde, die in 1934 was gesneuveld als gevolg van de bezuinigingen in de crisisjaren, in 1942 opnieuw ingevoerd. Verreweg de grootste uitbreiding kwam voort uit een vorm van dienstverlening die 'huisverzorging' werd genoemd: tijdelijke hulp in de huishouding voor gezinnen waar de vrouw des huizes afwezig was, bijvoorbeeld vanwege ziekenhuisopname. Amsterdam telde twee particuliere verenigingen voor huisverzorging: een grotere algemene en een kleinere rooms-katholieke. Beide verenigingen werden zwaar gesubsidieerd door de gemeente. De bemoeienis van de gemeente ging zelfs zo ver dat alle aanvragen voor huisverzorging beoordeeld werden door de GG&GD. In 1942 werden de bijna driehonderd medewerksters van de algemene Vereniging voor Huisverzorging overgenomen door de dienst. In de daarop volgende jaren nam dat aantal wat af; in de eerste jaren na de oorlog telde de dienst ongeveer tweehonderd werknemers op arbeidscontract voor huisverzorging.

Ondanks deze uitbreidingen heeft de Duitse bezetting op langere termijn geleid tot een belangrijke uitholling van de dienst. Het is een Duitse maatregel geweest die ervoor heeft gezorgd dat de oorspronkelijke kernactiviteit, de geneeskundige armenzorg, helemaal is verdwenen. Als de geschiedenis van de Amsterdamse GG&GD opgedeeld zou moeten worden in verschillende periodes, dan zou de belangrijkste indeling een tweedeling zijn: een eerste periode waarin de dienst om de geneeskundige armenzorg heen in toenemende mate allerlei andere activiteiten ontplooid, en een tweede periode waarin hij alleen nog maar bestond uit een conglomeraat van al die andere activiteiten. Officieel dateert de opheffing van de geneeskundige ar-

menzorg in Amsterdam van 1951, en formeel genomen zou je de geschiedenis van de Amsterdamse GG&GD dus moeten indelen in twee gelijke helften: het tijdperk 1901-1951 mét, en het tijdperk 1951-2001 zónder geneeskundige armenzorg. Maar de nekslag kreeg de geneeskundige armenzorg al tien jaar daarvóór, onder Duitse bezetting.

De Duitse maatregel sloot aan bij een reeds bestaande ontwikkeling. Al decennialang werd er in Nederland gepraat over een nationale regeling voor de ziekenfondsverzekering. Diverse kabinetten hebben geprobeerd om zo'n regeling te maken. Toch is die er vóór de oorlog nooit gekomen, omdat de verschillende partijen het over de invulling ervan niet eens konden worden. Toen tijdens de bezetting iedere oppositie was uitgeschakeld, werd een nationale en collectieve ziektekostenregeling in één klap doorgevoerd. Naar Duits voorbeeld werd in 1941 de beslissing uitgevaardigd dat alle werknemers onder een bepaalde loongrens verplicht waren om lid te worden van een ziekenfonds en werden de eisen vastgelegd waaraan een ziekenfondspakket minimaal moest voldoen. Dit zogeheten Ziekenfondsenbesluit bracht vooral op het platteland een grote verandering teweeg. Voor de grote steden waren de gevolgen minder, omdat daar al veel meer mensen lid van een ziekenfonds waren. In Amsterdam leidde het Ziekenfondsenbesluit ertoe dat het aandeel ziekenfondsleden op de totale bevolking steeg van 64 naar 75 procent. Deze groei was niet wereldschokkend, maar betekende wel een drastische afname van het aantal mensen dat een beroep deed op de geneeskundige armenzorg. Nog in 1941 daalde dit aantal van ruim tachtigduizend naar ongeveer zesenzestigduizend. In de jaren daarna zette deze daling zich snel door. In 1943 waren er nog zo'n twintigduizend geneeskundig be-deelden over en aan het eind van de oorlog vielen er nog maar zo'n dertienduizend mensen onder de geneeskundige bedeling van de Amsterdamse GG&GD, voornamelijk werklozen, bejaarden, chronisch zieken en invaliden.

Men zou deze reeks van Duitse maatregelen – de herinvoering van de schooltandheelkunde, de opname van de huisver-

zorging in de dienst, het Ziekenfondsenbesluit – kunnen rekenen tot een kant van het nationaal-socialisme waaraan men meestal niet in de eerste plaats denkt, namelijk de ‘socialistische’, op een sterke overheid gerichte kant. Veel meer is de Duitse bezetting geassocieerd met de jodenvervolging. Ook die heeft voor de Amsterdamse dienst verstrekkende en blijvende gevolgen gehad.

In de oorlogsjaren werd vrijwel de gehele joodse bevolking van Amsterdam gedeporteerd en vermoord. Van de tachtigduizend joden die Amsterdam aan de vooravond van de oorlog telde – zo’n tien procent van de totale stadsbevolking – keerden er na de bevrijding slechts enkele duizenden terug. De joodse cliëntèle van de dienst was na de oorlog nagenoeg geheel verdwenen. Sinds 1903 had zij een geheel eigen stempel op de Geneeskundige Dienst gedrukt. Daarvóór bestond er voor joden een aparte geneeskundige armenzorg, maar met de hervorming onder Huizinga is de joodse geneeskundige armenzorg opgenomen in de Geneeskundige Dienst van de gemeente. In de groep van geneeskundig bedeeden vertoonden de joden enkele typische medische kenmerken. Zo is al eerder de opmerkelijk lage zuigelingensterfte onder de Amsterdamse joden aan de orde geweest. Die lage zuigelingensterfte was voornamelijk het gevolg van het feit dat joodse vrouwen vaker en langer borstvoeding gaven. Ook in enkele andere opzichten was de arme joodse bevolking van Amsterdam in medische zin afwijkend. Zo heerste er relatief veel tuberculose onder de diamantbewerkers en kwam de besmettelijke oogziekte trachoom bijna alleen bij joden voor. Zoals eerder beschreven, opende de dienst daarom in 1918 een trachoomkliniek in de Rapenburgerstraat, midden in de jodenbuurt. In 1924 spraken twee medewerkers van die kliniek de verwachting uit dat trachoom in tien tot twintig jaar uitgeroeid zou kunnen zijn. Die verwachting is uitgekomen, zij het wat betreft het laatste restje op wrange wijze. In 1941 waren er bij de trachoomkliniek van de dienst nog zestig patiënten ingeschreven, en deden zich acht nieuwe gevallen voor. In 1942 waren er nog achtendertig patiënten over,

en waren er opnieuw acht nieuwe gevallen. In 1943 was het aantal patiënten gereduceerd tot één. Nieuwe gevallen waren er niet meer.

Ook het hoofdbureau van de GG&GD op de Nieuwe Achtergracht lag in de jodenbuurt. De jacht op de joden voltrok zich letterlijk naast de deur. In het belendende pand was de Joodsche Invalide gevestigd, een verzorgingstehuis voor ongeveer vierhonderd – de naam zegt het al – joodse invaliden. In maart 1943 werden patiënten en personeel gedeporteerd. Het gebouw werd door de Duitsers vervolgens in gebruik genomen als Centraal Ziekenhuis. De directeur van de GG&GD, Tuntler, werd benoemd tot geneesheer-directeur. Dit hoeft niet direct opgevat te worden als collaboratie. Een in 1977 verschenen gedenkboekje over de Amsterdamse GG&GD vermeldt dat Tuntler zich deze benoeming in overleg met de illegaliteit liet aanleunen. Op die manier werd plundering van het gebouw voorkomen, zoals wel was gebeurd bij de andere joodse ziekenhuizen in de stad. Ook zou Tuntlers aanstelling een einde hebben gemaakt aan de praktijk van de ‘vrijwillige’ sterilisatie van joden en aan de geslachtsziektecontrole van bij razzia’s opgepakte vrouwen, die beide in dit gebouw plaatsvonden. ‘Bovendien,’ zo vervolgen de auteurs, ‘kregen de circa 100 joden, die zich nog in het gebouw bevonden, gelegenheid zich tijdig in veiligheid te brengen, terwijl een aantal hunner nog geruime tijd een goede ziekenhuisverpleging deelachtig kon blijven.’¹

Dit is misschien een wat al te fraaie voorstelling van zaken. Het positieve beeld van Tuntler dat hieruit naar voren komt, staat in ieder geval in contrast met het oordeel over Tuntlers optreden tijdens de bezetting in de autobiografie van Querido, het hoofd van de psychiatrische afdeling:

Het spreekt vanzelf dat na het directoraat van Heijermans het een vrijwel onmogelijke taak geacht moest worden hem op een enigermate gelijkwaardige wijze te vervangen. Tuntler (...) had echter alles tegen. Het is op zichzelf al een opgaaft voor een Groninger een openbaar ambt in Amsterdam te bekleden; en vóór

hij nog behoorlijk ingewerkt was, werd hij gesteld voor de leiding van een grote en kwetsbare dienst onder omstandigheden waarvoor geen enkel precedent bestond.

Men kan gerust aannemen dat het niemand gelukt zou zijn een dergelijke taak zonder fouten te volbrengen, maar Tuntler was al bijzonder ongeschikt: rechtlijnig, wat naïef, wat boerenslimheid, daar moest hij het mee doen. Hij had gehuild toen de Joodse ambtenaren moesten verdwijnen, en had verder de zaken maar wat op hun beloop gelaten, vertrouwend op de routine van zijn medewerkers.²

Querido was zelf een van de 32 medewerkers van de dienst geweest die in november 1940 vanwege hun joodse afkomst waren ontslagen. Na de oorlog keerde hij terug, evenals de adjunct-directeur S. Spijker, die in 1938 Brenkman was opgevolgd. Van de medewerkers van de dienst die werden gedeporteerd, hebben er veertien de oorlog niet overleefd. Eén medewerker werd gefusilleerd.

Afgezien van deze concrete verliezen werkte de moord op de joden ook nog op een andere manier door in de GG&GD. De oorlog maakte een eind aan een traditie die voor het ontstaan en de ontwikkeling van de dienst veel heeft betekend. Van oudsher is het aandeel van joodse geneeskundigen in de zorg voor de openbare gezondheid opvallend groot geweest, zoals duidelijk te zien is in het negentiende-eeuwse hygiënisme, met kopstukken als Ali Cohen, Coronel, Sarphati, Israëls, Teixeira de Mattos en Penn. Hun werkzaamheden vormden de fundamenten waarop de Gezondheidsdienst en de Geneeskundige Dienst werden opgetrokken. De erfgenamen van deze hygiënisten vonden in de twintigste eeuw aansluiting bij de opkomende socialistische beweging. Ook die werd deels gedragen door het joodse deel van de Amsterdamse bevolking. 'De nieuwe Jodenwijk, de Transvaalbuurt, met zijn progressieve geschoolde arbeiders, de hele buurt een en al SDAP en AJC,' schrijft Querido hierover.³ Tussen de joodse voorhoede en het sociaal-democratische gemeentebestuur bestonden nauwe onderlinge banden en veel

personele overlappenden. De Amsterdamse GG&GD heeft van deze traditie zeer geprofiteerd; niet alleen omdat zij een persoon als Heijermans voortbracht, maar ook omdat zij bijdroeg aan een klimaat van emancipatie en verheffing, waarin de dienst erg goed gedijde. Na de oorlog was hier niets van over. Mensen als Sajet en Querido bleven wel actief, maar hun werk ontbeerde de culturele inbedding van voor de oorlog.

GEZONDHEIDSPROBLEMEN ROND HET EIND VAN DE BEZETTING

In de loop van de bezetting eisten schaarste en honger in toenemende mate hun tol. De GG&GD kreeg daar op alle mogelijke manieren mee te maken. Zo werd in 1943 en 1944 bij de ambulancedienst meer dan de helft van de auto's door de Duitsers in beslag genomen. Het resterende deel bleef na verloop van tijd steeds vaker noodgedwongen in de garage staan: de materialen voor het onderhoud ontbraken, en de benzine was eerst op de bon en mocht later in het geheel niet meer worden gebruikt. Een aantal auto's werd omgebouwd om op gas te rijden, maar toen ook dat niet meer werd geleverd, was men eind 1944 genoodzaakt de garage om te bouwen tot paardenstal. Ook werden weer een paar oude fietsambulances van zolder gehaald.

Daarbij kwam dat de gezondheidstoestand van de Amsterdamse bevolking sterk verslechterde. Brandstof en levensmiddelen waren er steeds minder. Bij de verdeling van het schaarse voedsel werd de dienst belast met het beoordelen van de aanvragen voor medische voedseldistributie. In de loop van 1941 steeg het aantal aanvragers al van ongeveer tienduizend naar ruim 25.000. Vanaf 1942 had deze afdeling van de GG&GD ongeveer vijftig mensen in dienst om de steeds grotere aantallen aanvragen te beoordelen. In de loop van 1942 werden de criteria voor toekenning aangescherpt, zodat het aantal cliënten daalde van bijna zestigduizend naar dertigduizend. In 1944 was dit aantal weer opgelopen tot zo'n vijftigduizend. Het aantal aanvragen



- ▲ Door gebrek aan brandstof was de eerste hulp in de laatste oorlogsjaren aangewezen op paardenkracht. Hier een noodambulance van de GG&GD op de Berlagebrug, waarschijnlijk kort na de bevrijding (foto: Boris Kowadlo, NFA).

voor ondersteuning dat in dat jaar binnenkwam, lag vele malen hoger: het bedroeg meer dan driehonderdduizend. Eind 1944 werd een 'noodtoestand' afgekondigd, waardoor er nog maar zo'n vijftienduizend cliënten overbleven. Per dag werden duizend tot tweeduizend aanvragen behandeld. Na de oorlog bleef de afdeling Geneeskundige Distributie nog enkele jaren bestaan. Aanvragen wegens ondervoeding kwamen vanaf 1947 niet meer binnen; wel nog aanvragen voor textiel en brandstof. In 1948 waren de meeste goederen niet meer op de bon en in 1949 werd de afdeling opgeheven.

In de latere jaren van de bezetting namen onder invloed van ondervoeding en verminderde weerstand allerlei besmettelijke ziekten snel toe. In 1943 brak een epidemie van kinderverlamming uit van meer dan zeshonderd gevallen en zo'n vijfenzeventig doden. Difterie steeg van minder dan honderd gevallen per jaar in de late jaren dertig naar tegen de achtduizend gevallen in 1944. Tijdens de laatste oorlogsjaren stierven ongeveer tweehonderd mensen per jaar in Amsterdam aan deze ziekte – een

aantal dat in de hele twintigste eeuw niet meer was bereikt. Schurft werd in het laatste oorlogsjaar meer dan dertigduizend keer vastgesteld, terwijl vóór de oorlog ongeveer vierhonderd gevallen per jaar gebruikelijk waren. Ook ernstige epidemieën van dysenterie en tyfus deden zich voor en in 1943 en 1944 zien we zeer hoge cijfers voor roodvonk. In het jaarverslag van de dienst over 1945 wordt daar echter wel bij aangetekend dat de roodvonkcijfers over de voorafgaande jaren onbetrouwbaar waren, omdat in vele gevallen ook valse roodvonkverklaringen werden afgegeven die dienden om tewerkstelling in Duitsland te ontlopen. Ook met verklaringen over het vóórkomen van tyfus en difterie werd weleens de hand gelicht. Niet alleen bij Volksgezondheid werd dit soort dingen gedaan, ook psychiaters en controleartsen van de GG&GD gaven wel valse verklaringen af.

De explosieve toename van allerlei infectieziekten betekende uiteraard veel extra werk voor de afdeling Volksgezondheid. Die afdeling had in deze uitzonderlijke jaren niet alleen te maken met de opdracht om infectieziekten te *bestrijden*, zo blijkt uit een getuigenis van het hoofd van het laboratorium van de dienst, Charlotte Ruys. Kort voor de oorlog was zij tevens tot buitengewoon hoogleraar benoemd. Vanwege haar principiële opstelling tegenover de bezetter werd zij in 1944 als hoogleraar ontslagen. In een verslag dat zij na de oorlog opstelde voor Oorlogsdocumentatie schreef zij:

Ik had dus nu alle tijd voor mijn werk bij de GG en GD, waar het door de verschillende epidemieën van infectieziekten bijzonder druk was. Maar ook hierbij deden zich gewetensproblemen voor, zij het van heel andere aard. Men vroeg mij een cultuur van tyfusbacteriën te geven om een epidemie van deze ziekte te laten uitbreken in een joods kindertehuis en zo te voorkomen dat deze kinderen werden weggevoerd. Ik heb dit geweigerd omdat ik dit te gevaarlijk vond, daar men de verspreiding van deze bacteriën zeker niet in de hand zou kunnen houden. Wel heb ik periodiek ontlasting met tyfusbacteriën geleverd aan een student, die deze kon gebruiken als bewijs dat hij nog steeds

drager van deze bacteriën zou zijn en daardoor vrij van tewerkstelling in Duitsland.⁴

Alles bij elkaar liep de jaarlijkse sterfte in Amsterdam tussen 1939 en 1945 op van ongeveer zeventuizend naar ruim dertienduizend. Vooral onder bejaarden en zuigelingen was de sterfte groot. In de eerste helft van 1945 stierven er in Amsterdam ruim achthonderd kinderen in hun eerste levensjaar. Dat is vier keer zoveel als het gemiddelde cijfer van vlak voor de oorlog. Omgerekend komt het neer op een zuigelingensterfte van meer dan tien procent. Dit is – gemeten naar de maatstaven van die tijd – een dramatisch hoog cijfer. De maatstaven waren op dit gebied in de voorafgaande decennia snel veranderd: het cijfer van 1945 was ongeveer gelijk aan de zuigelingensterfte in Amsterdam van omstreeks 1910. Het duurde na de oorlog nog een aantal jaren voordat de zuigelingensterfte weer was teruggekeerd naar het vooroorlogse niveau.

Wat betreft de besmettelijke ziekten werden de meeste slachtoffers gemaakt door tuberculose; in 1944 meer dan zeshonderd. Behalve het ernstigst was tuberculose ook het hardnekkigst: waar de andere besmettelijke ziekten na de bevrijding al heel snel weer onder controle waren, ging de sterfte aan tuberculose nog jarenlang door. In 1947 maakte deze ziekte in Amsterdam nog bijna driehonderd dodelijke slachtoffers en in 1951 nog meer dan honderd. Direct in het najaar van 1945 werd er in de oude quarantaine-inrichting Zeeburg een sanatorium geopend voor kinderen met tbc, later ook een volwassenenafdeling. Die laatste werd in 1953 weer gesloten; het kindersanatorium bleef nog tot in 1956 in gebruik. Toen was ook deze nawerking van de oorlog onder de knie.

Eén type besmettelijke ziekten verdient nog aparte vermelding. Dat zijn de geslachtsziekten. Zoals zoveel was de bemoeienis van de Amsterdamse GG&GD met deze ziekte in de jaren twintig, onder Heijermans, begonnen. Zo waren de zittingslokalen in de Conradstraat en de Willemsstraat sinds die tijd voorzien van een polikliniek voor geslachtsziekten. In de eerste oor-



▲ Het kindersanatorium op Zeeburg bleef nog tot 1956 in gebruik.

logsjaren nam het aantal patiënten dat hier onder behandeling was snel toe: van 1940 tot 1943 is er in de jaarverslagen sprake van een verdubbeling per jaar. Vanaf 1943 blijven de aantallen ongeveer constant. De vooroorlogse geslachtsziektebestrijding was in Nederland altijd gebaseerd geweest op het principe van

vrijwilligheid, maar tijdens de bezetting werd deze praktijk aangepast aan Duitse regelgeving: vanaf oktober 1940 konden controle en behandeling ook door de politie worden afgedwongen. Op grond van dit besluit werden in de oorlogsjaren door de politie af en toe razzia's uitgevoerd in cafés en dancings, waarbij verdachte vrouwspersonen werden opgepakt, om vervolgens op geslachtsziekten te worden onderzocht. In 1942 kwamen op die manier bijna vijfhonderd vrouwen voor een gedwongen geslachtsziektecontrole bij de GG&GD terecht.

De Duitse verordening heeft nauwelijks protesten opgeroepen. Sterker nog: ze werd na de bevrijding door het Militair Gezag overgenomen en bleef nog tot 1952 van kracht. Dwangmaatregelen waren in de geslachtsziektebestrijding na de oorlog meer dan ooit noodzakelijk, zo was de heersende gedachte. De landelijke cijfers vertoonden in 1945 een geweldige piek en hierover ontstond een even kortstondige als hevige verontrusting. In Amsterdam werd die mede gevoed door een interview met H. Peeters, op dat moment de leider van de afdeling Volksgezondheid van de GG&GD, dat in juli 1945 in *Het Vrije Volk* verscheen. Peeters maakte zich grote zorgen om de ontwikkelingen. Zijn bezorgdheid richtte zich vooral op de lichtzinnige contacten van meisjes en jonge vrouwen met Canadese militairen. 'Het uniform maakt deze meisjes gek,' liet Peeters weten, 'bovendien hebben de Canadezen het aureool onze bevrijders te zijn. En daarom gebruiken deze meisjes haar hersens niet meer en laten zich lokken door het amusement, dat tot deze afschuwelijke gevolgen leidt. Zij denken niet meer aan haar gezondheid en haar toekomst en hebben ook niet het ideaal van een gelukkig gezin en een gezond volk voor ogen.'⁵

Op de dienst was Peeters niet de enige die zich druk maakte. Zo werd in juni 1945 het Comité Zedelijk Herstel Amsterdam opgericht, waarin namens de GG&GD ook Tuntler zitting had. De leden waren vastbesloten om de zedenverwildering die zij overal om zich heen ontwaarden, een halt toe te roepen. Ook in de vaderlandse pers werd veelvuldig bericht over het laakbare gedrag van Nederlandse vrouwen en meisjes, waarbij de geva-

ren die hieruit voortvloeiden voor de volksgezondheid breed werden uitgemeten. Intussen trok de zedenpolitie erop uit om, geheel in Duitse traditie, meisjes die in gezelschap van Canadezen in hotels of nachtclubs werden aangetroffen of die zich na elf uur 's avonds nog op straat bevonden, te arresteren en voor onderzoek naar de GG&GD te brengen. Na het onderzoek werden zij door diezelfde zedenpolitie ernstig toegesproken. Met het vertrek van de laatste Canadezen, in januari 1946, verdween ook de commotie over de Canadezenmeisjes. Daarmee was de golf van zedelijke verontrusting over de losbandigheid van de vrouwelijke jeugd nog niet onmiddellijk tot bedaren gebracht, maar was wel het ergste achter de rug.

Binnen de GG&GD werd het normale werk hervat. Nieuw was wel dat de geslachtsziektebestrijding in de naoorlogse jaren niet alleen onderdeel was van de afdeling Volksgezondheid, zoals vanouds, maar tijdelijk ook van de afdeling Geestelijke Hygiëne – de voortzetting van de oude afdeling Geestes- en Zenuwzieken, waar Querido in 1945 als leider was teruggekeerd. Als onderdeel van zijn afdeling werd in 1946 in Zeeburg een polikliniek voor 'lues-prophylaxe' gestart, onder leiding van mevrouw A. Mackenzie-van der Noordaa. Dat was een soort nazorg voor syfilispatiënten. Ter voorkoming van dementia paralytica en andere late manifestaties van de ziekte was het belangrijk zoveel mogelijk patiënten op te sporen, te onderzoeken en te behandelen. Deze eenvoudige opdracht vereiste 'een maximum aan geestelijk-hygiënisch inzicht': er moesten huisbezoeken worden afgelegd en soms was het nodig patiënten aan te sporen om de behandeling af te maken.⁶ Uit de berichten over deze werkzaamheden krijg je de indruk dat Mackenzie en de haren een soort pioniersarbeid verrichtten, maar een dergelijke aanpak was in de particuliere geslachtsziektebestrijding al voor de oorlog gemeengoed. Het was uiteraard een terrein met geheel eigen moeilijkheden: 'Hier moet de patiënt geestelijk hygiënisch benaderd worden en zijn onverschilligheid en weerstand t.o.v. de behandeling overwonnen, hetgeen veel moeilijker is dan iemand een injectie te geven.'⁷ De komst van penicilline in de

jaren vijftig heeft deze benadering op termijn geheel verdron-
gen.

NA DE OORLOG

Onder invloed van het Ziekenfondsenbesluit van 1941 was het aantal geneeskundig bedeelden in Amsterdam teruggelopen van meer dan tachtigduizend naar zo'n dertienduizend personen. In de eerste naoorlogse jaren bleef dit aantal min of meer constant, want na de bevrijding bleef het Ziekenfondsenbesluit in iets gewijzigde vorm van kracht – pas in 1964 zou het voor een Ziekenfondswet van eigen makelij worden ingeruild. Door de Nederlandse overheid werd de ontwikkeling die in 1941 was begonnen echter voortgezet. Zo werd eraan gewerkt om ook de nog resterende geneeskundig bedeelden, onder wie veel bejaarden, onder te brengen in het ziekenfonds.

Op het eerste gezicht lijkt het alsof er voor de geneeskundige armenzorg geen grotere triomf denkbaar is dan overbodig te worden doordat de cliënten lid worden van een ziekenfonds. Geneeskundige armenzorg is immers een soort noodoplossing voor diegenen die op geen enkele andere manier medische hulp kunnen krijgen. Zo eenvoudig lagen de zaken echter niet. In het vorige hoofdstuk bleek al dat eigenlijk iedereen het erover eens was dat de geneeskundig bedeelden over het algemeen betere medische zorg kregen dan de ziekenfondspatiënten. Daardoor kon het gebeuren dat datgene wat eigenlijk de ultieme triomf van de geneeskundige armenzorg zou moeten zijn, namelijk haar dreigende opheffing, gepaard ging met de nodige nostalgie. In 1950 beschreef de toenmalige directeur van de Amsterdamse GG&GD, A. Brand jr. – Tuntler was in 1947 vertrokken – wat er nog over was van de geneeskundige armenzorg:

De spreek-, verband- en wachtkamers zijn dagelijks slechts korte tijd in gebruik (...) Het inschrompelingsproces is echter nog niet

ten einde; de ziekenfondsen staan al gereed alle ouden van dagen, vallende onder de *Noodwet-Drees* in zich op te nemen. Het ziet er naar uit, dat de geneeskundige armenverzorging haar liquidatie nadert, een feit, dat ik met gemengde gevoelens moet constateren.

Ik waag het uit te spreken, dat de overgang naar de ziekenfondsen van een bevolkingsgroep, die in uitzonderlijk ongunstige sociale omstandigheden leeft, niet als vooruitgang kan worden gezien. Degenen, die de scheppingen van Heijermans kennen, n.l. de modern ingerichte zittinglokalen met ruime wachtgelegenheden, goed geoutilleerde spreek- en verbandkamers, zullen het met mij eens zijn, dat dergelijke voorzieningen juist voor de behandeling van de allerarmsten en ouden van dagen ideaal zijn te noemen.

Ik ben van mening, dat in vergelijking hiermede de outillage van de localiteiten voor de uitoefening van de ziekenfondspraktijk over het algemeen nog als gebrekkig moet worden beschouwd.

Naast goed ingerichte gebouwen heeft de Dienst de allerarmsten nog meer voorrechten aan te bieden; ik denk hierbij aan de wijkverplegenden o.a., die zowel thuis als op het spreekuur hulp verlenen, verder aan de gemeente-vroedvrouw, op de voet gevolgd door de kraamverzorgster, die een erkende opleiding heeft gehad en die in de meest behoeftige gezinnen een kraamemmer meebrengt, waardoor in de directe noden wordt voorzien. Het nutteloos bepleiten van een vrijwel verloren zaak wil ik hiertoe beperken.⁸

Een verloren zaak was het inderdaad: een jaar later werd de geneeskundige armenzorg van de Amsterdamse GG&GD officieel opgeheven. De laatste geneeskundig bedeeden werden in 1951 overgeheveld naar de ziekenfondsen; hetzelfde gebeurde met de schooltandheekunde.

De geweldige afname van de hoeveelheid werk voor de GG&GD ging gepaard met het vertrek van een aantal leidende figuren. Zo werd het hoofd van het laboratorium, Charlotte

Ruys, in 1948 benoemd tot gewoon hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam. Een jaar daarvóór was directeur Tuntler terug naar Groningen gegaan om daar hoogleraar in de sociale geneeskunde te worden. Adjunct-directeur S. Spijer was kort daarvoor vertrokken naar Rotterdam: hij werd in 1946 directeur van de GGD aldaar. De vacatures van Spijer en Tuntler werden niet dadelijk vervuld, omdat de gemeente in deze jaren speelde met plannen om de gehele openbare gezondheidszorg van Amsterdam drastisch te reorganiseren. De zestigjarige A. Brandt jr., hoofd van de afdeling Controle en Melding, nam de directurstaken daarom voorlopig waar.

Deze reorganisatieplannen waren afkomstig van het gemeenteraadslid Ben Sajet. Hij heeft decennialang een belangrijke rol gespeeld in de marge van de GG&GD. In zijn autobiografie schrijft Sajet, van oorsprong huisarts, dat hij al in 1919 benaderd werd door Heijermans met de vraag of hij adjunct-directeur zou willen worden. Sajet verkoos op dat moment echter een ander aanbod en Brenkman werd adjunct. Later heeft Sajet toch nog als schoolarts bij de dienst gewerkt, maar dat werk gaf hij al vrij snel weer op omdat hij het te saai vond. Hij vestigde zich wederom als huisarts. In 1923 werd hij lid van de gemeenteraad, wat hij, met een gedwongen onderbreking tijdens de oorlogsjaren, bijna veertig jaar zou blijven, eerst voor de SDAP, vanaf 1946 voor de PvdA. Na de oorlog stelde hij voor om alle openbare gezondheidszorg onder te brengen bij de GG&GD en om ook de gemeentelijke ziekenhuizen onder de dienst te laten vallen. Hiertegen rezen grote bezwaren en uiteindelijk zijn deze plannen ook niet doorgegaan. Toen zij definitief van de baan waren, kwam er aan de periode van waarneming een einde en werd Brand, in mei 1949, officieel benoemd tot directeur van de GG&GD. De plannen van Sajet zijn niet helemaal zonder gevolgen gebleven. Ze hebben er nog wel toe geleid dat de gemeente Amsterdam de nieuwe functie heeft geschapen van directeur Openbare Gezondheid en Ziekenhuiswezen.

Op die plek werd in 1949 Querido benoemd, die daarmee de afdeling Geestelijke Hygiëne vaarwel zei. Opnieuw een krachtig



- ◀ Arie Querido (1901-1983), hoofd van de afdeling Geestelijke Hygiëne tot 1949 en grondlegger van de sociale psychiatrie in Amsterdam (MGV).

figuur die de dienst verliet, al bleef hij nog wel in de buurt. Sa-jet heeft zich altijd verbaasd over de belangstelling van Querido voor deze baan, omdat Querido zich in een eerder stadium had verzet tegen zijn plannen en de functie van directeur overbodig had gevonden. Alle taken waren immers al netjes verdeeld, voor een extra ambtenaar zou niets te doen zijn. In zijn autobiografie schrijft Querido dat hij de functie ondanks zijn eerdere bezwaren ambieerde, omdat hij op een breder terrein werkzaam wilde zijn dan alleen maar binnen de psychiatrie. Na de oorlog was zijn eerdere bezieling voor de geestelijke hygiëne verdwenen en zocht hij naar 'grotere verbanden' waarbinnen hij werkzaam kon zijn. Als directeur Openbare Gezondheid ging Querido de gemeentelijke en particuliere gezondheidsinstellingen coördineren en moest hij de gemeente adviseren op het gebied van de openbare gezondheidszorg. Daartoe werd onder andere het Medisch Statistisch Bureau in 1953 van de GG&GD overgeplaatst naar zijn Centraal Bureau Openbare Gezondheid.

In zijn nieuwe functie kreeg Querido dadelijk te maken met een oud, maar nog altijd urgent probleem: de lange wachtlijsten voor ziekenhuisopname. Waren het eerder enkele honderden patiënten voor wie in de ziekenhuizen geen plaats was, eind

jaren veertig ging het om enkele duizenden patiënten. Om de ergste nood te lenigen had de gemeente in 1947 al twee nieuwe ziekenhuizen geopend: het noodziekenhuis Zeeburg en het Weesperpleinziekenhuis. Dit laatste werd gevestigd in het gebouw van de Joodse Invalide, naast het GG&GD-hoofdkantoor aan de Achtergracht. De oude bestuurskamer op de hoogste verdieping, een rond vertrek met een prachtig uitzicht over de stad (de tegenwoordige 'Staalkamer'), was de werkkamer van Querido. Al rekenend en analyserend, kwam Querido daar tot de conclusie dat de oorzaak van de wachtlijsten niet lag in een tekort aan bedden of verplegend personeel, maar in oneconomisch gebruik van de beschikbare middelen. Hij is er niet in geslaagd om dit probleem op te lossen.

In 1960 nam Querido ontslag als directeur Openbare Gezondheid, en dat was tegelijk het einde van de functie. Querido zelf werd benoemd tot hoogleraar sociale geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam, een positie die hij vanaf 1952 naast zijn directeurschap overigens al in deeltijd bekleedde. In Nederland was hij een van de grondleggers van dit vak. Als hoogleraar schreef Querido een aantal belangrijke boeken over sociale geneeskunde, ziekenhuiswezen en de geschiedenis daarvan. Door zijn colleges werd op zijn minst een van zijn studenten enthousiast voor het vak. Zijn naam was Henk Rengelink; we zullen hem verderop nog tegenkomen.

6

EEN ZORGELOZE TIJD (1950-1980)

In 1951 werd gevierd dat de Amsterdamse GG&GD een halve eeuw bestond. Het jubileum leidde tot allerlei festiviteiten. De staatssecretaris van Volksgezondheid P. Muntendam memoreerde in zijn felicitatie hoe de Amsterdamse GG&GD onder Heijermans toonaangevend voor de nationale ontwikkeling was geweest en verklaarde dat 'diezelfde geest van durf en voortvarendheid' opnieuw kenmerkend was voor de Amsterdamse dienst.¹ Dat zou in afnemende mate het geval blijken te zijn. De geest waar Muntendam van sprak, was begin jaren zestig terug in de fles en zou daar in de jaren die zouden volgen, veilig opgeborgen blijven.

De GG&GD van na de oorlog was een ander soort organisatie dan de GG&GD van vóór de oorlog. Na de opheffing van de geneeskundige armenzorg in 1951 was de dienst een conglomeraat van uiteenlopende medische activiteiten die vaak weinig met elkaar te maken hadden. Een verbindend thema was er eigenlijk niet meer, terwijl ook de greep van de directie verslaptte. De GG&GD heeft in de eerste helft van haar bestaan enkele figu-

ren aan de leiding gehad met een sterke bindende kracht, maar in de periode die dit hoofdstuk beslaat gaat het om directeuren die hierover in mindere mate beschikten. A. Brand jr., directeur van 1947 tot 1952, was in 1930 bij de GG&GD gekomen omdat zijn huisartsenpraktijk hem te zwaar was geworden. Hij leidde de dienst onopvallend. Zijn opvolger K. Ittmann moet een bewaamde directeur geweest zijn, maar een boegbeeld was hij niet. Ittmann trad zelf zelden op de voorgrond. Tekenend daarvoor is het feit dat er over hem nauwelijks meer te vinden is dan dat zijn naam in het gedenkboekje bij het 75-jarig bestaan nu eens als 'Ittmann' en dan weer, foutief, als 'Ittman' werd gespeld. Wat zijn verdiensten achter de schermen verder ook waren, Ittmann heeft in de twintig jaar dat hij directeur is geweest geen eigen stempel op de dienst weten te drukken. Wanneer hij de GG&GD in meer algemene termen wilde schetsen, hield hij zich aan de gangbare mening dat het verdwijnen van de geneeskundige armenzorg had geleid tot een verschuiving van curatieve zorg naar preventie. Dat idee suggereerde toch een zekere eenheid in de GG&GD-gelederen en misschien is daarmee iets van de gretigheid verklaard waarmee deze gedachte voor waar werd aangenomen. Bij nadere beschouwing blijkt de juistheid ervan echter betrekkelijk.

URGENTE KWESTIES

Niet alleen de GG&GD zelf was door de jongste ontwikkelingen veranderd, ook de omstandigheden waaronder de dienst werkte, verschilden sterk van voor de oorlog. Stonden de jaren vijftig nog in het teken van soberheid, na 1960 begon de economie te groeien en de welvaart te stijgen. De introductie van vaccins en antibiotica zorgden verder voor formidabele verbeteringen in de preventie en therapie van infectieziekten. Dit oude gevaar leek volledig onder de knie. Wel doken in deze periode twee andere problemen op: een oude bekende, de wachtlijsten, en een nieuwe opgave, de gevolgen van de vergrijzing.

Hoewel de bevolking na de Tweede Wereldoorlog steeds gezonder werd, steeg de vraag naar ziekenhuisverpleging. Die paradoxale situatie ligt ten grondslag aan het aanhoudende probleem van de wachtlijsten. De Amsterdamse instellingen konden in de jaren vijftig op geen stukken na aan de behoefte voldoen, te meer daar er door een ernstig tekort aan verpleegsters in sommige instellingen zelfs bedden leeg moesten blijven. In de psychiatrie leidde de krapte tot grote problemen. Zo daalde het aantal psychiatrische opnames tussen 1955 en 1957 van 2500 naar 1400 omdat door personeelstekort gehele paviljoens van psychiatrische inrichtingen gesloten moesten worden. De afdeling Geestelijke Hygiëne had vaak grote moeite om acute psychiatrische gevallen dadelijk opgenomen te krijgen. Begin jaren zeventig werd dit probleem opgelost door een aantal kostbare maatregelen. Op kosten van de gemeente Amsterdam werden er in een aantal psychiatrische ziekenhuizen in de regio permanent twee bedden vrijgehouden voor acute opnames. En de GG&GD zette in 1972 samen met de universitaire psychiatrische kliniek een zogenaamd crisiscentrum op, waar psychiatrische gevallen voor maximaal een dag of vijf konden worden opgenomen. Bovendien werd in 1970 in Amsterdam een tehuis geopend, waar een kleine honderd lichtere psychiatrische gevallen konden worden opgenomen: het Querido-huis, genoemd naar het voormalige hoofd van de psychiatrische afdeling. Dit alles leidde ertoe dat er in het begin van de jaren zeventig geen grote problemen meer bestonden bij de opname van psychiatrische patiënten. De expansie ging zelfs zo ver – geld was in die tijd geen probleem – dat er vergaande plannen werden ontworpen voor de oprichting van een Sociaal Psychiatrisch Instituut. De plannen zijn uiteindelijk niet doorgegaan omdat het duidelijk begon te worden dat op termijn alle psychiatrische zorg vanuit de GG&GD zou worden overgeheveld naar een nieuw soort organisaties, de RIAGG's. Die overheveling zou rond het midden van de jaren tachtig zijn beslag krijgen.

Problemen met wachtlijsten speelden in de jaren vijftig en zestig niet alleen in de psychiatrie, maar ook bij de gewone zie-

kenhuizen. Het aantal aanvragen voor opname vertoonde een continue stijging. Nu kende Amsterdam een aardig aantal ziekenhuizen, maar de meeste waren klein en door de oorlog en de daarop volgende magere jaren was er bovendien een grote bouwachterstand ontstaan. In combinatie met het tekort aan verplegenden leidde dit ertoe dat de wachtlijsten voor opname regelmatig enkele duizenden namen telden. Door dit plaatsgebrek werden niet-acute patiënten na 1946 steeds vaker geplaatst in ziekenhuizen buiten Amsterdam. In een poging dit probleem aan te pakken en de doorstroming in de ziekenhuizen te bevorderen, kreeg de G.G.&G.D. in 1952 de opdracht om niet alleen de opnames in de Amsterdamse ziekenhuizen te coördineren, maar om ook de duur van de opnames te gaan controleren. Veel hielp dit echter niet, omdat het grootste probleem gelegen was in een factor waar niet gemakkelijk iets aan te verhelpen viel. Veel ziekenhuisbedden werden namelijk bezet door chronisch zieken en bejaarden die ook wel buiten het ziekenhuis medisch verzorgd zouden kunnen worden, maar voor wie eenvoudigweg geen opvang beschikbaar was.

Nieuwbouw was dus onvermijdelijk, zeker omdat men in de jaren vijftig in de stellige verwachting leefde dat de bevolking van Amsterdam zou blijven groeien. Het duurde nog tot 1960 voordat de overheid haar strenge bouwvergunningenbeleid versoepelde, maar in het decennium daarna verrees een reeks van nieuwe ziekenhuizen. Benoorden het IJ werd het Ziekenhuis Amsterdam Noord geopend, aan de zuidkant van de stad verscheen het VU Ziekenhuis en opende het Nicolaas Tulp Ziekenhuis zijn deuren. In Amsterdam Oost werd begonnen aan een complete vernieuwing van het OLVG en aan de westkant verzezen het Sint Lucas Ziekenhuis en het Andreas Ziekenhuis. Deze bouw golf lenigde de nood: eind jaren zestig was het niet langer nodig Amsterdamse patiënten in bedden buiten de stad onder te brengen.

Het tweede probleem is in verband met de wachtlijsten al even genoemd en betreft de tekorten in de zorg voor ouden van dagen. Zij vormden een snel groeiende groep. Door de wel-

vaartsstijging en de toenemende beheersing van infectieziekten was de gemiddelde levensverwachting sinds het begin van de eeuw razendsnel gestegen. Van ruim veertig jaar liep zij op naar ongeveer zeventig jaar in 1960. Tegen die tijd waren infectieziekten als dominante doodsoorzaak volledig verdrongen door de nieuwe 'welvaartsziekten': degeneratieve aandoeningen als hart- en vaatziekten en kanker. De sterftedaling zou zich verder voortzetten, maar de gevolgen ervan waren halverwege de twintigste eeuw al duidelijk merkbaar. Al snel na de oorlog ontstonden grote knelpunten in de medische zorg voor bejaarden. Op diverse manieren kreeg de GG&GD hiermee te maken. In 1954 werd een deel van de activiteiten voor bejaarden voorlopig ondergebracht bij de nieuwe afdeling Maatschappelijk Werk en Revalidatie. Deze afdeling bevatte onder andere de huisverzorging, maar ook bemiddelde men hier bij het onderbrengen van hulpbehoevende bejaarden. In 1960 kreeg deze afdeling een revalidatiekliniek in het Oosterpark, waar ziekenhuispatiënten, voornamelijk bejaarden, werden voorbereid op terugkeer naar huis.



▲ Arbeidstherapie van de afdeling Maatschappelijk Werk en Revalidatie.

Ook de afdeling Geestelijke Hygiëne kreeg veel met de groeiende ouderenproblematiek te maken. Eind jaren veertig werd een arts aangetrokken voor 'oudeliezenzorg', die een apart bejaardenspreekuur invoerde. Hieruit ontstond begin jaren vijftig een aparte onderafdeling voor psychiatrische geriatrie, het bureau Psychogeriatric. Voor de cliëntèle van deze afdeling bestonden in die tijd nauwelijks voorzieningen. Het enige wat voorhanden was, was een aantal particuliere verpleeghuizen, waarin weinig onderscheid gemaakt werd tussen geriatrische patiënten, zwakzinnigen en psychiatrisch gestoorden. Deze tehuizen vielen onder het toezicht van de afdeling Geestelijke Hygiëne. Geüniformeerde zusters van de GG&GD – in de volksmond ook wel 'gemeentenonnen' genoemd – voerden de inspecties uit en troffen vaak beroerde situaties aan. Enige verlichting kwam er toen in 1956 het kindersanatorium in Zeeburg werd gesloten en de psychiatrische afdeling de vrijgekomen bedden in paviljoen 10 kreeg toegewezen voor de verpleging van 'onrustige emotioneel gestoorde bejaarden'.

De verschillende GG&GD-activiteiten voor bejaarden die over twee afdelingen waren verspreid, werden in 1961 ten slotte gebundeld in één nieuwe afdeling voor Geriatrie, onder leiding van de arts A.N.J. Reinders Folmer. Naast de genoemde voorziening voor onrustige demente bejaarden kreeg deze afdeling nog een tweede kliniek in Zeeburg, paviljoen 7, bedoeld voor somatisch-geriatrie en terminale patiënten. Begin jaren zeventig is deze voorziening verplaatst naar de voor de GG&GD aangekochte Pieter van Foreestkliniek in Buitenveldert. Verder hield de afdeling van Reinders Folmer zich bezig met de bevordering van de bouw van nieuwe gemeentelijke verpleegtehuizen, die nog altijd dringend nodig waren. Henk Rengelink, die in 1966 als geriater bij de GG&GD kwam werken, schetste achteraf in een interview de situatie bij zijn aantreden:

Ik schrok van wat ik op straat aantrof. Gestoorde bejaarden die helemaal in de war in de stad rondliepen. Volstrekt verwaarloosde, vervuilde, vereenzaamde mensen. Mensen met geheugen-

verlies. Dementen. Je kwam nog regelmatig tbc tegen. Mensen met vergaande kanker die nooit bij een specialist waren geweest. Met wonden over hun hele lichaam. Mensen die een paar dagen in het vuil hadden gelegen. We kwamen een keer bij een vrouw die letterlijk werd opgevreten door de vlooiën. We hebben haar snel laten opnemen maar het was te laat. Ze is aan bloedarmoede overleden.²

Vanaf het eind van de jaren zestig werd de achterstand in snel tempo weggewerkt. De invoering van de AWBZ in 1968 leidde tot een explosieve groei van het aantal verpleeghuisbedden.

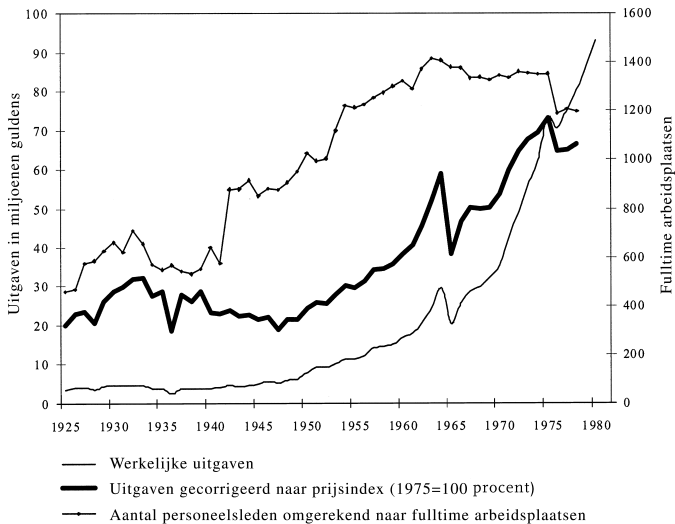
Formeel vielen de nieuwe gemeentelijke verpleeghuizen onder een stichting die losstond van de GG&GD, de Stichting Verpleeghuizen Amsterdam (sva). In feite werd deze stichting tot begin jaren tachtig echter min of meer geleid door de GG&GD, omdat verschillende bestuursleden van de stichting ook weer nauwe banden onderhielden met de dienst. Zo zat Reinders Folmer zelf ook in dit bestuur. Voorzitter van de Stichting was de al vaker genoemde Ben Sajet. Beide instellingen waren verder verstrengeld doordat de verpleeghuisartsen aanvankelijk in dienst waren van de GG&GD.

Na verloop van tijd maakte de geriatrische zorg zich echter los van de GG&GD. In 1975 legde de inmiddels 85-jarige Ben Sajet de voorzittershamer van de sva neer en begin jaren tachtig ging Reinders Folmer met pensioen. Zo werden de banden tussen de stichting en de dienst geleidelijk aan doorgesneden. Ook op een andere manier verminderde de betrokkenheid van de GG&GD bij de geriatrische zorg: de Pieter van Foreestkliniek ging in 1976 op in het nieuwe Slotervaartziekenhuis, terwijl de verpleeghuizen besloten om niet meer te werken met de geriaters van de GG&GD. Zij stelden in het vervolg hun eigen artsen aan. De geriatrische werkzaamheden verdwenen daarmee bij de GG&GD om elders te worden voortgezet.

GESTAGE GROEI

De jaren na 1950 waren een periode van snelle expansie, zoals blijkt uit de volgende grafiek. De dikke lijn geeft de uitgaven aan, gecorrigeerd voor de geldontwaarding, beginnend in 1925, dat wil zeggen vanaf het jaar waarin Heijermans zijn belangrijkste uitbreidingen had voltooid. De lijn vertoont tot 1950 een sterk wisselend verloop, om vanaf 1950 gestaag te gaan stijgen. De scherpe val van de uitgaven in 1965 is het gevolg van de invoering van de Bijstandswet. Allerlei kosten die tot dan toe door de gemeente werden betaald, gingen toen over naar de bijstand.

Uitgaven en personeelsovang 1925-1980



Bron: Böttcher 1983, 14.

De toename van kosten en van personeel na 1950 had verschillende achtergronden. Ze was om te beginnen het resultaat van nieuwe toevoegingen aan de dienst. Er kwamen nieuwe afdelingen bij, door de herschikking van oude taken en de komst van

nieuwe. Zo werd de afdeling Bedrijfscontrole in 1951 omgezet in de afdeling Bedrijfsgeneeskunde en Controle Ziekteverzuim (later: Bedrijfsgezondheidszorg). Net als haar voorganger hield de nieuwe afdeling zich bezig met de keuring van gemeentepersoneel en de controle op ziekteverzuim. Daarnaast werd in alle gemeentelijke diensten en bedrijven een bedrijfsgeneeskundige dienst van de GG&GD geïntroduceerd, die door middel van periodiek onderzoek en aanpassingen in de arbeidsomstandigheden de gezondheid van de werknemers ten goede zou komen. Nieuw was ook de al genoemde afdeling Maatschappelijk Werk en Revalidatie, eveneens een samenvoeging van oude en nieuwe taken. Een snel groeiend onderdeel ervan was de huisverzorging: het aantal verzorgsters liep op van zo'n tweehonderd kort na de oorlog tot een kleine vierhonderd in 1961. Het aantal gezinnen dat hulp kreeg, steeg van ruim duizend in 1950 tot bijna vierduizend in 1964. De behoefte aan dergelijke hulp is uiteraard welhaast onbegrensd; het is duidelijk dat de mogelijkheden om aan die behoefte te voldoen flink toenamen in de loop van de jaren vijftig en zestig. Een nieuwe en snel groeiende loot aan de stam was in 1961 de afdeling Geriatrie, terwijl de dienst in 1965 werd uitgebreid door de toevoeging van het Gemeentelijk Audiologisch Centrum.

Naast deze nieuwe aangroeijsels was er ook sprake van een verdikking van de reeds bestaande onderdelen. De afdeling Geestelijke Hygiëne bijvoorbeeld groeide na de oorlog als kool. Er kwamen onderafdelingen voor jeugdpsychiatrie en ouderenspsychiatrie, terwijl de activiteiten op het gebied van voorzorg en crisisinterventie eveneens toenamen. Zij werden gebundeld in de onderafdeling Volwassenen- en Acute Psychiatrie. Grote bekendheid verwierf deze afdeling met zijn 'rijdende psychiater': de hulpdienst die per auto de stad doorkruiste, om mensen in psychische nood thuis te bezoeken. Het voorkómen van opname was hier nog altijd de leus, al lukte dat maar in een beperkt deel van de gevallen. Ook in allerhande crisissituaties was de rijdende psychiater vaak snel ter plaatse om acute psychiatrische zorg te verlenen. Naast dit preventieve werk kwam door de

komst van psychofarmaca na de oorlog bovendien een geheel nieuwe curatieve tak van psychiatrische zorg op gang. In het midden van de jaren vijftig begonnen de GG&GD-psychiaters voorzichtig met het verstrekken van *largactil* aan hun patiënten. Met klaarblijkelijk succes: in 1961 kreeg maar liefst driekwart van de ongeveer tweeduizend nazorgpatiënten van de GG&GD de een of andere tranquillizer.

Onder uiteenlopende benaming (kinderhygiëne, jeugdhygiëne) groeiden ook de werkzaamheden ten aanzien van zuigelingen, kleuters en schoolkinderen. Deze afdeling zou uiteindelijk Jeugdgezondheidszorg gaan heten. Het belangrijkste nieuwe werk op dit terrein bestond uit vaccinaties. Massale inentingen zijn begonnen in de jaren vijftig: in 1952 tegen difterie, in 1953 tegen kinkhoest, in 1956 tegen tetanus en ten slotte in 1957 tegen polio. Het GG&GD-jaarverslag van 1965 meldt dat ruim negentig procent van alle Amsterdamse kleuters was ingeënt. Halverwege de jaren zeventig werd het repertoire nog uitgebreid met vaccinaties tegen rode hond en mazelen. Verder begon men in 1951 met prenatale zorg en breidden de schoolartsen hun werk in deze jaren uit naar bepaalde delen van het voortgezet onderwijs. Een en ander resulteerde in een aanzienlijke groei. Begin jaren zestig werkten er bij deze afdeling zo'n dertig artsen, tegen de tachtig verpleegsters, vijfentwintig heilgymnasten en twintig logopedisten. Zij kregen uiteraard te maken met een jeugd die beter gevoed en gezonder was dan ooit. Dat heeft slechts op één punt geleid tot vermindering van werkzaamheden: in 1956 werd één van de drie algemene controles door de schoolartsen – die welke plaatsvond halverwege de lagere school – afgeschaft. De groeiende welvaart en het succes van het vaccinatieprogramma hebben er wel toe geleid dat het accent in de jeugdgezondheidszorg in de loop der jaren verschoven is van de bestrijding van ondervoeding en de opsporing van kinderziekten naar hulp bij opvoedingsproblemen en het geven van psychosociale begeleiding.

Ook de afdeling Controle en Melding stond in het teken van uitbreiding. Het opnamebureau had het in de naoorlogse om-



▲ Schoolgeneeskunde.



▲ Een ambulance van de GG&GD in actie.

standigheden drukker dan ooit en ook het ambulancevervoer nam sterk toe. Een van de redenen daarvan was de groei van het aantal verkeersslachtoffers. In 1951 waren er ongeveer zeventuizend meldingen van ongevallen tegen zo'n twaalfduizend in 1965. Daarnaast vergde ook het vervoer van en naar de ziekenhuizen een steeds grotere inspanning. Deze taken kwamen in toenemende mate in het gedrang doordat ook het vervoer van en naar de poliklinieken moest worden geregeld. Dit kwam neer op enkele tienduizenden ritten per jaar. In 1959 werd besloten om een groot deel van dit poliklinisch vervoer over te laten aan een particuliere vervoersorganisatie. Deze afstoting betekende een drastische reductie van het aantal ritten. Daarbij vergeleken daalde het aantal ambulances veel minder, slechts van 28 naar 23. Dat hing deels samen met de vele transporten die vanwege plaatsgebrek voorlopig nog nodig waren naar ziekenhuizen buiten Amsterdam. Voor een ander deel blijkt ook op dit punt dat de GG&GD gewoon wat ruimer in zijn vel kwam te zitten.

Als men in de eerste naoorlogse decennia ergens reden tot vreugde had, dan was het bij de afdeling Volksgezondheid. Pe-

nicilline en andere antibiotica kwamen na de oorlog beschikbaar en de jaarverslagen van de GG&GD openen in de jaren vijftig en de vroege jaren zestig regelmatig met de mededeling dat het goed ging met de volksgezondheid in Amsterdam. De belangrijkste infectieziekten waren allemaal behandelbaar geworden. Er bestonden op de traditionele terreinen geen grote problemen meer en allerlei activiteiten werden overbodig. De poliklinieken voor schurft en favus werden bij gebrek aan patiënten gesloten. Eind jaren veertig had de GG&GD nog verschillende keren gebruik moeten maken van de politieverordening die het mogelijk maakte om kinderen met 'ernstig verontreinigd hoofdhaar' gedwongen kaal te scheren; in de loop van de jaren vijftig verdween de hoofdluis nagenoeg volledig. Het jaarverslag over 1954 meldde dat het aantal nieuwe gevallen van syfilis inmiddels zo laag was geworden (zes) dat het geen zin meer had om nog tabellen over deze aantallen op te nemen. Ook hier was het de vraag of de bestaande poliklinieken allemaal nog wel nodig waren.

De overwinning op hoofdluis en geslachtsziekten zou slechts tijdelijk zijn, maar voorlopig was de hemel onbewolkt. Wel kwamen er in plaats van infectieziekten nieuwe bedreigingen van de volksgezondheid naar voren, vooral kanker en hart- en vaatziekten. Het ontstaan van deze ziekten werd voor een belangrijk deel in verband gebracht met aspecten van de leefstijl. Door deze verschuiving werd er in de openbare gezondheidszorg naast de strijd tegen ziekteverwekkers steeds meer plaats ingeruimd voor epidemiologisch onderzoek en de benoeming van risicofactoren, met daaraan gekoppeld een nieuwe vorm van preventie: de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO). Deze activiteit werd aanvankelijk uitgevoerd door een apart gemeentelijk bureau, het Bureau GVO. Toen in de jaren tachtig aids opkwam, werkte dit bureau nauw samen met de afdeling Volksgezondheid van de GG&GD. Begin jaren negentig werd het opgeheven en werden alle gemeentelijke voorlichtingsactiviteiten overgedragen aan de dienst, waar zij verder zouden uitgroeien.

Dit was niet de enige innovatie op het gebied van de volksgezondheid. Ook kwam er een nieuwe Sanitaire Dienst, waarbij de havendienst, de overgebleven ontsmettingsinrichting en de ongediertebestrijding werden ondergebracht. Verder werd het bacteriologisch laboratorium op grotere voet voortgezet als streeklaboratorium en leidden richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie er in 1952 toe dat vanuit de GG&GD een sanitaire dienst op Schiphol werd opgericht, om binnenkomende vliegtuigen uit risicovolle gebieden te controleren. Een groep verplegers was hiervoor doorlopend beschikbaar. Iets nieuws was ook de opkomst van de milieuhygiëne. Aanvankelijk ging het om een technische variant. Onder leiding van H. Heida kwam een klein milieulaboratorium tot ontwikkeling, waar men watercontroles verrichtte, monsters onderzocht en luchtmetingen deed. In de jaren zeventig werd dit initiatief losgeweekt van de GG&GD en omgevormd tot een zelfstandig gemeentelijk instituut, de Omegam, dat nog altijd bestaat. In een later stadium kwam onder invloed van de groeiende belangstelling voor de gezondheidsproblemen die voortkwamen uit de verontreiniging van bodem, water en lucht ook de medische milieukunde tot ontwikkeling. Enkele schandalen, zoals de verontreiniging van de Volgermeerpolder en het gifschandaal in Lekkerkerk, beide omstreeks 1980, werkten hier als katalysator. De hele medische milieukunde stond op dat moment nog in de kinderschoenen en ook in de GG&GD bestond op dit gebied nog geen enkele expertise. Degene die begin jaren tachtig hiervoor werd aangesteld, moest eerst nog een aparte scholing volgen. Maar de toevoeging bleek waardevol; de benoeming van een medisch milieukundige vond bij de andere GG'D's in het land spoedig navolging.

Er kwam in de naoorlogse periode meer vlees op de botten van de GG&GD, zoveel is duidelijk. Daarnaast is het de vraag of er in deze jaren niet ook een zekere vervetting van de organisatie is opgetreden. Neem bijvoorbeeld de psychologische afdeling, waar een spectaculaire groei plaatsvond. Tot 1945 was dit in wezen een eenmansonderneming. In 1950 werkten er drie

psychologen, in 1955 waren het er acht en in 1960 twintig. Ongeveer de helft van het werk bestond uit keuringen voor bepaalde gemeentelijke functies, vooral bij de politie en het gemeentelijk vervoersbedrijf. Het aantal van deze keuringen lag in het begin van de jaren zestig rond de duizend per jaar. Dat was *minder* dan in het begin van de jaren vijftig. De andere helft van het werk behelsde psychologische onderzoeken van personen voor andere instanties. Vrij constant bleef bijvoorbeeld het aantal onderzoeken ten behoeve van de jeugdpsychiater van de GG&GD: zo rond de tweehonderd per jaar. Het aantal onderzoeken voor instanties buiten de GG&GD nam daarentegen af. Zo werden er aanvankelijk ongeveer driehonderd beroepskeuzeonderzoeken per jaar voor het arbeidsbureau verricht, iets wat later helemaal verdween. Slechts op één punt nam de hoeveelheid werk toe: er was een belangrijke stijging in het aantal onderzoeken voor scholen die hoorden bij het gemeentelijk Pedotherapeutisch Instituut. Van zo'n honderd in 1950 liep dit op tot bijna duizend in 1965. In zijn totaliteit steeg het aantal onderzoeken van de psychologische afdeling in deze periode hierdoor van zo'n tweeduizend tot ongeveer zesentwintighonderd. Dat is een toename die veel geringer is dan de groei van het aantal stafleden.

Wie de jaarverslagen van de GG&GD leest, krijgt vaker het vermoeden dat de organisatie in deze jaren op sommige punten sneller groeide dan de werkzaamheden. Dit vermoeden wordt nog veel sterker wanneer men afgaat op de verhalen die er over deze periode de ronde doen. Ter illustratie de genoemde GG&GD-post op Schiphol. Volgens de jaarverslagen verzetten de dertien verpleegkundigen aldaar een geweldige hoeveelheid werk. Zo werden er in 1968 maar liefst 176.208 passagiers gecontroleerd. In 1975 was dit aantal toegenomen tot 306.053. Eind jaren zeventig bleek dat de desbetreffende verpleegkundigen – die inmiddels allemaal bevorderd waren tot hoofdverpleegkundigen – de hele dag eigenlijk helemaal niets deden. De passagierscontrole behelsde niet meer dan dat er een verpleegkundige op de wacht stond bij de slurf waaruit passagiers naar

buiten kwamen uit een vliegtuig uit Afrika of een ander risicovol deel van de wereld. Aan deze praktijk is toen een einde gemaakt. De sanitaire taken werden opgeheven en de Schipholdienst kreeg een nieuwe opdracht op het gebied van EHBO en bedrijfsgeneeskunde voor het luchtvaartpersoneel. Deze verandering bracht met zich mee dat de dienst werd weggehaald bij de afdeling Volksgezondheid en de status kreeg van een zelfstandige afdeling: de Medische Dienst Schiphol. Nog weer later is deze dienst overgenomen door de luchthaven.

De toestanden op de GG&GD-afdeling van Schiphol waren geen uitzondering. In de verhalen is sprake van artsen met een fulltime dienstverband die slechts één à twee uur per dag aanwezig waren, en de rest van hun tijd besteedden aan een bloeiende particuliere praktijk; van medewerkers, alweer met een volledige aanstelling, die gewend waren om om één uur te komen en om vijf uur te vertrekken. Daarbij kwam dat dit alles niet als bijzonder werd gezien. Niemand die er aanstoot aan nam. Dit soort toestanden is niet uniek voor de GG&GD in Amsterdam. Zoals bekend waren er meer overheidsinstellingen die in de jaren zestig en zeventig een periode van onbekommerde groei doormaakten, waardoor op den duur iedere druk om te presteren of verantwoording van de eigen bezigheden af te leggen dreigde te verdwijnen. Dat had ongetwijfeld te maken met het feit dat de economie floreerde en de welvaart in een ongekend hoog tempo steeg. Wat was er logischer dan de nieuwe rijkdom mede ten goede te laten komen aan meer gemeentelijke voorzieningen en, in dit specifieke geval: betere gezondheidszorg voor iedereen? Er was geld genoeg voor een bedrijf als de GG&GD en dwang om rendabel te werken bestond er niet. De dreiging van bezuiniging en doelmatigheidsverhoging zou pas in de late jaren zeventig verschijnen. Afgezien van deze weldadige omstandigheden hing de lethargie waarin grote delen van de GG&GD waren verzonken, waarschijnlijk ook samen met het feit dat het in grote lijnen zo goed ging met de volksgezondheid. Er was geen dringende noodzaak om erg actief te zijn. De meest geïnspireerde afdeling moet de afdeling Geriatrie zijn

geweest, waar men probeerde iets te doen aan een nieuw en urgent probleem.

Wie het geheel overziet, moet wel tot de conclusie komen dat de overgang van curatieve zorg naar preventie die de GG&GD door het verdwijnen van de geneeskundige armenzorg zou hebben doorgemaakt, bepaald niet volledig was. Met de zittingslokalen verdween inderdaad de hoofdmoot van de curatieve armenzorg, maar dat er daarna een zuiver preventieve dienst overbleef, is bezijden de waarheid. Op sommige afdelingen ontstonden na de oorlog nieuwe vormen van curatieve zorg, zoals bij geriatrie, geestelijke hygiëne en bij de bestrijding van infectieziekten. Ook kwamen er nieuwe onderdelen bij die niets met preventie hadden uit te staan, zoals bijvoorbeeld logopedie en het Audio-logisch Centrum.

Een belangrijke inkrimping zouden de curatieve onderdelen van de GG&GD halverwege de jaren zeventig ondergaan, ten gevolge van de opening van het Slotervaartziekenhuis. Dit was een nieuw gemeentelijk ziekenhuis waarin alle klinische zorg die onder de gemeente viel, werd ondergebracht. Dat betekende niet alleen dat de gemeentelijke delen van het Binnengasthuis en het Wilhelmina Gasthuis naar Slotervaart verhuisden en dat het Weesperpleinziekenhuis zijn deuren sloot, maar ook dat bijna alle curatieve taken van de GG&GD werden afgesloten. De Pieter van Foreestkliniek voor somatisch-geriatrie patiënten ging dicht, terwijl ook aan het bestaan van Zeeburg na zestig jaar een einde kwam. Al te veel was daar trouwens niet meer van over. Al in 1961 was de quarantaineafdeling gesloten, omdat de instandhouding daarvan op dat moment niet langer wettelijk vereist was en er van de mogelijkheden voor quarantaine en observatie ternauwernood gebruik werd gemaakt. Een dood-enkele keer werden er door de dienst op Schiphol verdachte gevallen doorgestuurd. Zo werd in 1956 een groep vliegtuigpassagiers uit Argentinië ter observatie in Zeeburg opgenomen vanwege mogelijk poliogevaar. Het noodziekenhuis dat na 1961 was overgebleven, met paviljoen 10 voor onrustige bejaarden,

werd in 1976 gesloten. De beëindiging van deze klinische GG&GD-taken verklaart de vermindering in uitgaven en personeelsbestand rond 1976 die in de grafiek op p. 158 te zien is.

Op curatief gebied bleef een klein aantal werkzaamheden over: de geslachtsziektebestrijding en een deel van het werk van het streeklaboratorium. In de jaren tachtig is hier de medische zorg voor verslaafden en de tuberculosebestrijding bijgekomen.

EERSTE TEKENEN VAN VERANDERING

In 1966 schreef een afdelingshoofd van de GG&GD in het *Bedrijfsblad* een lang artikel over hoe hij zich Amsterdam voorstelde in de verre toekomst – in het jaar 1990.³ De rommelige woonboten in de Nieuwe Achtergracht zouden dan verdwenen zijn, omdat de gracht gedempt zou zijn en omgevormd tot parkeerruimte voor de vele medewerkers van de dienst die met de auto naar hun werk zouden komen. Het plein voor het Centraal Station zou autovrij zijn; reusachtige verkeersstromen zouden zich nagenoeg geruisloos verplaatsen in brede tunnels onder het station door. De toekomst werd hier voorgesteld als een steeds verder doorgevoerde ordening zoals die heerste in de jaren vijftig en de vroege jaren zestig.

Toch waren de tekenen van de veranderingen die op til waren, in het midden van de jaren zestig al zichtbaar. Om te beginnen ontwikkelde Amsterdam zich in rap tempo tot centrum van de opkomende jeugdcultuur. Een lange stoet van nozems, provo's, hippies, studenten en krakers trok in de loop der jaren door de stad en zorgde waar het uitkwam voor oproer en tumult. Sympathisanten uit de rest van Nederland sloten zich aan en ook in het buitenland drong de faam van Amsterdam als 'magisch centrum' door. De jeugdtoeristen stroomden toe, rookten een joint en rolden hun slaapzak uit op de Dam of in het Vondelpark. Jongeren werden meer dan ooit zichtbaar en ze waren dat op een voor de gevestigde orde hoogst irritante ma-

nier. Nu was die orde aanvankelijk snel geïrriteerd. Een groep nozems hoefde maar verveeld tegen een brugleuning te hangen of er werd al schande van gesproken. En het gemak waarmee de provo's met wat rare leuzen en ludieke acties het gezag tot razernij wisten te brengen, is achteraf nog maar moeilijk voorstelbaar. Onder de oppervlakte van alle happenings en acties voltrok zich intussen een aantal meer fundamentele veranderingen op het gebied van seksualiteit en consumptie, in machtsverhoudingen en omgangsvormen.

In de GG&GD bleef dat niet onopgemerkt. W.G. Mulder, hoofd van de psychiatrische afdeling, schreef in 1966 in het *Bedrijfsblad* van de GG&GD een uitvoerige beschouwing onder de titel 'Jong-zijn in een veranderende wereld'. Hij wees erop dat Socrates al geklaagd had over de opstandigheid van de moderne jeugd, en dat ook het nozemmeisje over wie iedereen zich nu zo veel zorgen maakte, later toch vaak 'een min of meer tevreden huismoedertje' werd. Maar desondanks was er volgens Mulder nu iets wezenlijk nieuws aan de hand. Overal in de westerse wereld waren er nu groepen adolescenten die gingen leven 'volgens hun eigen moraal', aldus Mulder, 'zij hebben veelal hun eigen uniform (blue jeans, blousons noires e.d.), hun eigen mode, waarbij de allerlaatste tijd vooral de haardracht opvalt'.⁴

Mulder behoorde zeker niet tot de conservatieven die alleen maar de schaduwkanten zagen van de nieuwe jeugdcultuur. Zo schreef hij al in 1969 een informatief boek over druggebruik bij jongeren en was hij in 1970 een van de oprichters van het JAC, het Jongeren Advies Centrum, een instelling voor jongeren die van huis waren weggelopen. Naast de druggebruikers en de weglopers waren er ook nog de krakers. Bij Geestelijke Hygiëne ontstond de vrees dat hier sprake was van een groep die niet meer bereikt werd door de reguliere medische zorg. Een verpleegster van de afdeling ging daarom begin jaren zeventig kraakpanden langs, om te vragen of er gezondheidsproblemen waren. Iets vergelijkbaars werd gedaan door de afdeling Volksgezondheid. Daar werd omstreeks 1970 begonnen met het instellen van een spreekuur voor onverzekerden, in de wandel-

gangen het 'hippiespreekuur' geheten.

Daarmee was men er bij Volksgezondheid nog niet van af. In de loop van de jaren zeventig begonnen namelijk een paar oude kwalen opnieuw de kop op te steken. De hoofdluis maakte zijn rentree, terwijl ook – wat ernstiger was – het aantal geslachtsziekten weer begon op te lopen. De wachtkamers van de poliklinieken voor geslachtsziektebestrijding stroomden weer vol, zelfs voller dan ooit. Tussen 1970 tot 1975 steeg het aantal nieuwe consulten per jaar van zo'n dertienhonderd naar meer dan tienduizend, waarna de stijging zich doorzette. Vooral het snel toenemende aantal homoseksuele mannen met syfilis baarde zorgen. Als extra service voor deze groep zond de GG&GD maandelijks een prikzuster op pad, die bij de bezoekers van homobars en -sauna's bloed afnam om dat vervolgens op syfilis te testen.

Zo kreeg de GG&GD op uiteenlopende manieren te maken met de bijverschijnselen van wat doorgaans kortweg 'de jaren zestig' wordt genoemd. Aanvankelijk ging het om een betrekkelijk geleidelijke toename van de activiteiten, maar dat werd in de jaren tachtig anders. Het werk zou zich ophopen rond twee grote nieuwe thema's: van de probleemjongeren bleven uiteindelijk alleen de heroïneverslaafden over, terwijl de wereld van de infectieziektebestrijding hardhandig zou worden opgeschrikt door de komst van een nieuwe dodelijk ziekte. Beide problemen, drugs en aids, hebben de GG&GD van nieuwe impulsen voorzien.

Een tweede grote verandering die zich in de jaren zestig en zeventig onmiskenbaar begon aan te kondigen was de opkomst van een nieuwe cliëntèle voor de GG&GD. Die hing samen met een ingrijpende veranderingen in de Amsterdamse bevolkingssamenstelling. Grote groepen geboren en getogen Amsterdammers verlieten na 1960 de stad om hun intrek te nemen in de ruimere woningen van Hoorn, Weesp, Purmerend, Almere of Lelystad. Het was een massale uittocht: in totaal vertrokken er enkele honderdduizenden Amsterdammers. In het stadscentrum werden hun plaatsen ingenomen door nieuwe welgestel-



- ▲ Immigranten zijn een belangrijk deel gaan uitmaken van de clientele van de GG&GD. Hier een situatie bij Jeugdgezondheidszorg. Het jongetje fungeert als tolk (foto: Katrien Mulder).

den, studenten en andere import; in Oost en in de Westelijke tuinsteden voornamelijk door nieuwe groepen immigranten uit Suriname, de Antillen, Turkije en Marokko. Het aandeel van deze laatste bevolkingsgroepen in de totale stadsbevolking is sindsdien steeds toegenomen en bedraagt op dit moment ruim veertig procent.

De verschillende groepen nieuwkomers zijn voor de GG&GD van grote invloed geweest, en wel op twee manieren. Ten eerste heeft de toegenomen migratie eraan bijgedragen dat gezondheidsproblemen uit de hele wereld in Amsterdam worden geïmporteerd. Voor de volksgezondheid levert dat nieuwe bedreigingen op, waarop de GG&GD in een multiculturele stad als Amsterdam zeer alert moet zijn. Zo zag het er lange tijd naar uit dat tuberculose aan het verdwijnen was, maar het tegendeel bleek het geval: in de jaren negentig begon het aantal gevallen weer te stijgen. Hepatitis-A en -B worden vooral uit (sub)tropische gebieden ingevoerd en voor nieuwe uitheemse ziekten is eigenlijk een continue waakzaamheid geboden. Minder dan ooit

laat de Amsterdamse bevolking zich, ook medisch gezien, afschermen van de rest van de wereld. Ten tweede is rond deze groep van nieuwkomers een soort moderne variant van de geneeskundige armenzorg ontstaan, waarbinnen de afdeling Jeugdgezondheidszorg een spilfunctie vervult. Het gaat om een grote groep sociaal-economisch en anderszins kwetsbare Amsterdammers, die niet altijd de weg weten in de complexe wereld van de Nederlandse gezondheidszorg. Voor deze bevolkingsgroepen is de GG&GD vaak een eerste aanspreekpunt. Zuielingen- en kleuterzorg zijn hier vaak van grote waarde, terwijl de dienstverlening aan deze groepen bovendien bestaat uit begeleiding en advies in de hedendaagse doolhof van regels en instellingen.

Kan men wat betreft de medische bijverschijnselen van de nieuwe jeugdcultuur en de komst van nieuwe bevolkingsgroepen nog zeggen dat de GG&GD de vinger redelijk aan de pols heeft gehouden en sommige van de veranderingen zelfs als nieuwe kansen heeft aangegrepen, anders ligt dat bij een derde ontwikkeling. Zij vormde een naderend onheil waarvoor in de GG&GD opvallend weinig oog bestond, namelijk de kering van het politiek-bestuurlijke tij. De economie stagneerde in de jaren zeventig, gevolgd door de recessie van de jaren tachtig. Onder deze omstandigheden waren politici steeds minder geneigd de zaken op hun beloop te laten. De Rijksoverheid begon zich steeds nadrukkelijker te bemoeien met de gezondheidszorg en hoopte met nieuwe regelgeving de almaar stijgende kosten te kunnen beteugelen. Op gemeentelijk niveau was het niet anders. De gemeentelijke uitgaven dreigden onbetaalbaar te worden en ook hier kwam een nieuwe lichtung van bestuurders die de greep van politiek en bestuur op de gemeentelijke diensten en bedrijven wilde verstevigen. Het woord bezuinigen viel in de loop van de jaren zeventig steeds vaker te horen, met alle daaraan gekoppelde omineuze begrippen als deregulering, privatisering, heroverweging, ombuiging en afslanking.

Op een autonome 'doktersdienst' als de GG&GD leek dit alles weinig indruk te maken. Althans, de directie leek weinig te

doen om zich op de klimaatsverandering voor te bereiden. In 1972 overleed Ittmann, nog voor zijn pensionering. Hij werd opgevolgd door zijn adjunct, J. Allema, volgens alle getuigen een buitengewoon aardige man, maar tevens iemand die moeilijk kon ingrijpen en het liefst Gods water over Gods akker liet lopen. Eind jaren zeventig begon die opstelling zich steeds duidelijker te wreken. Er was landelijke wetgeving in aantocht over het takenpakket van gemeentelijke gezondheidsdiensten, maar de GG&GD had op dit punt geen enkele inbreng en hobbelde maar zo'n beetje achter de feiten aan. Er was geen duidelijk beleidsplan, er waren geen doelstellingen en er werd op geen enkele manier verantwoording van activiteiten afgelegd: bij het maken van de jaarverslagen kampte men met een jarenlange achterstand.

7

CRISIS EN NIEUW LEVEN (NA 1980)

De jaren tachtig en negentig zijn voor de GG&GD niet gemakkelijk geweest. Na de zorgeloze jaren zestig en zeventig volgde een lange periode van reorganisaties en bezuinigingen. Eind jaren zeventig is vanwege de interne problemen al een organisatiebureau in de arm genomen, en direct daarna begonnen de gemeentelijke bezuinigingen. Voor een ambtelijke organisatie als de GG&GD is afslanking moeilijk. Ambtenaren kunnen immers bijna niet ontslagen worden, en als ze al ontslagen worden, krijgen ze meestal wachtgeld. Dat betekent dat er weliswaar minder werk wordt gedaan, maar dat er nauwelijks wordt bezuinigd. Aanvankelijk is er vooral bezuinigd door het wegsnijden van overtollig vet dat in de jaren zestig en zeventig was aangegroeid. Ook trad er een verandering op in de leiding van de GG&GD: er kwamen afdelingshoofden en directeuren die niet terugschrokken voor impopulaire maatregelen. Maar toen er nog verder bezuinigd moest worden, werd het moeilijker om aan te geven welke taken eventueel afgestoten konden worden, en welke onderdelen per se gehandhaafd moesten blijven. Dat

heeft geleid tot het inschakelen van een reeks van organisatiebureaus die hun licht hebben laten schijnen over de vraag wat weg kon, wat moest blijven en hoe er gereorganiseerd moest worden om efficiënter te kunnen werken.

Ook door veranderingen in de wetgeving werd de positie van de GG&GD onzekerder. De Rijksoverheid is in de jaren zeventig actief gaan streven naar een landelijk dekkend net van gemeentelijke gezondheidsdiensten of 'basisgezondheidsdiensten', zoals ze een tijdlang zouden gaan heten. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg uit 1982 droeg alle gemeenten op een dergelijke dienst in stand te houden. Nog voor ze goed en wel was ingevoerd, werd deze wet weer ingetrokken. Om het landelijke netwerk van gezondheidsdiensten alsnog een wettelijk kader te geven is in 1990 de nieuwe Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid in werking getreden. Deze wet maakte de collectieve preventie tot de hoofdtaak van de GG&D's in Nederland, waaronder wordt verstaan de 'bewaking en bevordering van de volksgezondheid voor zover deze samenhangt met risico's met een collectief karakter'.¹ Ook bracht deze wet een belangrijke wijziging met zich mee in de financiering van de GG&D's. De eerdere rijksbijdragen die specifiek bestemd waren voor collectieve preventietaken werden voortaan gestort in de grote pot van het gemeentefonds. De invloed van het Rijk op de besteding van het geld kwam daarmee te vervallen. Binnen de marges van de wet mogen de gemeenten zelf weten hoe zij hun geld besteden en welk deel zij aan collectieve preventie uitgeven. Meer dan vroeger moesten de GG&D's daardoor gaan concurreren met andere organisaties om de schaarse gemeentelijke middelen. Ze werden bovendien een stuk afhankelijker van hun gemeentebesturen.

Toch bestaat de recente geschiedenis van de Amsterdamse GG&GD uit meer dan alleen reorganisaties, bezuinigingen en bonje met het gemeentebestuur. Een nieuwe weg werd ingeslagen toen de GG&GD in de tweede helft van de jaren zeventig in opdracht van de gemeenteraad onderzoek begon te doen naar gezondheidsverschillen tussen verschillende buurten in Am-

sterdam. Die bleken aanzienlijk te zijn. De verklaring daarvoor werd vooral gezocht in sociaal-economische factoren zoals opleidingsniveau, inkomen en huisvesting. Deze 'sociaal-economische gezondheidsverschillen' vormen sindsdien op allerlei manieren een richtsnoer voor de dienst. De terugdringing ervan is vanaf de jaren tachtig een nieuwe doelstelling geworden. Ook hebben de onderzoeksbevindingen geleid tot een meer wijkgerichte manier van werken, al geldt dat niet voor de gehele dienst. Bepaalde taken, zoals infectieziektebestrijding, medische milieukunde en rampenbestrijding, kennen geen buurtgerichte aanpak en zijn daar ook niet bij gebaat. Daar is eerder sprake van een tegengestelde tendens, die van schaalvergroting en regionalisering. Maar in beide gevallen doen zich nieuwe kansen voor en zijn er nieuwe initiatieven ontstaan.

In de recente geschiedenis zijn bovendien twee grote nieuwe problemen opgekomen, die de GG&GD de mogelijkheid hebben gegeven zich opnieuw te profileren. Begin jaren tachtig deden zich de eerste gevallen voor van aids, een ziekte die zich in Nederland niet toevallig vooral manifesteerde in het enige metropooltje van ons land: in Amsterdam. De afdeling Volksgezondheid van de GG&GD slaagde erin om bij de bestrijding van deze nieuwe en dodelijke infectieziekte een centrale rol te gaan spelen. Iets vergelijkbaars geldt voor de drugshulpverlening. Uit de eerste generatie druggebruikers ontstond een nieuwe onderklasse die niet paste in de reguliere gezondheidszorg: een onderklasse van loslopende en stelende verslaafden, voor wie de reguliere samenleving haar neus op haalt. De zorg voor deze groep wordt voor een belangrijk deel door de GG&GD voor zijn rekening genomen.

DRUGS

Harddrugs bestonden al in Amsterdam voordat in 1972 de heroïne arriveerde. Daarvóór was het vrij gemakkelijk om aan opium te komen bij de Chinese gemeenschap van Amsterdam.

In 1972 stakte de opiumtoevoer doordat allerlei hier illegaal verblijvende Chinezen werden uitgewezen. Toevallig kwam er in diezelfde periode voor het eerst heroïne in Amsterdam. Het werd meegebracht door Amerikanen die eerder in Vietnam hadden gevochten.

Heroïne was van meet af aan veel duurder dan opium. Aanvankelijk werden deze middelen vooral gebruikt door jongeren uit betere kringen. Problemen ontstonden toen het gebruik begon door te sijpelen naar jongeren uit lagere milieus. Er kwam een nieuwe groep verslaafden bij nadat in 1975 Suriname onafhankelijk was geworden. Veel Surinamers kwamen in die tijd naar Nederland, vooral naar Amsterdam. Sommigen van hen, voornamelijk creolen, raakten aan de heroïne. Anders dan de eerstgenoemde groepen injecteerden zij de heroïne niet; zij 'chineesden': zij inhaleerden de damp van verwarmde heroïne. Zo herbergde Amsterdam aan het eind van de jaren zeventig een populatie van zo'n tienduizend verslaafden, die was samengesteld uit verschillende groepen: een groep van geflipte hippies, studenten en kunstenaars; een groep van kansarme probleemjongeren en een groep van niet-sputende Surinamers. Ook kwamen er in deze tijd nogal wat buitenlanders af op de geur van heroïne.

De gemeente deed aanvankelijk weinig. De Jellinekliniek bood zeer beperkte mogelijkheden tot afkicken. Uit religieuze hoek, onder andere door Youth For Christ, werd hulp opgezet voor Vondelparkslapers. Mede hieruit ontstond eind jaren zeventig het HUK (Huis- en Uitkerings-Kamer), een groot pand in de Spuistraat in het centrum van Amsterdam, met een eigen huisdealer, waar enkele honderden blanke verslaafden ongestoord konden gebruiken. Rond het pand ontstond een bloeien-de heroïnehandel, met alle bijbehorende overlast van dien.

De Surinaamse verslaafden zorgden voor zichzelf. Zij vestigden zich in een pand aan de Vijzelstraat dat bestemd was voor Surinaamse hulpverlening. Toen de overlast rond dat pand te groot werd en zij er door de politie waren uitgezet, trokken zij na wat omzwervingen in een leegstaand uitgebrand theater in

het centrum van Amsterdam, de Stadsdoelen op de Kloveniersburgwal. In de Stadsdoelen maakten Surinaamse dealers de dienst uit. Een van de weinige niet-Surinamers die er wat te zoeken had, was Giel van Brussel, een arts van de GG&GD die twee keer per week spreekuur hield. De GG&GD ondernam meer vergelijkbare kleinere activiteiten. Verslaafden in ziekenhuizen met afkickverschijnselen kregen methadon van de GG&GD, en verslaafden in politiecellen werden bezocht door een arts van de dienst, waarbij desnoods wat valium of in uiterste nood ook methadon werd verstrekt. Maar met de grote crisis in de stad – rond het HUK begon die in 1978 en een jaar later in de Stadsdoelen – had de GG&GD slechts beperkte bemoeienis.

De situatie in de Stadsdoelen werd al snel onhoudbaar. Af en toe viel de politie binnen en trof dan onschuldig kaartende Surinamers aan die zich tijdig hadden laten waarschuwen. In samenwerking met de Surinaamse hulpverlening heeft de gemeente toen een plan opgezet dat er op papier goed uitzag. De overlast van gebruikers zou verspreid moeten worden over de stad. De verantwoordelijke wethouder, de voormalige minister van volksgezondheid Irene Vorrink, wilde zogenaamde ‘caféachtige ruimtes’ inrichten waar verslaafden konden gebruiken. Zij heeft geprobeerd om bewoners van allerlei wijken in Amsterdam te overtuigen van de noodzaak hiervan. Als gevolg van de geweldige weerstand daartegen is Vorrink ingestort. Zij is voortijdig als wethouder vertrokken, maar de caféachtige ruimtes zijn er gekomen. Zij hebben een paar jaar lang gefunctioneerd. Twee ervan zijn in brand gevlogen. Deze ruimtes werden geleid door een beheersstichting die nauwe banden onderhield met de Surinaamse hulpverleningsinstelling Srefidensie. Zowel Srefidensie als die beheersstichting is begin jaren tachtig failliet gegaan. Er bleek zo'n vijf miljoen gulden aan sociale premies te zijn verduisterd. De Rijksrecherche heeft nooit kunnen achterhalen waar dat geld is gebleven. Sommigen zeggen dat het bij Surinaamse dealers is blijven hangen. Anderen fluisteren dat de machtsovername in Suriname van 1980 met dit geld is gefinancierd. Niemand weet het zeker. De crisis rond de Stadsdoelen

zou een aparte studie waard zijn.

De caféachtige ruimtes waren niet het enige antwoord van het stadsbestuur op de crisis rond de Stadsdoelen. De gemeente heeft tevens het initiatief genomen om gratis methadon te gaan verstrekken aan Surinaamse verslaafden. De GG&GD moest dit programma uitvoeren. Er is toen ook al snel gestart met methadon voor heroïneprostituees als zij zich lieten controleren op geslachtsziekten op de polikliniek van de GG&GD. In 1981 is de methadonverstrekking van de GG&GD uitgebreid naar alle Amsterdamse verslaafden. Er is in die tijd door de GG&GD een systeem van verstrekking opgezet dat in grote lijnen is blijven bestaan tot de dag van vandaag. Ongeveer tachtig procent van alle verslaafden ontvangt sindsdien geregeld methadon. Ruim de helft wordt verstrekt door de GG&GD, de rest voornamelijk door Amsterdamse huisartsen. Huisartsen zijn bereid om mee te werken, omdat zij lastige methadonklanten dadelijk kunnen doorschuiven naar de GG&GD. Een centrale registratie zorgt ervoor dat verslaafden niet op meer dan één plaats hun methadon kunnen halen.

De pretentie van dit programma is beperkt. Doel is allereerst om de gezondheidstoestand van de verslaafden in de gaten te houden en de schadelijke gevolgen van de verslaving te beperken. Het programma brengt met zich mee dat er iets van controle bestaat op het overgrote deel van deze problematische groep, die op andere manieren nauwelijks bereikbaar is. Methadonverstrekking gaat gepaard met periodieke medische controle, die niet alleen van belang is voor de verslaafden, maar ook voor de meer gevestigde delen van de stadsbevolking. Verslaafden vormen bij uitstek een groep onder wie gevaarlijke besmettelijke ziekten zoals tbc zich makkelijk kunnen verspreiden. In de tweede plaats is het programma erop gericht de overlast voor de rest van de stad te beperken. Doordat de verslaafden methadon krijgen, kunnen ze beter functioneren en zijn ze niet langer gedwongen om hun dagelijkse dosis bij elkaar te roven. Methadonverstrekking, zo is de gedachte, vermindert dus de criminaliteit.



▲ De methadonbus.

Het Amsterdamse drugsprogramma is zowel geloofd als ge-
laakt. Het heeft zijn sporen nagelaten in het landelijk drugsbe-
leid en het is nagevolgd door andere steden. Ook internationaal
vervult het een voorbeeldfunctie. Regelmatig komen er buiten-
landse gasten op bezoek om hier op drugsgebied hun licht op te
steken. Daar staat tegenover dat er in de loop der jaren flinke
kritiek op het Amsterdamse beleid is geleverd, ook dit in bin-
nen- en buitenland. Volgens sommigen is het verwerpelijk om-
dat het te pragmatisch is, volgens anderen is het een fiasco
omdat de doelstellingen niet worden gehaald. Wat betreft hun
gezondheid is het bijvoorbeeld geen uitgemaakte zaak dat de
Amsterdamse verslaafden er beter aan toe zijn dan de verslaaf-
den in andere steden. Ook wat betreft de beperking van overlast
zijn er kanttekeningen te maken. Methadon is bedoeld ter ver-
vanging van heroïne, maar verschaft niet datgene waar het jun-
kies om te doen is: de flash. Verstrekking van methadon leidt
dan ook maar ten dele tot vermindering van ander druggebruik,
inclusief alle bijbehorende overlast. Het methadonprogramma
van de GGD is dus omstreden, maar dat geldt waarschijnlijk
voor iedere oplossing die gezocht wordt voor zo'n neteli-

ge kwestie als het drugsprobleem.

Naast de al dan niet gerealiseerde doelstellingen heeft de methadonverstrekking ook een ander effect, waarover eigenlijk iedereen het eens is: zij maakt verslaafden tot een nog deerniswekkender groep dan zij toch al zijn. De aanblik van de menselijke wrakken in de buurt van een methadonbus zal menige jongere ervan weerhouden om zelf eens heroïne te gaan proberen. Zoals Giel van Brussel, hoofd van de drugsafdeling van de Amsterdamse GG&GD, ooit zei: 'heroïne is voor de schlemiel, voor de zielepoet die bij de GG&GD loopt'.² Op die manier draagt de methadonverstrekking er wellicht toe bij dat er minder nieuwe verslaafden bijkomen.

Als aanvulling op het methadonprogramma is er al in de eerste helft van de jaren tachtig vanuit de GG&GD gepleit voor een experiment met de vrije verstrekking van heroïne. Amsterdam heeft voor zulke verstrekking in de jaren tachtig nooit toestemming gekregen van de regering. Vanuit Den Haag werd betoogd dat gratis verstrekking van heroïne ertoe zou leiden dat verslaafden uit de rest van de wereld naar Amsterdam zouden komen. Wel is er midden jaren tachtig geëxperimenteerd met morfine voor een klein aantal verslaafden, maar voor de rest is de verstrekking dus beperkt gebleven tot methadon, met als effect een populatie van verslaafden waar weinig nieuwe jongeren bijkomen. Vanaf midden jaren tachtig bleef het totale aantal min of meer constant; vanaf midden jaren negentig begon de groep langzamerhand kleiner te worden. Rond 1980 ging het om zo'n tienduizend verslaafden, van wie er in 2000 nog zo'n vijfduizend over waren. De rest is overleden of uit eigen beweging gestopt met gebruiken. De groep die is overgebleven, wordt steeds ouder – de gemiddelde leeftijd liep in 2000 al tegen de veertig – en steeds zieker. Dit leidde tot nieuwe pogingen om aan deze restgroep heroïne te gaan verstrekken. Op bescheiden schaal is hieraan tegemoet gekomen: een groep van enkele tientallen uitzichtloze gevallen ontvangt sinds het midden van de jaren negentig onder strenge controle heroïne.

Naast de methadonverstrekking is de drugsafdeling van de

GG&GD in het midden van de jaren tachtig begonnen met spuitomruil. De afdeling liep daarmee niet voorop, want, ere wie ere toekomt, de eerste spuitomruil is in Amsterdam opgezet door de organisatie van verslaafden, in de wandelgangen altijd aangeduid als de Junkiebond. Die spuitomruil was aanvankelijk bedoeld voor het tegengaan van besmetting met hepatitis-B, en later natuurlijk vooral met het aidsvirus. In Amsterdam kwam de spuitomruil voor velen te laat; een flink aantal spuiters bleek al met het aidsvirus te zijn besmet. Voor de rest van Nederland kwam de spuitomruil nog net op tijd.

De drugsafdeling van de GG&GD heeft zich de afgelopen twintig jaar vooral bekommerd om de heroïneverslaafden. Zij zijn lange tijd de belichaming geweest van de Amsterdamse drugsproblematiek. In de jaren negentig zijn er naast heroïne echter allerlei andere middelen opgekomen. Het aanbod van chemische en exotische middelen is geweldig toegenomen en verandert voortdurend. De GG&GD heeft met deze nieuwe generatie drugs niet zo veel bemoeienis. Men beperkt zich tot het registreren van die gevallen waarbij de ambulance in actie moet komen.

AIDS

Het verhaal over aids en de Amsterdamse GG&GD kan het beste begonnen worden met de ziekte hepatitis-B. Hepatitis-B is geen echte geslachtsziekte, maar wel een ziekte die vaak door seksueel verkeer wordt overgebracht. Eind jaren zeventig bleek dat meer dan de helft van de bezoekers van Amsterdamse homo-sauna's weleens in aanraking was geweest met het hepatitis-B-virus. De meeste dragers van het virus merken daar niets van; bij sommigen leidt het virus tot blijvende beschadiging van de lever.

In 1980 was er in Amerika een vaccin tegen hepatitis-B ontwikkeld. In Nederland werd een eigen vaccin ontwikkeld door het centraal laboratorium van de bloedtransfusiedienst. De Am-

sterdamse GG&GD bood aan om dit Nederlandse vaccin te testen bij de voornaamste risicogroep van homoseksuelen mannen. De GG&GD kreeg alle medewerking van de belangenvereniging van homoseksuelen in Amsterdam, het coc, waarmee toch al goede contacten bestonden vanwege de actieve geslachtsziektebestrijding die de GG&GD onder homomannen had opgezet. Rond het nieuwe vaccin tegen hepatitis-B ontwikkelde zich een vruchtbare samenwerking tussen enerzijds bloedbanken en anderzijds homoseksuelen mannen en hun organisaties, met als *go-between* de GG&GD. Deze bemiddelende functie verklaart waarom de Amsterdamse GG&GD een zo centrale rol kon gaan spelen toen begin jaren tachtig aids uitbrak.

Aids was niet alleen een dodelijke ziekte waarvoor geen geneesmiddel bestond, het was aanvankelijk ook een ziekte waarvan de oorzaak onbekend was. Wel was het duidelijk dat de ziekte zich vooral voordeed bij homoseksuelen mannen. Het werd bovendien al snel vermoed dat de overdracht mede zou kunnen plaatsvinden via bloed. De bloedbanken wilden dan ook dat homoseksuelen mannen zouden worden uitgesloten als bloeddonoren. Het coc betoogde dat dit discriminatie was.

Behalve dat er overlegd moest worden over de vraag of homoseksuelen mannen wel of niet bloeddonor konden blijven, moest er ook worden besloten hoe de seksuele verspreiding van het virus het best kon worden tegengegaan. Men was het erover eens dat dit vooral moest gebeuren door de bevordering van condoomgebruik en andere vormen van 'veilig vrijen'. In andere opzichten liepen de meningen uiteen. Zo meenden sommigen dat in het belang van de volksgezondheid gestreefd zou moeten worden naar sluiting van die plekken die bedoeld zijn voor anoniem homoseksueel contact, zoals sommige sauna's en dark rooms. Het coc betoogde echter dat deze gelegenheden voor seksueel contact belangrijke verworvenheden van de homo-emancipatie vormden, en dat het beter was om binnen dergelijke gelegenheden alle nadruk te leggen op condoomgebruik. De meest algemene controversie betrof de vraag op wie de voorlichting voor veilig vrijen zich vooral zou moeten richten:

op de risicogroepen zoals homoseksuele mannen en druggebruikers of op de bevolking als geheel. Het coc heeft altijd gepleit voor het laatste, om aldus stigmatisering van de risicogroepen tegen te gaan.

De eerste gedachtewisselingen over deze kwesties vonden plaats op de afdeling Volksgezondheid in het hoofdgebouw van de GG&GD. Ook kon daar dadelijk ruimte vrij gemaakt worden van waaruit aids-voorlichting kon worden begonnen. De GG&GD heeft hierbij altijd middenposities ingenomen. Enerzijds heeft men altijd beseft dat de medewerking van de voornaamste risicogroep – homoseksuele mannen – een vereiste was voor een succesvolle aanpak, anderzijds heeft men zich nooit met de belangen van deze groep vereenzelvigd. Zo heeft de GG&GD nooit gepleit voor de sluiting van sauna's en dark rooms, maar er wel altijd op gewezen dat er een tijd zou kunnen komen waarin ook dergelijke maatregelen noodzakelijk zouden kunnen worden.

In het overleg tussen de verschillende belangengroepen is een typisch Nederlandse oplossing gevonden. De vertegenwoordigers van de homoseksuelen zijn akkoord gegaan met de uitsluiting van homoseksuele mannen als bloeddonoren, maar daar staat tegenover dat homo-organisaties ruim bedeed zijn bij de verdeling van het geld voor voorlichting. Bovendien is de voorlichting na verloop van tijd steeds meer gericht op de algemene bevolking en niet meer speciaal op de risicogroepen. In het officiële beleid werd het zelfs min of meer taboe om te spreken over risicogroepen; men mocht slechts spreken over risicovolle *handelingen*. Aids liep je niet op door wie je wás, maar door wat je dééd. Intern werd over dit alles hard gediscussieerd; tegenover de buitenwereld werd tijdens de jaren tachtig één lijn getrokken.

De GG&GD heeft zich niet alleen beziggehouden met voorlichting en beleid. Al heel vroeg is de afdeling Volksgezondheid ook een belangrijke rol gaan spelen in het onderzoek naar aids. Ook hier kon de GG&GD voortborduren op wat al eerder was gedaan. Begin jaren tachtig was immers al onderzoek verricht onder homoseksuelen naar een nieuw vaccin tegen hepatitis-B. In

1984 promoveerde het hoofd van de afdeling, R.A. Coutinho, op dit onderzoek. Na de komst van aids is men bij Volksgezondheid samen met de Universiteit van Amsterdam begonnen met het opzetten van een onderzoek dat de faam van de GG&GD internationaal heeft gevestigd. Dat betreft de zogenaamde cohortstudies. Een grote groep van homoseksuele mannen met veel wisselende seksuele contacten is sinds 1984 gevolgd. Regelmatig worden alle deelnemers onderzocht. Zo kan worden nagegaan hoeveel mensen geïnfecteerd zijn, wat risicovol gedrag is, hoe een infectie verloopt, en wat het effect is van bijvoorbeeld medicijnen. Toen in 1985 een test voor aids beschikbaar kwam, bleek op dat moment een derde van de deelnemers drager van het virus te zijn. Naast deze cohortstudie met homoseksuele mannen is een tweede, vergelijkbare cohortstudie gestart met druggebruikers. Beide onderzoekingen lopen nog steeds. Anno 2000 werkten er gemiddeld zo'n twintig mensen op de GG&GD aan aids-onderzoek. Het onderzoek heeft geleid tot een flink aantal promoties. Een enkeling heeft het inmiddels tot hoogleraar op aids-gebied gebracht. Coutinho werd in 1989 in Amsterdam benoemd tot bijzonder hoogleraar epidemiologie en bestrijding infectieziekten.

Het Nederlandse voorlichtingsbeleid rondom aids richtte zich in die tijd, zoals gezegd, op de gehele bevolking. Speciale nadruk op risicogroepen was uit den boze, ten eerste om stigmatisering van zulke groepen te voorkomen, en ten tweede omdat gevreesd werd dat de epidemie zich, naar het voorbeeld van Afrika, ook onder heteroseksuelen zou gaan verspreiden. Eind jaren tachtig was aids in de westerse wereld echter nog steeds nagenoeg uitsluitend een ziekte van homoseksuele mannen, druggebruikers en hemofiliepatiënten. Wie niet tot een van deze groepen behoorde, liep statistisch gesproken nauwelijks enig risico, zo bleek uit al het epidemiologische onderzoek. Aldus ontstond een kloof tussen de werkelijke stand van zaken – weinig actueel risico voor de algemene bevolking; grote risico's voor precies aanwijsbare risicogroepen – en wat er officieel werd gezegd, namelijk dat iederéén risico liep.

Coutinho stelde deze discrepantie aan de kaak op een moment waarop hij wist dat alle aandacht op hem was gevestigd. In zijn inaugurele rede in de aula van de universiteit, voor een gehoor van honderden mensen, zei hij over de voorlichtingscampagnes over aids:

De inhoud van de algemene voorlichtingscampagnes is overigens interessant, omdat daarin wordt benadrukt dat het risico niet zozeer gebonden is aan bepaalde groepen als wel aan bepaalde seksuele handelingen. Deze voorlichtingsboodschap komt in Noordepese landen waaronder Nederland niet met de werkelijkheid overeen. De HIV-prevalentie onder de algemene heteroseksuele bevolking in ons land is hoogstens 0,1 procent en wanneer men uitgaat van een besmettingskans bij onbeschermd vaginaal contact van eveneens 0,1 procent, dan is de besmettingskans voor een heteroseksuele man of vrouw die met een willekeurig persoon van het andere geslacht onbeschermd vaginaal seksueel contact heeft ongeveer 1 op een miljoen. Deze kans is vergelijkbaar met de kans om tijdens een vakantiereis naar Mallorca met het vliegtuig naar beneden te storten.³

Toen Coutinho zich op deze wijze distantieerde van het officiële voorlichtingsbeleid, was de voorlichtingssector al zo ver uitgegroeid dat hij niet langer huisde in het gebouw van de GG&GD. De voorzitter van wat inmiddels de Nationale Commissie Aids-Bestrijding heette, vroeg aan zijn vice-voorzitter Coutinho of deze zich niet beter kon terugtrekken uit dit gezelschap wanneer hij het gekozen beleid publiekelijk bekritiseerde. Dat heeft Coutinho gedaan. Sindsdien speelt de GG&GD geen centrale rol meer in de nationale voorlichtingscampagnes. Het onderzoek is wel doorgegaan, waardoor Coutinho intussen betrokken is geraakt bij enkele internationale projecten. De Europese Unie financiert een project over geslachtsziekten in China, waar trainers worden opgeleid. Dit project wordt uitgevoerd door de Amsterdamse GG&GD. De dienst doet daarnaast een omvangrijk en langdurig onderzoek naar aids in Ethiopië. Deze internationale

expansie staat in scherp contrast met de ontwikkeling van de dienst als geheel, die in diezelfde periode juist gebukt ging onder de noodzaak in te krimpen.

DREIGENDE WOLKEN

Omstreeks 1980 begon een lange periode van gemeentelijke bezuinigingen. Dat er van alles mis was met de organisatie, was toen al enige tijd duidelijk. In 1975 werd in het jaarverslag van de GG&GD over de afdeling Jeugdgezondheidszorg – de afdeling van de consultatiebureaus en de schoolartsen – al geschreven dat het jaar in het teken had gestaan van ‘reorganisatie, beheersbaarheid, capaciteitsgebruik en efficiency’.⁴ Bij Jeugdgezondheidszorg zouden de interne problemen nog zo’n twintig jaar voortduren. Elders in de GG&GD kwamen omstreeks 1980 enkele nieuwe afdelingshoofden. Zij constateerden dat er daarvoor in veel opzichten slecht werd gewerkt. Bij de afdeling Volksgezondheid maakte men op het laboratorium tot eind jaren zeventig gebruik van methoden die ooit, tientallen jaren daarvoor, modern waren geweest, maar die inmiddels volstrekt verouderd waren. Bij de afdeling Bedrijfsgezondheidszorg, de afdeling van de bedrijfsartsen en de ziektecontrole, werd – de goeden niet te na gesproken – tot begin jaren tachtig weinig gedaan. Een voormalige werknemer herinnert zich:

Er was voor ongeveer twee uur per dag werk, de rest van de dag zaten we in het zonnetje of waren bezig met bromfietsonderdelen. In 1982 werd ik chef buitendienst. Ik wandelde van oost naar west en van noord naar zuid, zo weinig was er te doen. (...) Toen De Groot [het nieuwe afdelingshoofd] kwam ging het mes erin. Af en toe was het meer een botte bijl, maar dat moest ook wel.⁵

De Groot zelf zei jaren later over de situatie die hij aantrof bij zijn komst:

De werkdruk is alleszins prettig: (...) op het laboratorium kun je wollen truien bestellen; binnen twee dagen gebreid en afgeleverd. Een handgeknoopt tapijt is ook leverbaar. (...) De werktijden zijn ook aangepast: de internist (met een halftime aanstelling) werkt dinsdagochtend van tien tot twaalf.⁶

Bij de ambulance speelden weer andere problemen. Het ambulancepersoneel van de GG&GD is hecht georganiseerd. Onvrede leidt al snel tot acties. Begin jaren tachtig waren er acties voor loonsverhoging. Er werd in die tijd ook een begin gemaakt met een meer regionale organisatie van de ambulances. In het hoofdgebouw van de GG&GD kwam een centrale post voor al het ambulancevervoer in de regio Amsterdam waar de ambulance-ritten werden verdeeld tussen de GG&GD en enkele andere, particuliere ambulanceorganisaties. Het ambulancepersoneel van de GG&GD was bang dat er onvoldoende rekening werd gehouden met hun belangen en dreigde met stakingen.

De organisatorische problemen zoals die bestonden binnen allerlei afdelingen van de GG&GD in de tweede helft van de jaren zeventig, konden niet worden opgelost door een daadkrachtige directie, want het probleem was dat het de directie nu juist aan daadkracht ontbrak. Directeur Allema was niet in staat om harde en pijnlijke maatregelen te nemen. Ook binnen de driekoppige directie – er was naast Allema een economisch directeur en een medisch adjunct-directeur – waren de verhoudingen niet goed. Al voordat de eerste bezuinigingen zich aandienen, werd een commercieel adviesbureau ingeschakeld om eens te bekijken wat er verbeterd kon worden aan de organisatie van de GG&GD.

Dit adviesbureau – Bosboom en Hegener – kwam in 1979 met een buitengewoon negatief rapport. Er was van alles mis. Met de directie was zoveel mis dat besloten werd dat de directievergaderingen voortaan permanent zouden worden bijgewoond door een van de onderzoekers van dat adviesbureau. Veel helpen deed dat overigens niet.

In 1982 begon het Amsterdamse dagblad *Het Parool* met een

lange serie artikelen onder de kop 'De Amsterdamse GG en GD is ziek'. De krant was opvallend goed geïnformeerd. Ze was op de hoogte van allerlei details, zoals de salaristoelagen van de directeur en het feit dat een psychiater van de dienst die al tien jaar lang op non-actief stond nog steeds salaris ontving. Het was duidelijk dat er vanuit zeer goed geïnformeerde kringen in de GG&GD gelekt werd naar *Het Parool*.

In mei 1982 belegde de GG&GD een interne conferentie over de eigen organisatieproblemen. Ongeveer twintig mensen, onder wie de directie en de afdelingshoofden, kwamen bijeen in een deftig parkrestaurant. Op de bijeenkomst in dat restaurant – het ging om het Rosarium in het Amstelpark – werd geschiedenis geschreven. De tien afdelingshoofden zegden openlijk hun vertrouwen op in de zittende directie. Een uitzondering, zo bleek later, werd gemaakt voor de adjunct-directeur, H. Rengeling. Toen bekend werd dat de directie het vertrouwen van het eigen kader had verloren, pleitte de medezeggenschapscommissie ervoor om nu eens voor het eerst niet een medicus maar een manager tot directeur te benoemen. De wethouder gezondheidszorg, Willem Polak (om verwarring met de toen zittende burgemeester Wim Polak te vermijden in de wandelgangen altijd aangeduid als 'kale Willem') hakte ten slotte de knoop door. Adjunct-directeur Rengeling werd benoemd tot directeur, en de zittende directeur Allema werd weggepromoveerd naar de positie van algemeen adviseur voor de gemeente, ongeveer net zoals dat bijna zestig jaar eerder was gebeurd met directeur Ringeling toen diens Gezondheidsdienst werd opgeslokt door de dienst van Heijermans.

Het Parool karakteriseerde de nieuwe baan van Allema dadelijk als een 'gouden stoel' en een 'nepfunctie'. Toen Allema enige tijd later in het personeelsblad van de GG&GD een stukje schreef over de kinderliedjes van Jan Pieter Heije was dit voor *Het Parool* uiteraard aanleiding voor een spottend stukje over de belangrijke bezigheden van de nieuwe duurbetaalde adviseur van de gemeente.

De schade die is aangericht door de serie in *Het Parool* kan



◀ Henk Rengelink, directeur van de GG&GD in moeilijke tijden.

moelijk worden overschat. Het was ‘verbijsterend om te zien hoe op politiek niveau waarde wordt gehecht aan oppervlakkige krantenartikelen’, zo schreef begin 1983 de organisatieadviseur van de GG&GD, Gerard Böttcher.⁷ Hij karakteriseerde de serie in *Het Parool* als ‘een rabiante perscampagne waarin elke uit willekeurige bron verkregen, halve of minder halve waarheid werd aangegrepen voor grootscheeps opgemaakte artikelen’. *Het Parool* sloeg dadelijk terug, en karakteriseerde Böttcher zelf als ‘een omgevallen agogische boekenkast’.⁸ Toen Rengelink dertien jaar later onder moeilijke omstandigheden aftrad als directeur van de GG&GD, noemde hij als een van de dieptepunten uit zijn directeurschap ‘de manier waarop in 1982 de GG&GD in de media volstrekt kapot werd geschreven (“er werden de meest onzinnige beschuldigingen geuit over gerommel met geld en gesjoemel van artsen onderling en dat alles was ook nog eens in gang gezet door personen vanuit de organisatie zelf”)⁹

Onder het directeurschap van Rengelink is er veel veranderd. Fundamenteel verbeterd is de relatie met de pers. Toen Rengelink aftrad als directeur, werd zijn vertrek algemeen betreurd door vooraanstaande journalisten. Dat kwam niet doordat Ren-

geling allerlei populaire maatregelen had getroffen. Als gevolg van steeds doorgaande bezuinigingen heeft hij een reeks van steeds onaanganemere beslissingen moeten nemen.

BEZUINIGINGEN ONDER RENGELINK

Onder Rengelink is de GG&GD dadelijk begonnen met drastische bezuinigingen. Begin jaren tachtig werden de huisverzorging en de controle op de ziekenhuisopname overgedragen aan andere instanties. Allerlei revalidatieactiviteiten werden overgenomen door verpleeghuizen. Het revalidatiecentrum van de GG&GD in het Oosterpark werd gesloten, net als enkele kleinere reactiveringscentra die in de wandelgangen werden aangeduid als 'loopscholen' – centra waar ouderen die uit het ziekenhuis kwamen, weer goed leerden lopen. Een paar consultatiebureaus werden opgedoekt. Al met al verdwenen er tussen 1982 en 1986 zo'n tweehonderd arbeidsplaatsen bij de GG&GD.

Er kwam in deze jaren overigens ook een aantal nieuwe dingen bij. In 1985 was na vele jaren de verbouwing van het pand naast het hoofdgebouw op de Nieuwe Achtergracht gereed. Tot het midden van de jaren zeventig was daar het Weesperpleinziekenhuis gehuisvest; nu werd de ruimte bij de GG&GD gevoegd. Afdelingen die eerst elders in de stad waren gehuisvest, namen nu hun intrek in het hoofdgebouw. Een andere toevoeging was de tuberculosebestrijding, die al vanaf 1924 met de GG&GD onder één dak woonde, maar nu in 1985 officieel een onderdeel van de dienst werd. Er bestond inmiddels nog maar zo weinig tuberculose dat het niet zinnig was om de tuberculosebestrijding als een zelfstandige instelling te laten voortbestaan. Dat de tuberculose vanaf eind jaren tachtig weer zou gaan toenemen, kon toen nog niemand voorzien. Een laatste uitbreiding in deze periode betreft de ambulancedienst. Naast de GG&GD waren er drie particuliere bedrijven actief. Toen twee daarvan in 1986 samen gingen, kocht de GG&GD de derde op. Sindsdien kent Amsterdam twee ambulancebedrijven: de GG&GD en het vza



- ▲ Het verbouwde hoofdgebouw van de GG&GD werd in 1985 in gebruik genomen. Oorspronkelijk herbergde het glazen hoekpand de Joodsche Invalide. Na de oorlog, tot halverwege de jaren zeventig, was hierin het Weesperpleinziekenhuis gevestigd.

(Verenigd Ziekenvoer Amsterdam). Tot dusver hadden de particuliere ambulancebedrijven vooral het reguliere ziekenvervoer gedaan. Nu mochten ze ook de helft gaan doen van het spannende werk: het afhandelen van ongelukken en dergelijke. Dit leidde opnieuw tot onrust onder het ambulancepersoneel van de GG&GD.

Er kwamen onder Rengeling ook nieuwe functies bij de GG&GD. Zo kreeg de dienst voor het eerst een voorlichter en een organisatieadviseur. En er veranderde van alles in de organisatie. Het aantal afdelingen werd teruggebracht van tien tot vijf. Deze nieuwe, grotere afdelingen – Algemene en Maatschappe-

lijke Gezondheidszorg (vooral ambulance), Volksgezondheid en Milieu, Jeugdgezondheidszorg (consultatiebureaus en schoolartsen), Geestelijke Gezondheidszorg (inclusief drugs), en Bedrijfsgezondheidszorg – werden nu sectoren genoemd. Sectorhoofden kregen meer macht en werden, zoals dat heette, ‘resultaatverantwoordelijk’. Tot dan toe hadden hoofden geen zeggenschap over het geld van hun eigen afdeling, want geldzaken werden behartigd door personeel dat rechtstreeks viel onder de economisch directeur. In 1984 werd de functie van economisch directeur opgeheven en werden de sectorhoofden ook verantwoordelijk voor de financiën van hun eigen afdeling. Ook werd geprobeerd om de indirecte kosten van al het werk zichtbaar te maken, om aldus meer verantwoord te kunnen bezuinigen.

Kortom, de medicus Rengelink begon zich steeds meer te ontpoppen als een volbloed manager, dat wil zeggen als het soort functionaris waar de medezeggenschapscommissie aanvankelijk om gevraagd had. Dat betekende niet dat die commissie nu tevreden was. Zij had in 1984, twee jaar na de benoeming van Rengelink, zozeer het gevoel dat zij niets had in te brengen, dat zij zichzelf uit protest hiertegen ophief. Bezuinigingen en reorganisaties begonnen na enkele jaren hun tol te eisen. In het jaarverslag van de GG&GD van 1985 werd opgemerkt dat ‘een organisatie waarin een groot, zo niet het grootste, deel van de energie en creativiteit van het personeel wordt opgeslokt door bezuinigings-, herstructurerings- en inkrimpingsactiviteiten’ op den duur niet gezond kon blijven.¹⁰ De grootste en moeilijkste bezuinigingen moesten toen nog komen.

In 1986 kwam er een nieuwe wethouder voor de volksgezondheid, Ada Wildekamp (PvdA). Zij besloot tot een bezuiniging van een miljoen gulden op de schoolartsen, omdat die veel meer geld kostten dan wat de officiële norm was en wat dus officieel vergoed werd. Het verschil werd ieder jaar bijgepast door de gemeente. Het hoofd van de sector Jeugdgezondheidszorg, C.P.J. le Nobel, meldde aan *Het Parool* wat er zou gebeuren als deze bezuiniging daadwerkelijk zou worden doorgezet:



- ▲ Poetsinstructie, onderdeel van de in de jaren tachtig bedreigde schoolgeneeskunde (foto: Katrien Mulder).

De GG en GD zal bij voorbeeld bij het uitbreken van besmettelijke ziektes op scholen, geen schoolklassen meer kunnen controleren of kinderen ter controle kunnen oproepen. Ook komt er een einde aan het actief opsporen van onvoldoende gevaccineerde kinderen tijdens zulke epidemieën.¹¹

De wethouder legde daarop aan dit sectorhoofd een spreekverbod op. Enkele jaren later, nog steeds als wethouder, vertelde zij:

De GG&GD toonde zich niet zo vlotjes met bezuinigingsopdrachten en sommige sectorhoofden gedroegen zich zeer strijdvaardig. Het hoofd van Jeugdgezondheidszorg ventileerde zijn onvrede zelfs in de pers. (...) De hele stad zou door alle plagen van Egypte geteisterd worden!¹²

Onder Wildekamp raakte de verhouding tussen de gemeente en de directie van de GG&GD zo verstoord, dat de twee termijnen die zij als wethouder diende in de wandelgangen van de dienst

wel werden aangeduid als de Eerste en de Tweede Wildekampse Oorlog.

Niet alleen bij Jeugdgezondheidszorg ontstonden in de tweede helft van de jaren tachtig grote problemen. Ook de bedrijfsartsen raakten in moeilijkheden. Die moeilijkheden hadden al een wat langere geschiedenis. We zagen al hoe er op die afdeling tot begin jaren tachtig weinig gewerkt werd. Daar kwam nog bij dat in het kader van de algemene democratisering van de arbeidsverhoudingen eind jaren zeventig officieel was besloten om de functie van 'controlearts' op te heffen. Er werd vanaf dat moment alleen nog maar gesproken over 'verzuimbegeleiding'. Deze wellicht wat erg tolerante houding veranderde weliswaar enigszins met de komst van een nieuw afdelingshoofd in 1983, maar ook daarna heeft de Bedrijfsgezondheidszorg van de GG&GD altijd meer nadruk gelegd op preventie, op het verbeteren van de arbeidsomstandigheden, dan op strikte controle van ambtenaren die zich ziek melden.

Deze instelling van de bedrijfsartsen van de GG&GD werd een steeds groter probleem toen allerlei gemeentelijke diensten moesten gaan bezuinigen. Amsterdamse ambtenaren zijn vaak ziek, vaker dan hun collega's in het bedrijfsleven en ook vaker dan ambtenaren elders in Nederland. Eind jaren tachtig was het ziekteverzuim in Nederland zo'n acht procent. In het Amsterdamse bedrijfsleven ging het om tien procent; bij de ambtenaren van Amsterdam lag het cijfer rond de vijftien procent. Dit kostte de gemeente Amsterdam zo'n driehonderd miljoen gulden per jaar. Het ziekteverzuim van Amsterdamse ambtenaren werd gecontroleerd – pardon: 'begeleid' – door de GG&GD. De leiding van menige gemeentelijke dienst meende dat het ziekteverzuim mede zo hoog was doordat de GG&GD onvoldoende controleerde. Bij de politie liepen de meningsverschillen daarover zo hoog op – de politieleiding meende dat de GG&GD te gemakkelijk overging tot het afkeuren van agenten – dat de bedrijfsartsen van de GG&GD daar niet meer welkom waren en werkeloos thuis zaten.

Medio jaren tachtig is besloten dat er op vrij korte termijn een

einde zou moeten komen aan wat genoemd werd de 'gedwongen winkelnering'. Gemeentelijke diensten zouden niet langer gedwongen zijn om hun bedrijfsgezondheidszorg in te kopen bij de GG&GD, maar zouden zelf mogen gaan beslissen met welke bedrijfsartsen zij wilden werken. De GG&GD kreeg een paar jaar de tijd, maar begin jaren negentig zou de GG&GD nog alleen maar de bedrijfsgezondheidszorg vervullen voor die gemeentelijke diensten die dat zelf wilden. En dat zouden er niet zoveel zijn, aldus bleek uit een onderzoek uit 1988 van organisatiebureau McKinsey. De bedrijfsartsen van de GG&GD zijn zich toen meer op controle gaan richten – enigszins tegen hun zin, maar wel met succes, want toen de markt voor de bedrijfsartsen in 1991 werd vrijgegeven, verloor de GG&GD slechts een enkele klant, terwijl ze tegelijkertijd van buiten de gemeente nieuwe klanten wist te werven. De bedrijfsartsen hebben de overgang naar een vrijere markt omstreeks 1990 dus goed overleefd.

In de tweede helft van de jaren tachtig leidde nationale regelgeving tot opheffing van een ander onderdeel van de GG&GD: eind jaren tachtig verdwenen nagenoeg alle psychiatrische taken. Al sinds enige jaren ontstonden overal in Nederland de RIAGG's, Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg. Alles wat er op het gebied van geestelijke hulpverlening bestond, moest opgaan in deze mammoetinstellingen. Wat daarbuiten bleef, werd niet langer door de overheid en de ziekenfondsen betaald. Tot 1988 is de GG&GD nog doorgegaan met de rijdende psychiater, maar het psychiatrisch spreekuur en de werkzaamheden van psychiatrisch verpleegkundigen verdwenen in de loop van de jaren tachtig vrij snel. In 1988 werden de laatste taken overgedragen aan de RIAGG's. Het was voor de GG&GD een traumatisch afscheid. Een vroegere medewerkster zei hier achteraf over:

Die tijd heb ik als heel pijnlijk ervaren. Er was veel ruzie tussen betrokken partijen, veel wrok over de noodzaak van deze hele operatie. Ook binnen de afdeling zelf was de sfeer vaak om te

snijden. Men kon het moeilijk verkroppen dat de vroegere afdeling Geestelijke Hygiëne, de 'erfenis van Querido', overgedragen moest worden aan de RIAGG's.¹³

Men kan zich afvragen of het vertrek van de psychiatrie uit de GG&GD naar de RIAGG's een verbetering is geweest. Vooral de rijdende psychiater, het paradepaard van de Amsterdamse sociaal-psychiatrische traditie, leek node te kunnen worden gemist. De rijdende psychiater rukte enkele duizenden keren per jaar uit en kreeg dan vooral te maken met ernstige, vaak chronische psychiatrische patiënten, met gevallen van zware verwaarlozing en vervuiling, met gestoorde verslaafden, vereenzaamde zwervers en agressieve maniakken. Er bestond een uitgebreide samenwerking met de politie en met allerlei medische en sociale voorzieningen. De rijdende psychiater hield, met andere woorden, een oogje in het zeil in de marges van de stedelijke samenleving waar weinig hulpverleners zich nog wagen. Er is wel betoogd dat RIAGG's niet goed zijn ingesteld op onverwachte problemen zoals die zich overal in de stad kunnen voordoen. Ieder RIAGG heeft weliswaar een crisisdienst die erop uit trekt, maar een RIAGG is toch in eerste instantie een gebouw met een balie waar mensen zich ordentelijk moeten melden, om vervolgens op een wachtlijst geplaatst te worden. Met verwarde en gevaarlijke gekken weet het RIAGG niet goed raad.

Dit soort kritiek werd bijvoorbeeld gehoord bij een zaak die begin jaren negentig veel aandacht heeft gekregen. In een arme straat in Amsterdam, de Vrolijkstraat, werd een Turks meisje van twaalf jaar doodgeslagen door een psychiatrisch gestoorde man. Er was al vaker in de buurt geklaagd over deze man, maar niemand had eerder ingegrepen. Wethouder Wildekamp zei na de tragedie dat zij de RIAGG's zou opdragen om in dergelijke gevallen sneller in te grijpen, maar *Het Parool* merkte daarover op dat de wethouder helemaal niets op te dragen heeft aan de RIAGG's, omdat de RIAGG's onafhankelijke instellingen zijn die helemaal niet vallen onder de bevoegdheid van het gemeentebestuur. Alle sociale vernieuwing ten spijt, zo vervolgde *Het Pa-*

rool, was er geen hulpverleningsinstantie die inzicht had in aard en omvang van dit soort problemen:

Vijf jaar geleden was die kennis er in zekere mate nog wel. Toen had Amsterdam nog een goed werkend systeem van zogenaamde mobiele psychiatrie, ondergebracht bij de GG&GD. Maar dat moest toen van de landelijke politiek allemaal anders.¹⁴

De psychiatrie is niet helemaal uit de GG&GD verdwenen. Er ontstond op den duur een nieuwe kleine afdeling, Vangnet en Advies, die in actie komt wanneer de reguliere hulpverlening steken laat vallen of er niet in slaagt om mensen te bereiken. De GG&GD weet dan menige deur open te krijgen die voor andere instanties gesloten blijft. Maar het is een kleine afdeling, die slechts bemiddelt en zelf geen hulp verleent.

Al met al was de periode aan het eind van de jaren tachtig voor allerlei afdelingen erg moeilijk. De schoolartsen werden bedreigd met reusachtige bezuinigingen. De bedrijfsartsen dreigden een groot deel van hun afzetmarkt kwijt te raken. En de psychiatrie was nagenoeg geheel verdwenen. Maar, zo dacht men bij de GG&GD, het ergste leed is nu wel geleden. Directeur Rengelink zei in 1990 dat de tijd van grote beslissingen en veranderingen nu voorbij was.¹⁵ Anders dan verwacht zouden discussies over veranderingen van een omvang die al het voorafgaande in de schaduw zouden stellen, de komende jaren gaan domineren. Zij betroffen de kwestie van de mogelijke 'verzelfstandiging' van de GG&GD.

VERZELFSTANDIGING?

Begin jaren negentig besloot de gemeente dat de GG&GD opnieuw een paar miljoen gulden moest bezuinigen. Bezuinigen door overal wat weg te halen – de zogenaamde kaasschaafmethode – werd niet meer mogelijk geacht. De GG&GD raakte opnieuw enkele kleinere onderdelen kwijt. De sociaal-pedagogi-

sche zorg – zorg voor ouders met gehandicapte kinderen – kon subsidie krijgen van buiten de gemeente door zich om te vormen tot een zelfstandige stichting. Bij de schoolartsen verdwenen aparte afdelinkjes voor logopedie en fysiotherapie. De plaatsingscommissie voor de verzorgingstehuizen – het laatste restje van wat er nog was overgebleven van de vroegere geriatrische activiteiten – werd afgestoten om onderdeel te worden van een meer algemene plaatsingscommissie. Maar er moest meer bezuinigd worden, veel meer. De GG&GD achtte zichzelf niet meer in staat om nog met nieuwe verantwoorde voorstellen te komen. Daarom is toen aan het externe organisatiebureau KPMG gevraagd om de GG&GD door te lichten, om te kijken waar wellicht nog gesneden zou kunnen worden.

KPMG constateerde dat de GG&GD een goed functionerende organisatie was waarop eigenlijk niet nog meer bezuinigd kon worden zonder schade aan de organisatie toe te brengen en kwam met een onverwacht advies. Het bureau adviseerde om de GG&GD te verzelfstandigen. Hoe die verzelfstanding er precies uit zou moeten zien, is een ingewikkelde kwestie waarover in de eerste helft van de jaren negentig eindeloos is vergaderd, maar het basisidee is vrij eenvoudig. Het idee was dat de GG&GD een zelfstandige organisatie zou worden die haar diensten aanbiedt aan wie daar gebruik van wil maken. Dat zou natuurlijk in eerste instantie de gemeente Amsterdam zijn, maar mogelijk ook naburige gemeenten of andere opdrachtgevers – denk bijvoorbeeld aan de bedrijfsartsen van de GG&GD die inmiddels ook al werkten voor enkele niet-gemeentelijke organisaties, of aan de ongediertebestrijding die ook kan werken voor bijvoorbeeld woningbouwcorporaties.

Het idee van verzelfstanding heeft de discussies over de GG&GD in de jaren 1992 tot 1995 geheel gedomineerd. Het was voor de verschillende partijen om uiteenlopende redenen aantrekkelijk. Voor de gemeente Amsterdam omdat er aldus veel gemakkelijker bezuinigd zou kunnen worden op activiteiten van de GG&GD, want na verzelfstanding zou de gemeente kunnen besluiten om een bepaalde taak niet langer in te kopen

bij de GG&GD. Slaagde men er niet in kostendekkend te werken, dan zou dat niet langer het probleem zijn van de gemeente, maar alleen nog van de GG&GD. Ook voor de GG&GD was verzelfstandiging een aantrekkelijk idee. Niet langer zou de dienst hoeven te zuchten onder het juk van een wethouder die gedwongen was om fors te bezuinigen, ongeacht de vraag of zulke bezuinigingen wel mogelijk waren. De dienst zou zelf allerlei nieuwe activiteiten kunnen gaan ontplooiën en nieuwe opdrachtgevers kunnen gaan zoeken. En de dienst zou worden afgerekend niet op de budgettaire mogelijkheden van de wethouder, maar op zijn eigen capaciteiten, en die waren volgens KPMG aanzienlijk.

Daar kwam nog iets bij. Het zag er begin jaren negentig naar uit dat op vrij korte termijn de verhouding tussen de GG&GD en de gemeente Amsterdam hoe dan ook ingrijpend zou veranderen, omdat de gemeente Amsterdam binnen enkele jaren zou verdwijnen, om op te gaan in een grotere bestuurlijke eenheid, de ROA. Een zelfstandige GG&GD zou wellicht beter in staat zijn om de ROA-vorming, zoals deze gigantische bestuurlijke operatie werd genoemd, te overleven; zij zou zelfs wellicht kunnen profiteren van de nieuwe mogelijkheden binnen zo'n nieuwe, veel grotere bestuurlijke eenheid.

Het was als in een slecht huwelijk: beide partijen denken dat zij beter af zijn wanneer zij zich kunnen beraden op de mate waarin zij met de andere partij zullen doorgaan, terwijl zij ook kunnen kiezen voor samenwerking met derden. Maar aan de verzelfstandiging kleefden bij nader inzien vele complicaties. Wie moet er bijvoorbeeld opdraaien voor de kosten van de sterke ambtelijke rechtspositie die het personeel van de GG&GD bezit? Een zelfstandige GG&GD met personeel dat een rechtspositie heeft als gemeenteambtenaren, kan op de lange duur nooit de concurrentie volhouden met organisaties die veel flexibeler met hun personeel kunnen omgaan. Een teruggang in rechtspositie voor het personeel is binnen de Nederlandse arbeidsverhoudingen ondenkbaar. Een verzelfstandigde GG&GD zou weliswaar nieuw personeel kunnen aannemen op voorwaarden die

vergelijkbaar zijn met het gewone bedrijfsleven, maar voor het zittende personeel moet dan een oplossing worden gevonden. Men zou een schatting kunnen maken van de extra kosten als gevolg van de ambtelijke rechtspositie van het zittende personeel, en dit bedrag zou vervolgens door de gemeente betaald kunnen worden als een bruidsschat zonder welke de GG&GD nooit op eigen benen zou kunnen staan. Op die manier zou deze operatie de gemeente Amsterdam tientallen miljoenen gulden gaan kosten, terwijl het idee van de verzelfstandiging nu juist was opgekomen omdat er bezuinigd moest worden. Precieze berekening van dit extra bedrag is niet gemakkelijk. De ervaring leert dat dergelijke kosten vaak veel te laag worden geschat. Dit alles leidde niet alleen tot aarzelingen bij de gemeente, maar ook tot verontrusting bij het personeel van de GG&GD, dat zich afvroeg of de dienst niet zelfstandig zou moeten gaan overleven onder omstandigheden die bij voorbaat al niet levensvatbaar zouden zijn.

Het loont niet de moeite volledig recht te doen aan de complexiteit van de discussie die er tussen 1992 en 1995 is gevoerd over de mogelijke verzelfstandiging van de GG&GD. Want uiteindelijk is er van die verzelfstandiging niets of bijna niets terechtgekomen. In het begin van 1995, gedurende een periode van niet meer dan enkele maanden, is de heersende opinie omgeslagen. Daarvóór waren eigenlijk alle partijen voorstander van verzelfstandiging; daarna heerste er een bijna even sterke consensus, zij het precies omgekeerd. Die omslag is niet het gevolg geweest van een rationeel debat. Het lijkt meer op een omslag zoals die optreedt bij bijvoorbeeld het weer: de wind waait eenvoudigweg uit een andere richting, zonder dat iemand daar iets aan kan doen. In de opinievorming komen opeens andere argumenten naar voren, die eerder ook bestonden, maar nooit in stelling werden gebracht. De argumenten ten gunste van verzelfstandiging verloren niets van hun kracht, maar verdwenen gewoon uit het zicht.

Deze omslag heeft zich gemanifesteerd in een reeks van gebeurtenissen. In 1994 kwam er een nieuwe wethouder voor de

GG&GD: Jikkie van der Giessen (D'66). Het boterde niet tussen de nieuwe wethouder en de directeur van de GG&GD, Henk Rengelink. De gemeenteraad besloot, tegen eerder gemaakte afspraken in, opnieuw tot een extra bezuiniging voor de GG&GD van enkele miljoenen gulden. Van der Giessen werkte dit besluit uit in een voorstel aan de gemeenteraad dat inhield dat de zuigelingen- en kleuterzorg uit de GG&GD zou verdwijnen en zou worden overgedragen aan de thuiszorg. Voor Rengelink was nu de maat vol; hij nam ontslag. De wethouder liet publiekelijk weten dat zij het vertrek van Rengelink niet betreurde. Later heeft Rengelink altijd gezegd dat hij vooral ontslag heeft genomen omdat hij zichzelf niet de aangewezen man achtte om de GG&GD te verzelfstandigen. Met zijn hoofd was hij daar weliswaar voorstander van geweest, als rechtgeaard sociaal-democraat lag zijn hart echter eerder bij een overheid die opkomt voor zwakken en marginalen, dan bij begrippen als commercialisering en marktwerking zoals die horen bij het idee van verzelfstandiging.

Rengelink was niet de enige die zich afvroeg of de traditionele taken van de GG&GD eigenlijk wel thuishoren op de vrije markt, en of zij niet veeleer behoren tot de klassieke taken van de overheid. De GG&GD is nu juist bij uitstek bedoeld voor die activiteiten die niet vanzelf door de markt gereguleerd worden. De toenmalige minister van Volksgezondheid, Els Borst, schreef begin 1995 een brief met dezelfde strekking aan de gemeente Amsterdam. Toevallige bijkomstigheid was dat spoedig daarna een meerderheid van de Amsterdamse bevolking in een referendum stemde tegen de ROA-vorming en de daarbij horende opheffing van de gemeente Amsterdam. Bij een symposium ter gelegenheid van het officiële vertrek van Rengelink als directeur in mei 1995 was de omslag in de meningsvorming voltooid. De GG&GD diende een overheidsbedrijf te blijven. Een van de sprekers, de journalist John Jansen van Galen, ageerde met groot retorisch geweld tegen het idee van verzelfstandiging en alles wat daar bij hoort:

PTT en NS zijn geprivatiseerd de markt opgegaan – de brieven doen er nu langer over, de treinen hebben meer vertraging, zij het dat dit alles thans begeleid wordt door veel humbug over klantvriendelijkheid, op glanspapier van een PR-bureau.¹⁶

De afkeer van verzelfstandiging ging hand in hand met herleving van een klassiek sociaal-democratisch sentiment, onder woorden gebracht door Geert Mak:

de GG&GD vormt in deze stad één van de belangrijkste verbindingen tussen de gezeten en de uitgestoten burgers, en voor velen is het zelfs een van de laatste verbindingen. In zekere zin is de GG&GD zo een typische instelling van hoop: we horen uiteindelijk toch bij elkaar, zeker als het om essentiële zaken gaat als ziekte en gezondheid, geboorte en dood. Er lukt in de praktijk van alles niet, maar geestelijk blijven we één. In feite staan instellingen als de GG&GD voor de hoop dat het met die integratie toch nog goed komt, dat we het niet opgeven.¹⁷

Het klimaat was omgeslagen. In de zomer van 1995 besloot de gemeenteraad van Amsterdam officieel dat de verzelfstandiging van de GG&GD niet door zou gaan. Dat wil zeggen: er werd besloten tot iets wat er nog een klein beetje op leek en dat ‘interne verzelfstandiging’ genoemd werd. Van een gemeentelijke dienst werd de GG&GD omgevormd tot ‘facilitair bedrijf’. Dat betekende dat de GG&GD niet langer een jaarlijks budget kreeg toegewezen, maar dat de gemeente bepaalde producten en diensten ging inkopen bij de GG&GD. Deze onderdelen vallen onder gemeentelijke verantwoordelijkheid en worden door de gemeente betaald. Daarnaast kan de GG&GD zijn diensten aanbieden aan derden. Hierover heeft de gemeente niets te zeggen, maar hiervoor draagt zij ook geen financiële verantwoordelijkheid. Deze verandering heeft veel boekhoudkundige gevolgen gehad. Er moesten productomschrijvingen worden opgesteld, kostprijzen worden vastgesteld en contracten worden afgesloten. Op die manier snuffelde de GG&GD toch nog een beetje aan de vrije

markt. Bestuurlijk gezien werden de zaken er niet eenvoudiger op, aangezien de GG&GD in het vervolg niet meer alleen te doen had met de wethouder Zorg, maar ook te maken kreeg met de wethouder Bedrijven.

‘De mammoet heeft een keutel gebaard,’ aldus karakteriseerde het bedrijfsblad van de GG&GD de uiteindelijke uitkomst van het debat over de verzelfstandiging. De kosten van al deze discussies werden geschat op een bedrag ergens tussen de één en drie miljoen gulden.

EEN INTERIM-FASE EN EEN NIEUW BEGIN

Begin 1995 vertrok Rengeling als directeur. Hij werd benoemd tot adviseur van het gemeentebestuur. Wethouder Van der Giesen heeft hem sindsdien zelden geraadpleegd; zij had immers eerder officieel al laten weten het vertrek van Rengeling niet te betreuren. Rengeling is sindsdien meer landelijk dan gemeentelijk werkzaam geweest. In 1997 werd hij benoemd tot bijzonder hoogleraar in Tilburg. De GG&GD kreeg na zijn vertrek een interim-directeur, G.P.J. Schouten, om orde op zaken te stellen. Schouten was geen arts. Hij was lange tijd directeur geweest bij Elsevier. Hij werd in eerste instantie aangenomen voor een halfjaar.

Hij begon met een operatie die veel lijkt op iets waar ook Rengeling als directeur mee was begonnen. Om de verkokering binnen de organisatie tegen te gaan, voegde hij onderdelen samen. Rengeling had tien afdelingen samengevoegd tot vijf sectoren. Schouten besloot om de vijf sectoren terug te brengen tot drie divisies. Het hoofd van zo'n divisie mocht zichzelf divisiedirecteur gaan noemen. Deze verandering was zonder al te veel problemen door te voeren. Bij de sector Jeugdgezondheidszorg was kort daarvoor na jarenlange problemen het hoofd vertrokken; zijn taken werden tijdelijk waargenomen door het hoofd van de sector Geestelijke Volksgezondheid, Jaap Fransman. Beide sectoren hadden dus al hetzelfde hoofd; Schouten voegde ze nu

officieel samen. De sector Volksgezondheid en Milieu werd omgezet in een divisie en de sector Algemene en Maatschappelijke Gezondheidszorg werd nu de divisie Geneeskundige Hulpverlening en Rampenbestrijding.

De vijfde sector verdween. De naam ervan was al veranderd: Bedrijfsgezondheidszorg heette sinds 1994 Arbodienst. Dat was in overeenstemming met landelijke wetgeving die bepaalde dat binnen enkele jaren ieder Nederlands bedrijf de bedrijfsgezondheidszorg moest laten verrichten door zo'n Arbodienst, zelfstandige instellingen voor de controle en begeleiding van ziekteverzuim. Een Arbodienst moest voldoen aan een aantal voorwaarden. Een daarvan was dat Arbodiensten zelfstandig moesten zijn. Het mochten geen overheidsbedrijven zijn. Indien de bedrijfsgezondheidszorg van de GG&GD wilde overleven, dan moest zij zichzelf omvormen tot zo'n nieuwe Arbodienst. Precies in deze zelfde tijd werd gepraat over de wijze waarop de GG&GD verzelfstandigd moest worden. Beide veranderingen sloten goed bij elkaar aan. Als de GG&GD verzelfstandigd zou worden, dan kon de bedrijfsgezondheidszorg blijven voortbestaan als onderdeel van een GG&GD, die dan geen overheidsbedrijf meer was. De voorbereidingen voor zo'n meer zelfstandig voortbestaan waren al in gang gezet. Om als zelfstandige Arbodienst te kunnen overleven in de concurrentie met andere Arbodiensten, was schaalvergroting nodig. Kort voor zijn vertrek was Rengelink al begonnen met onderhandelingen over de overname van Arbodiensten van GGD's uit de regio rond Amsterdam. Deze onderhandelingen werden voortgezet en afgerond door Schouten. De bedrijfsgezondheidszorg van de GG&GD groeide in 1995 van zo'n 120 naar zo'n 180 personeelsleden – een opmerkelijke groei in een tijd waarin nog steeds jaar in jaar uit geweldig bezuinigd moest worden.

Toen in de zomer van 1995 definitief werd besloten dat de GG&GD niet verzelfstandigd zou worden, meenden sommigen dat de Arbodienst niet eenvoudigweg binnen de GG&GD kon blijven voortbestaan. De wet schrijft immers voor dat Arbodiensten onafhankelijk moeten zijn. Er is toen besloten om de Arbo-

dienst van de GG&GD te laten fuseren met een al bestaande Arbodienst. Dit is niet gelukt. Er ontstonden grote problemen binnen de Arbodienst van de GG&GD; er kwam een interim-hoofd en een interim-manager; er leek sprake te zijn van forse verliezen; het werd duidelijk dat de gemeente miljoenen zou moeten betalen om een commerciële Arbodienst bereid te vinden om dit alles over te nemen, inclusief bijbehorende verplichtingen zoals wachtgeld.

Wethouder Van der Giessen, die haar uiterste best deed om de GG&GD te dwingen tot forse bezuinigingen – zij probeerde de consultatiebureaus over te hevelen vanuit de GG&GD naar de goedkoper werkende thuiszorg – schrok vreselijk toen zij in de herfst van 1996 merkte dat zij in plaats van enkele miljoenen te bezuinigen, miljoenen zou moeten *betalen* voor de Arbodienst van haar GG&GD. En de risico's rond die Arbodienst waren flink vergroot door de uitbreiding daarvan die al onder Rengelink in gang was gezet. De wethouder was razend. *De Telegraaf* schreef op gezag van de wethouder dat de vorige directeur, Rengelink, de GG&GD had opgezadeld met een miljoenenverlies door in strijd met zijn bevoegdheden allerlei Arbodiensten over te nemen.¹⁸ Toen was het de beurt aan Rengelink om razend te zijn. Wethouder Van der Giessen sprak de berichtgeving in *De Telegraaf* niet tegen. Rengelink dreigde het gemeentebestuur met een kort geding. Een dag vóór dit kort geding bood het gemeentebestuur aan Rengelink zijn excuses aan. Tegelijkertijd vroeg de wethouder aan de gemeentesecretaris om uit te zoeken hoe de overname van de regionale Arbodiensten precies was verlopen. Een halfjaar later rapporteerde de gemeentesecretaris dat het gelijk lag aan de kant van de wethouder. De directeur van de GG&GD – overigens niet Rengelink maar zijn opvolger Schouten – had inderdaad zijn bevoegdheden overschreden. In april 1995 had de wethouder aan de directie van de GG&GD laten weten dat zij de inlijving van regionale Arbodiensten een onaanvaardbaar risico achtte. Desondanks had Schouten dit doorgezet. Toen de gemeentesecretaris met haar bevindingen kwam, was Schouten als interim-directeur overigens alweer vertrokken.

Hij werd begin 1997 opgevolgd door een nieuwe organisatieadviseur, de arts F.J.M. Croonen. Croonen werd aangesteld als directeur voor drie jaar. Na ruim een jaar was hij alweer vertrokken. Zijn belangrijkste taak was de verkoop van de Arbodienst geweest. Die verkoop is niet goed gelopen. Uiteindelijk heeft de gemeente Amsterdam ruim 23 miljoen gulden moeten toelagen op de verkoop van de Arbodienst van de GG&GD aan een al bestaande zelfstandige Arbodienst. Later onderzoek in opdracht van de gemeenteraad heeft uitgewezen dat bij deze verkoop zo'n beetje alles wat mis kan gaan ook mis is gegaan. De communicatie tussen de betrokken partijen – ambtenaren, wethouder en GG&GD-directie – was beroerd, er waren onduidelijke afspraken, voortdurende vertragingen en alle partijen kampten met een volslagen gebrek aan ervaring met een echte verzelfstandiging, waar men tot voor kort zo hevig mee geflirt had. Een belangrijke reden voor het debacle was ook dat het management van de Arbodienst van de GG&GD al in handen was gelegd van de potentiële koper nog voordat de koop gesloten was. Op die manier was de gemeente met handen en voeten aan deze ene koper gebonden, en was er van vrije onderhandelingen geen sprake meer.¹⁹ Het laatste woord over de oorzaken van deze financiële strop is echter nog niet gesproken. Zeker is wel dat deze ervaring geleid heeft tot het besef dat 'verzelfstandiging' een dure grap kan zijn.

De verkoop van de Arbodienst is afgerond onder de laatste van de drie interim-directeuren die de GG&GD in de jaren 1995 tot 2000 heeft versleten. Dat was Yvonne Baune, een interim-manager met ruime ervaring in de gemeente Amsterdam. Zij heeft niet alleen de verkoop van de Arbodienst afgerond, maar ook de organisatie van de GG&GD veranderd. Een paar jaar tevoren had interim-directeur Schouten de vijf sectoren van de GG&GD samengevoegd tot drie divisies, om aldus meer interne samenhang te creëren. Baune schafte deze drie divisies af om, jawel, de sterke verkokering tussen de divisies tegen te gaan. Aldus werd de GG&GD weer een organisatie die bestaat uit een stuk of tien afdelingen – dat wil zeggen: een toestand zoals die

was in de tijd dat Rengelink ruim vijftien jaar daarvóór besloot om meer eenheid te scheppen door het aantal onderdelen te reduceren van tien tot vijf. Met het afschaffen van de divisies door Baune werden de divisiedirecteuren overbodig. Een van hen, divisiedirecteur Volksgezondheid Roel Coutinho, werd in 2000 benoemd tot algemeen directeur van de GG&GD.

Daarmee kwam er een einde aan de periode van de professionele managers en staat er voor het eerst sinds het aftreden van Rengelink in 1995 weer iemand aan de leiding met specifieke kennis van en binding met het vakgebied. Ook op een andere manier keerde de GG&GD weer terug naar de oude situatie. In 2000 liet de gemeenteraad het idee van een ‘facilitaire dienst’ weer varen en werd de GG&GD teruggevormd tot een gewone gemeentelijke dienst. Een vereiste daarvoor was dat er op taken die voor derden worden uitgevoerd geen geld hoeft te worden toegelegd. Ook zijn er bepaalde onderdelen die de gemeente er niet langer bij wil hebben. Zo zal het Audiologisch Centrum worden geprivatiseerd. En de toekomst van de ambulancedienst is nog onzeker. Maar genoeg hierover – als de geschiedenis iets leert, dan is het wel dat het niet mogelijk is om de toekomst te voorspellen, en zeker niet de toekomst van de Amsterdamse GG&GD.

TOT BESLUIT

Ter afsluiting nog een paar algemene opmerkingen. Over de GG&GD zelf is in het voorafgaande al heel wat gezegd. Deze laatste woorden gaan dan ook vooral over de dienst in relatie met zijn omgeving in de afgelopen honderd jaar. Zij betreffen de verhouding tussen de GG&GD en het bestuur, de afstand tot de bevolking en de positie van de Amsterdamse GG&GD in het land.

Eerst de verhouding met het bestuur. Hierin tekent zich in de afgelopen eeuw een golfbeweging af, met pieken en dalen, afhankelijk van het algemene politieke klimaat, en in mindere mate ook wel van meer persoonlijke factoren, zoals de belangstelling van de wethouder voor het werkgebied van de GG&GD en de mate waarin wethouder en directeur met elkaar zijn ingenomen. Afgezien van dit soort fluctuaties geldt in grote lijnen dat de verhouding tussen bestuur en GG&GD in de loop der jaren ingewikkelder en bureaucratischer is geworden. Waar vroeger wethouder Gerritsen en directeur Huizinga de zaken onderling afhandelden, zijn beide functies nu omgeven met een uitgebreid ondersteunend apparaat. Vanuit de GG&GD bezien is

de relatie tot het bestuur in veel opzichten bovendien moeilijker geworden. Dat komt doordat de GG&GD vandaag de dag veel meer dan vroeger te kampen heeft met legitimeringsproblemen. Dat heeft verschillende achtergronden.

Er zijn om te beginnen veranderingen in de openbare gezondheidszorg zelf geweest, die hebben geleid tot een lichte verwarring over de plaats en de inhoud van het vakgebied. Die verwarring is niet specifiek voor de GG&GD in Amsterdam, maar kenmerkt de gehele openbare gezondheidszorg. Aan de formulering van kerntaken, doelstellingen en missies verspilde men vroeger geen tijd. Toen was het duidelijk genoeg dát er nog van alles moest gebeuren en wát er zoal moest gebeuren. Nu breken GGD-commissies en landelijke fora zich het hoofd over deze kwesties. De sterke opkomst van het bestuurskundige gedachtegoed in de jaren tachtig heeft deze discussies van een hoop geronk voorzien. De problemen lijken daardoor al snel groter dan ze zijn, maar ze zijn er wel. Het ontbreken van een krachtige eigen overtuiging maakt het moeilijk de dienst te verdedigen tegen bestuurlijke ingrepen en andere bedreigingen van buitenaf.

Verder is de GG&GD in zijn honderdjarige bestaan sterk van gedaante veranderd. Het meest ingrijpend was de opheffing van de geneeskundige armenzorg kort na de oorlog. Dat was een aanslag op de eenheid: alsof de ruggengraat verdween en een aantal losse ledematen overbleef. In de jaren zeventig zijn ook de meeste andere curatieve onderdelen komen te vervallen. Nieuwe wetgeving heeft sindsdien de collectieve preventie tot de kern van de Nederlandse GGD's gemaakt. Het lastige van zo'n preventief takenpakket is dat het nut ervan veel minder direct is dan van curatieve zorg. De effecten van preventie laten vaak lang op zich wachten, terwijl politici en bestuurders er bovendien slecht mee uit de voeten kunnen. Het voorkómen van gezondheidsproblemen is misschien een belangrijke, maar tegelijkertijd niet erg aansprekende winst. Daarbij komt dat de preventietaken van de GG&GD in de loop van de tijd steeds meer in de schaduw van hun eigen succes zijn komen te staan. Het

effect van sommige preventieve maatregelen is zo groot geweest, dat de betekenis ervan dreigt te vervagen. Vaccinatieprogramma's zijn hiervan een goed voorbeeld. Zij hebben ervoor gezorgd dat infectieziekten zoals difterie, tetanus en mazelen nauwelijks nog voorkomen. Met de weinige gevallen die zich per jaar nog voordoen, is het moeilijk uit te leggen dat zo'n grote en collectieve inspanning voortdurend nodig blijft.

Naast dit soort legitimeringskwesaties zijn er natuurlijk de verschuivingen in het politiek-bestuurlijke denken geweest en was de G G & G D het voorwerp van langdurige bezuinigingsoperaties. De afgelopen tijd is de sfeer hierdoor sterk bepaald en bij tijden verziekt. Toch moet je terugkijkend concluderen dat de G G & G D Amsterdam de storm van de afgelopen twintig jaar eigenlijk behoorlijk goed heeft doorstaan. Er zijn gemeentelijke diensten in Amsterdam die er een stuk beroerder aan toe zijn en er zijn G G D's in het land waar het slechter mee is afgelopen.

Dan het tweede punt: de afstand tot de bevolking. Over de gehele linie stond en staat de G G & G D dicht bij de Amsterdammers, bij de oude armen, de arme nieuwkomers en de nieuwe marginalen. Maar er zijn periodes geweest waarin de banden extra innig waren en de reputatie van 'de Achtergracht' tot grote hoogte steeg. Neem ter illustratie de uitvaart van Heijermans, zoals beschreven in *Het Volk*. Duizenden mensen, zo vermeldt het verslag, stonden langs de route opgesteld:

Nog eenmaal neigden de vaandels voorover en honderden vuisten gingen omhoog om de vrijheidsgroet te brengen aan hem, die zoveel bijgedragen had tot verheffing der arbeidersklasse. Vrouwen en meisjes, die misschien hun leven aan de dienst van dokter Heijermans hadden te danken, konden hun tranen niet bedwingen. Strak stonden de gezichten van de in dienst der arbeidersbeweging vergrijsde mannen. Eerbiedig groetten de jongeren.¹

We hoeven dit niet helemaal letterlijk te nemen. *Het Volk* zal voor de gelegenheid de sentimenten ongetwijfeld zwaar hebben

aangezet. Maar dan nog: om ze aan te kunnen zetten, moeten ze wel aanwezig zijn en blijkbaar was er een publiek dat voor zo'n overdriving vatbaar was. Voor de naoorlogse generatie directeuren zijn, met alle respect, de beschreven taferelen nauwelijks nog denkbaar.

Van de trots op ónze dienst, die in de eerste helft van de twintigste eeuw vooral in de gelederen van de arbeidersbeweging heerste, is weinig meer over. Zeker, het is nog altijd nuttig dat de GG&GD er is en het is goed dat er op allerlei soorten van 'nieuwe armen' extra wordt gelet, maar niemand wordt er nog warm van. Een goed functionerende dienst is een vanzelfsprekendheid geworden. Voor hedendaagse burgers is het de normaalste zaak van de wereld dat kinderen worden ingeënt, dat na één telefoontje de ongediertebestrijding op de stoep staat en dat bij ongelukken en rampen medische hulp en opvang gegarandeerd is. Iedere burger heeft daar recht op. Het valt pas op als er iets mis gaat, als de eerste hulp niet goed gecoördineerd is of bedreigingen van de volksgezondheid verkeerd zijn ingeschat. Zo is het de belangrijkste opdracht van de dienst geworden om geen fouten te maken, en dat is een ondankbare taak. Het is een schrale troost dat dit niet alleen voor de Amsterdamse GG&GD geldt, maar voor veel meer instellingen van de overheid. Positieve waardering is alleen nog te behalen wanneer zich nieuwe en acute problemen voordoen. In de aids-crisis heeft de GG&GD zo'n zeldzame kans met succes benut en zichzelf weer een rol aangemeten waar nationaal en zelfs internationaal veel eer mee is ingelegd.

Dat brengt ons op het laatste punt, de positie van de GG&GD in het land. Op verschillende tijdstippen is het Amsterdamse voorbeeld maatgevend geweest voor de rest van Nederland. Dat geldt voor de organisatie van de Gezondheidsdienst aan het eind van de negentiende eeuw, en meer nog voor de GG&GD in de jaren twintig onder Heijermans. Beide bloeiperiodes konden mede ontstaan dankzij een stimulerende en actieve gemeentepolitiek: de radicaal-liberale periode met Treub en Gerritsen in de late negentiende eeuw en de bloeitijd van de sociaal-demo-

cratische gemeentepolitiek van Wibaut en De Miranda in de jaren twintig. Dergelijke periodes zijn er in de tweede helft van de twintigste eeuw niet meer geweest en dus heeft de GG&GD er ook niet meer van kunnen profiteren.

Daar kwam bij dat de buitengewoon gunstige ontwikkeling van de welvaart en de volksgezondheid de dienst in slaap hebben gewiegd, waaruit hij pas omstreeks 1980 ontwaakte. Voorbereidingen voor landelijke wetgeving waren op dat moment in volle gang en een bestuurlijke kentering was bezig zich te voltrekken. De dienst moest alle zeilen bijzetten om bij te kunnen blijven en te reageren op de nieuwe ontwikkelingen. Vergeleken met de tijd waarin Heijermans de rest van het land voorschreef hoe een gemeentelijke gezondheidsdienst moest worden ingericht, was dat een flinke terugval. De koppositie van weleer zal wel nooit meer worden bereikt en past ook niet meer bij deze tijd, maar daar staat tegenover dat de GG&GD na 1980 op bepaalde onderdelen opnieuw toonaangevend is geworden. Het voorbeeld van aids is al genoemd. Drugs is een ander voorbeeld. Ook al is het Amsterdamse model van methadonverstrekking bepaald niet onomstreden, de drugsafdeling van de Amsterdamse GG&GD vervult voor andere steden in binnen- en buitenland een voorbeeldfunctie.

Een slotwoord als dit nodigt uit tot vergelijkingen met het verleden, met alle gevaren van dien. Wie met de hoogtijdagen van de jaren twintig vergelijkt, komt onvermijdelijk tot de conclusie dat de oorspronkelijke glans verbleekt is. Wie met de jaren zestig of zeventig vergelijkt, ontwaart in de huidige GG&GD juist een bruisende vitaliteit. Dat soort conclusies is even verleidelijk als misleidend. De omstandigheden waaronder de dienst kon floreren als onder Heijermans zijn simpelweg verleden tijd, net als die waaronder de dienst in de jaren zestig kon wegdutten. Wie nu, na honderd jaar, de balans opmaakt, ziet niet bepaald een instelling die aan het einde van haar dagen is gekomen. De GG&GD is dan misschien een oude dame, maar wel een stevige, die met twee benen in het Amsterdamse leven staat.

NOTEN

I EEN HYGIËNISCH VERLEDEN

- 1 Coronel 1864, III.
- 2 Geciteerd in: Carasso 1977, 255.
- 3 *Jaarlijksch verslag der werkzaamheden, verrigt door het Collegie van wetenschappelijke keurders en door de keurmeesters, gedurende het jaar 1862*, 30.
- 4 Maas 1985, 20-21.
- 5 Idem, 174 n.8.
- 6 *Handelsblad*, 24 maart 1923.
- 7 Pijnappel, 5 november 1893.
- 8 Jorissen 1899-1900, 3.
- 9 Idem, 8.
- 10 Saltet 1896, 20-21.
- 11 Roegholt 1993, 30.
- 12 Geciteerd in Querido 1964, 894.
- 13 Heije 1853, 28.

2 REORGANISATIE: GERRITSEN CONTRA DE MEDICI (1900-1902)

- 1 Jacobs 1924, 235.
- 2 Burger, in: *Gedenkboek Geneeskundige Kring* 1923, 21.
- 3 *Gemeentebld* 1900, afd. 2, 1139.

- 4 Idem, 1142.
- 5 Idem, 1126.
- 6 Rapport 1901, 4-5.
- 7 Idem, 32.
- 8 Idem, 9.
- 9 Idem, 31.
- 10 Idem, 78.
- 11 Idem, 79.
- 12 Idem, 86.
- 13 Idem, 100.
- 14 *Handelsblad*, 27 juni 1902, avondblad.

3 EEN VOORZICHTIG BEGIN (1903-1918)

- 1 Joosse 1986, 192.
- 2 Inleiding bij De Haan 1982, 9.
- 3 *Het Vrije Volk*, 20 december 1950.
- 4 *Jaarverslag Geneeskundige Dienst* 1905, 13.
- 5 *Een geneeskundig schooltoezicht* 1906, 28.
- 6 Idem, 220-221.
- 7 Idem, 222.
- 8 Vergadering van de Commissie van Bijstand van de GGD, 21 februari 1912. GAA, archiefnr. 5107, inv.nr. 7.

4 DE DIENST VAN HEIJERMANS (1919-1937)

- 1 Geciteerd in De Liagre Böhl 2000, 161.
- 2 *Algemeen Handelsblad*, 21 december 1937.
- 3 Heijermans 1924, 16.
- 4 Heijermans, in: *Gedenkboek Geneeskundige Kring* 1923, 147.
- 5 *De Controleur*, 20 maart 1920.
- 6 *De Tribune*, 15 mei 1924.
- 7 Schuckink Kool 1928, 1.
- 8 *Het Volk*, 18 en 20 januari 1921.
- 9 Heijermans 1919, 858-859.
- 10 *Handelsblad*, 8 en 9 mei 1924.
- 11 *Rapport* 1930, 62-63.
- 12 Querido 1980, 132.
- 13 *Het Volk*, 27 juli 1938.
- 14 Querido 1950, 515.

5 ROND OORLOG EN BEZETTING (1938-1950)

- 1 Allema e.a. [1977], 45.
- 2 Querido 1980, 179-180.
- 3 Idem, 172.
- 4 Ruys z.j., 4.
- 5 *Het Vrije Volk*, 21 juli 1945.
- 6 'Een halve eeuw', 1950, 547.
- 7 GG&GD te Amsterdam 1901-1961, 1961, 29.
- 8 'Een halve eeuw', 1950, 514.

6 EEN ZORGELOZE TIJD (1950-1980)

- 1 'Een halve eeuw', 1950, 503.
- 2 *NRC Handelsblad*, 27 maart 1995.
- 3 *Bedrijfsblad GG&GD*, 1966, nr.2, 12-15.
- 4 Idem, 21.

7 CRISIS EN NIEUW LEVEN (NA 1980)

- 1 Storm 1999, 11.
- 2 *NRC Handelsblad*, 8 juni 1995.
- 3 Coutinho 1989, 24.
- 4 *Jaarverslag* 1975, 7.
- 5 *GGD journaal*, april 1995, 8.
- 6 De Groot 1993.
- 7 Böttcher 1983, 1.
- 8 *Het Parool*, 18 maart 1983.
- 9 *GGD journaal*, april 1995, 16.
- 10 *Jaarverslag* 1985, 6.
- 11 *Het Parool*, 18 november 1986.
- 12 *GGD journaal*, november 1991, 4.
- 13 *GGD journaal*, april 1995, 10.
- 14 *Het Parool*, 30 maart 1993.
- 15 *GGD journaal*, december 1990, 7.
- 16 *GGD journaal*, juli 1995, 18.
- 17 Idem, 16.
- 18 *De Telegraaf*, 27 november 1996.
- 19 'Evaluatie besluitvorming verzelfstandiging Arbodienst', 1999.

TOT BESLUIT

- 1 *Het Volk*, 27 juli 1938.

LIJST VAN DIRECTEUREN

GEMEENTELIJKE GEZONDHEIDSDIENST

R.H. Saltet 1891-1896
H.G. Ringeling 1896-1923

GEMEENTELIJKE GENEESKUNDIGE DIENST

J.M. Huizinga 1901-1913
J.L.C. Wortman 1913-1918
L. Heijermans 1919-1923

GEMEENTELIJKE GENEESKUNDIGE EN GEZONDHEIDSDIENST (GG&GD)

L. Heijermans 1923-1937
J.H. Tuntler 1938-1947
A. Brand jr. 1947-1952
K. Ittmann 1952-1972
J. Allema 1972-1982
H. Rengelink 1982-1995
G.P.J. Schouten (directeur a.i.) 1995-1996
F.J.M. Croonen (directeur a.i.) 1997-1998
mw. Y. Baune (directeur a.i.) 1998-2000
R.A. Coutinho (2000-)

GEÏNTERVIEWDE PERSONEN

MW. S. BLOCH	schoolartsen
G. VAN BRUSSEL	drugsafdeling
L. VAN COOTEN	luchtbeschermingsgeneeskundige dienst; documentatie
R.A. COUTINHO	volksgezondheid
D. FABIUS	afdeling gezondheidszorg van de gemeente
A. DE GROOT	bedrijfsgezondheidszorg
W.G. MULDER	geestelijke hygiëne
F. POLAK	drugsafdeling
A.N.J. REINDERS FOLMER	geriatrie
H. RENGELINK	geriatrie; directie
L. STOUTJESDIJK	volksgezondheid
A.A. VERHEIJ	wethouder

HERKOMST ILLUSTRATIES

Tenzij anders vermeld, zijn de illustraties in dit boek afkomstig van de GG&GD Amsterdam.

VERKLARING ANDERE VERMELDINGEN:

GAA	Historisch-topografische Atlas van het Gemeentearchief Amsterdam
MGV	Maandblad Geestelijke volksgezondheid (jrg. 46 (1991), nr.7/8)
NFA	Nederlands Foto Archief te Rotterdam

LITERATUUR

GERAADPLEEGDE ARCHIEVEN, TIJDSCHRIFTEN EN COLLECTIES

Jaarlijksch verslag der werkzaamheden, verrigt door het Collegie van Wetenschappelijke Keurders en door de Keurmeester. Amsterdam 1858-1866.

Verslag van de werkzaamheden verricht door inspecteurs en keurmeesters van voedingsmiddelen (1866-1892)

Verslag van (de werkzaamheden van) den Gemeentelijke Gezondheidsdienst te Amsterdam (1893-1921)

Gemeenteblad Amsterdam (1900-1902)

Jaarverslagen Geneeskundige Dienst en GG&GD Amsterdam (vanaf 1901)

Bedrijfsblad GG&GD (1965-1978)

Personeelsblad van de GG en GD Amsterdam (1979-1981)

Informatieblad voor de medewerkers van de GG en GD (1984-1985)

GG&GD belicht: Personeelsblad GG&GD (1985-1990)

GGD jaarnaal (1990-1995)

GG&GD Magazine (vanaf 1996)

Knipseldienst Het Parool

Knipselverzamelingen bibliotheek GG&GD Amsterdam

Knipselkrant GG&GD

Knipselverzamelingen Gemeentearchief Amsterdam

LITERATUUR

- Allema, J., 'Prof. Rudolph Hendrik Saltet en het ontstaan van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst in Amsterdam'. *Bedrijfsblad van de GG&GD*, 9 (1973), nr.33, 8-9.
- Allema, J. e.a., *Amsterdam met de GG&GD*. Amsterdam, z.j. [1977].
- Ameijden, E.J.C. van, e.a., 'Pre-AIDS mortality and morbidity among injection drug users in Amsterdam and Baltimore: an ecological comparison'. *Substance Use & Misuse*, 34 (1999) nr.6, 845-865.
- Amstel, Jan van, 'Wat Amsterdam doet voor zijn zieke armen'. *Algemeen Handelsblad*, 17 januari 1906.
- Annelèn, 'Prof. dr. R.H. Saltet', *Handelsblad*, 24 maart 1923.
- Annelèn, 'Directeur L. Heijermans over den Gemeentelijken Geneeskundigen Dienst'. *Algemeen Handelsblad*, 24 december, 1927.
- Baart de la Faille, J.M., 'Historisch overzicht van het geneeskundig schooltoezicht'. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 1 (1923), 167-171.
- Bent, Els van den, *Gepokt en gemazeld. 75 Jaar Haagse GG&GD, 1912-1987*. 's-Gravenhage (GG&GD), 1987.
- Bergink, A.H., *Samuel Senior Coronel. Zijn betekenis voor de sociale geneeskunde in Nederland*. Assen, 1960.
- Boer, M.G. de, Sarphati. In: A.E. d'Ailly (red.), *Zeven eeuwen Amsterdam*. Amsterdam, z.j., deel v, 35-54.
- Bosboom en Hegener, *Rapport inzake het probleemverkennd vooronderzoek naar het functioneren van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst van Amsterdam*. Amsterdam, 1979.
- Böttcher, G.F., *De organisatie van een basisgezondheidsdienst. Verkennende studie naar het functioneren van de GG&GD te Amsterdam*. Amsterdam, 1983.
- Bottenburg, Maarten, Geert de Vries en Annet Mooij, *Zorg tussen staat en markt. De maatschappelijke betekenis van de Ziekenfondsraad, 1949-1999*. Zutphen, 1999.
- Carasso, Dedalo, 'Op weg naar het begin. Reiniging en stadsreiniging in de 19de eeuw'. *Ons Amsterdam*, 29 (1977), nr.9, 255-271.
- Coronel, S. Sr., *De bewaarschool: haar verleden, tegenwoordige toestand en hare toekomst*. Amsterdam, 1864.
- Coutinho, Roel, 'Een terugblik vanuit het beleid'. In: Herman Vuijsje en Roel Coutinho (red.), *Dilemma's rondom AIDS*. Amsterdam/Lisse, 1989, 13-24.
- Coutinho, Roel, *Van pokken, syfilis en aids: Geschiedenis van de infectieziektenbestrijding door de eeuwen heen*. (Inaugurele rede.) Amsterdam, 1989.
- Daalen, Rineke van, 'Openbare hygiëne en privé-problemen: het ontstaan van de Amsterdamse gezondheidszorg'. *Sociologisch Tijdschrift*, 9 (1983), nr.4, 568-605.

- Daniëls, C.E., 'Dr. J.P. Heije. Wat hij deed voor zijn vaderland als geneeskundige'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 53 (1909) 1, 729-743.
- Das Staedische Medizinalamt in Amsterdam: Zusammengestellt für die internationale Hygiene-Ausstellung – Dresden 1911.* [Amsterdam, 1911]
- 'De Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst van Amsterdam samen 180 jaar oud; tussen verleden en toekomst'. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 64 (1986), 807-821.
- Dercksen, Adrienne en Sonja van 't Hof, *Uitgereden. Bladzijden uit de geschiedenis van de Amsterdamse Centrale Riagg Dienst.* Amsterdam/Utrecht, 1994.
- Derks, Jack, *Het Amsterdamse morfine-verstrekkingprogramma. Een longitudinaal onderzoek onder extreem problematische druggebruikers.* Utrecht (Nederlands Centrum geestelijke Volksgezondheid), 1990.
- Een geneeskundig schooltoezicht voor Amsterdam. Rapporten en discussiën in den Geneeskundigen Kring, 1905-1906.* Amsterdam, 1906.
- 'Een halve eeuw Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst, 1901-1951'. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 28 (1950), 503-552.
- 'Een leider verlaat "de Achtergracht"'. *Algemeen Handelsblad*, 21 december 1937.
- 'Evaluatie besluitvorming verzelfstandiging Arbodienst'. *Gemeentebled Amsterdam* 1999, afdeling 1, 3903-3913.
- 'Feestbijlage van het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde ter gelegenheid van de inwijding van het Centraal Bureau van den GG&GD van Amsterdam'. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 2 (1924), 73-129.
- Frese, H., *Hier de Geneeskundige Dienst...!* Amsterdam, 1958.
- Gedenkboek uitgegeven ter gelegenheid van de viering van het vijf en zeventig-jarig bestaan van den Geneeskundigen Kring te Amsterdam 21 september 1923.* Amsterdam, 1923.
- 'Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst te Amsterdam, 1901-1961'. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 39 (1961), 7-33.
- Geuns, J. van, 'De geneeskundige armverzorging te Amsterdam'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 33 (1897), 15-22.
- Groot, A. de, 'De bedrijfsarts als adviseur'. Lezing NVAB, Eindhoven 13 mei 1993. (Ongepubliceerd).
- Haan, Jacob Israël de, *Pijpelijntjes.* Ingeleid en toegelicht door Rob Delvigne en Leo Ross. Amsterdam 1982.
- Harmesen, Ger, 'Louis Heijermans'. In: *Biografisch Woordenboek van het Socialisme en de Arbeidersbeweging in Nederland.* Amsterdam, 1998, 91-96.
- Heerma van Voss, A.J., 'Vijftig jaar sociale psychiatrie in Nederland'. *Vrij Nederland*, 6 december 1980 (bijlage).

- Heije, J.P., *Gewijzigd voorstel en toelichting omtrent de geneeskundige armverzorging*. Amsterdam, 1853.
- Heijermans, L., 'Geneeskundige armenzorg en ziekenfondsen'. *Sociale Voorzorg*, 1 (1919), 856-861.
- Heijermans, L., 'Het ontsmetten'. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 2 (1924), 15-17.
- Heijermans, L., *Gemeentelijke gezondheidszorg in Nederland*. Amsterdam, 1929.
- Heijermans, L., *De zorg voor onze gezondheid in het dagelijksch leven*. Amsterdam, 1931.
- Hoffland, Peter, "'Zijn als de Egyptenaren...'" Besmettelijke oogziekten in de hoofdstad, met name onder joodse Amsterdammers'. (Ongepubliceerd).
- Houwaart, E.S., *De hygiënisten. Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland, 1840-1890*. Groningen, 1991.
- Jacobs, Aletta. *Herinneringen*. Amsterdam, 1924.
- Jong, E.W. de, 'Gemeente-instellingen te Amsterdam. De gezondheidsdienst'. *Elsevier's Geillustreerd Maandschrift*, 1897 (dl. 2), 350-364.
- Joose, Kees, *Arnold Aletrino: pessimist met perspectief*. Amsterdam, 1986.
- Jorissen, W.P., 'De Gemeentelijke Gezondheidsdienst te Amsterdam'. *Tijdschrift voor toegepaste Scheikunde en Hygiëne*, 2 (1898-1899), 181-190; 228-235; 3 (1899-1900), 1-11; 35.
- Jorissen, W.P., 'Verslag omtrent de verrichtingen van den Gemeentelijken Gezondheidsdienst te Amsterdam over 1900'. *Tijdschrift voor toegepaste Scheikunde en Hygiëne*, 5 (1901), 86-88; 121-123; 148-149.
- Jorissen, W.P., 'Verslag omtrent de verrichtingen van den Gemeentelijken Gezondheidsdienst te Amsterdam over 1901'. *Tijdschrift voor toegepaste Scheikunde en Hygiëne*, 6 (1902-1903), 82-85; 214-217.
- Kerckhoff, A.H.M., *Honderd jaar geneeskundige en gezondheidsdiensten*. Bussum, 1994.
- Knapper Czn., N., *Een kwart eeuw zuigelingenzorg in Nederland*. Amsterdam, 1935.
- Kok, L., 'Noodziekenhuis Zeeburg'. *Bedrijfsblad GG&GD*, 3 (1967), nr.3, 1-5.
- Korst, J.K. van der, *Om lijf en leven. Gezondheidszorg en geneeskunst in Nederland, circa 1200-1960*. Utrecht/Antwerpen, 1988.
- KPMG Klynveld Management Consultants, *Onderzoek GG & GD Amsterdam*. [z.p.] 1992.
- Kruidenier, Michiel, 'Geschiedenis van de huisvesting van de GG&GD'. *GG&GD Magazine*, 2 (1997), nr.1, 8-9; nr.2, 6-7; nr.3, 4-5; nr.4, 4-5; nr.5, 4-5; nr.6, 4-5; nr.7, 4-5; nr.8, 4-5.
- Kruidenier, Michiel, 'Uit het archief'. *GG&GD Magazine*, 3 (1998), nr.2, 6-8; nr.3, 5-7; nr.4, 4-5; nr.5, 6-7.

- Liagre Böhl, Herman de en Guus Meershoek, *De bevrijding van Amsterdam. Een strijd om macht en moraal*. Zwolle, 1989.
- Liagre Böhl, Herman de, 'De stad bestuurd. De paarse proeftuin. Radicalisering van het Amsterdamse gemeentebestuur rond 1900'. In: Martha Bakker e.a. (red.), *Amsterdam in de tweede Gouden Eeuw*. Bussum, 2000, 159-185.
- Lieburg, M.J. van, *De geschiedenis van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst te Rotterdam 1919-1994*. Rotterdam, 1994.
- Limbeek, J. van en V. van Alem (red.), *Querido's legacy. Social psychiatry in Amsterdam from 1932 to 1991*. Amsterdam (GG&GD), 1991.
- Maas, P.F., *Sociaal-democratische gemeentepolitiek, 1894-1929*. 's-Gravenhage, 1985.
- Mackenbach, J.P., *De veren van Icarus. Over de achtergronden van twee eeuwen epidemiologische transitie in Nederland*. Utrecht, 1992.
- 'Medische Kroniek. De Amsterdamsche Gemeentelijke Gezondheidsdienst'. *Handelsblad*, 28 februari 1923.
- Mooij, Annet, *Geslachtsziekten en besmettingsangst. Een historisch-sociologische studie*. Amsterdam, 1993.
- Mooij, Annet, *De polsslagen van de stad. 350 jaar academische geneeskunde in Amsterdam*. Amsterdam, 1999.
- Mooij, Annet en Geert de Vries, *Eender en anders: de Amsterdamse GG&GD in deze tijd*. Amsterdam (GG&GD), 2000.
- Pijnappel, M.W., 'Het Bureau van den Gemeentelijken Gezondheidsdienst te Amsterdam'. *Geneeskundige Courant*, 47 (1893), 5 en 12 november 1893.
- Querido, A., "'Mijn Dienst". Een herinnering aan L. Heijermans'. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 28 (1950), 515.
- Querido, A., 'Jan Pieter Heije'. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 42 (1964), 893-898.
- Querido, A., *Een eeuw staatstoezicht op de volksgezondheid*. 's-Gravenhage, 1965.
- Querido, A., *Doorgaand verkeer. Autobiografische fragmenten*. Lochem, 1980.
- Rapport der Commissie van onderzoek inzake de verpleging en verzorging van zenuwzieken, krankzinnigen en maatschappelijk ongeschikten vanwege de gemeente Amsterdam*. Amsterdam z.j. [1930].
- Rapport over den Gemeentelijken Geneeskundigen Dienst en Uittreksel uit het Verslag der Kringvergadering van 20 Mei 1901*. Haarlem, 1901.
- Rigter, R.B.M., 'Trachoom, de gesel van de Amsterdamse jodenbuurt'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140 (1996) 1, 616-620.
- Roegholt, Richter, *Amsterdam na 1900*. Z.pl., 1993.
- Ruys, Anna Charlotte, '[Oorlogsherinneringen]'. Nederlands Instituut voor Oorlogsdocumentatie, archiefnr. Doc. 1-1460 B. Amsterdam (NIOD), z.j.

- Sajet, B.H., 'Geneeskundige armen- en ziekenfondsbehandeling'. *Sociale Voorzorg*, 1 (1919), 688-708.
- Sajet, Ben. *Een leven lang Ben Sajet*. Verteld aan Hans Fels. Baarn, 1977.
- Saltet, R.H., 'Toepassing van de epidemie-wet in Amsterdam'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 29 (1893) 1, 393-399.
- Saltet, R.H., *De bestrijding van epidemieën door de overheid*. (Inaugurale rede.) Amsterdam, 1896.
- Saltet, R.H., *Voordrachten over gezondheidsleer*. Haarlem, 1913.
- Scheffer, H.J., *De Controleur. Een kritisch blad kritisch bekeken*. 's-Gravenhage, 1982.
- Schuckink Kool, A., 'Het 25-jarig jubileum van den Gemeentelijken Geneeskundigen Dienst te Amsterdam'. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 6 (1928), 1-2.
- Smit, W.H. en F. Wibaut, 'Vijf jaren bestrijding van het trachoom'. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 2 (1924), 32-38.
- Spits, Jet, *Hij heeft vooral gepoogd leemten aan te vullen. Een geschiedenis van gemeentelijke gezondheidszorg in de stad Groningen*. Groningen, 1995.
- Spoorenberg, Jacqueline, *De opvoeding van arbeidervrouwen. Zuigelingenzorg in Amsterdam, 1903-1940*. Doctoraalscriptie UvA, 1981.
- Spreeuwiers, D., *Louis Heijermans. Zijn rol in de ontwikkeling van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde in Nederland*. Doctoraalscriptie KUN, 1987.
- Storm, J.R., *Teksten en toelichting op de Regelgeving preventieve gezondheidszorg*. Editie 1999, hoofdstuk 1, 11-28.
- Velden, Henk van der, *Financiële toegankelijkheid tot gezondheidszorg in Nederland, 1850-1941*. Amsterdam, 1993.
- Verdoorn, J.A., *Volksgezondheid en sociale ontwikkeling. Beschouwingen over het gezondheidswezen te Amsterdam in de 19de eeuw*. Utrecht/Antwerpen, 1965.
- Vergelijkend buurtonderzoek Amsterdam*. Amsterdam (GG&GD e.a.), 1980.
- Vuijsje, Herman, *Hulpeloze gladiatoren. Haalt de openbare gezondheidszorg het jaar 2000?* Amsterdam (De Balie), 1996.
- Weiler, J., 'Zeeburg 50 jaar'. *Bedrijfsblad GG&GD*, 3 (1967), nr.1, 2-12.
- Wittop Koning, D.A., 'Het 50-jarig bestaan van de gemeentelijke geneeskundige- en gezondheidsdienst'. *Amstelodamum*, 38 (1951), 26-27.
- Wouters, Douwe N., *Zorg op straat: de Regenboog 25 jaar*. Amsterdam (Stichting de Regenboog), [2000].
- Zuijlen, Rob van, *Van handkar naar ambulance. Een kleine 100 jaar ziekenvervoer in Amsterdam*. Purmerend (in eigen beheer), 1996.

PERSONENREGISTER

- Aletrino, Arnold 69, 71-72
Ali Cohen, L. 138
Allebé, G.A.N. 22, 42
Allema, J. 173, 188-189
Amstel, Jan van 72-73
- Baune, Yvonne 207-208
Blooker, C. F.J. 63-64, 67, 82, 85
Borst, Els 202
Böttcher, Gerard 190
Brand jr., A. 146, 148, 152
Brenkman, C.J. 100, 138, 148
Brussel, Giel van 178, 181
Burger, H. 48, 83
- Coronel, Samuel Sr. 13-14, 96, 138
Coutinho, R.A. 185-186, 208
Couwenberg, Anton 74-75
Croonen, F.J.M. 207
- Fransman, Jaap 204
- Gerritsen, C.V. 26, 46-53, 55, 61, 63-65, 67, 82, 209, 212
Geuns, J. van 60
Giessen, Jikkie van der 202, 206
Groot, A. de 187
- Haan, Jacob Israël de 69, 71-72
Heida, H. 164
Heije, Jan Pieter 43-45, 189
Heijermans, Herman 94
Heijermans, Ida 94
Heijermans, Louis 67, 91, 94-103, 106, 108-120, 123-126, 128-132, 134, 139, 142, 148, 151, 158, 189, 211-213
Heijermans, Marie 94
Heynsius, C.E. 42
Huizinga, J. Menno 48, 53, 57-61, 67-68, 72, 76-77, 79, 81-82, 84-87, 97-100, 107, 120, 131-132, 209

- Israëls, A.H. 22, 138
 Ittmann, K. 152, 173
- Jacobs, Aletta 47-48, 53
 Jansen van Galen, John 202
 Josephus Jitta, N.M. 50-52, 61, 64, 80, 85-86
- Koch, R. 23
- Maarseveen, Johanna van 71-72, 79
 Mackenzie-van der Noordaa, A. 145
 Mak, Geert 203
 Meijers, F.S. 88, 103, 126-127
 Miranda, S.R. de 92-93, 213
 Mulder, W.G. 169
 Muntendam, P. 151
- Nobel, C.P.J. le 193
- Pasteur, L. 23
 Peeters, H. 144
 Penn, J. 22, 42, 138
 Polak, Henri 92
 Polak, Willem 189
 Polak, Wim 189
- Querido, Arie 96, 126-128, 130, 137-139, 145, 148-150
- Reinders Folmer, A.N.J. 156-157
 Rengelink, Henk 150, 156, 189-193, 198, 202, 204-206, 208
- Ringeling, H.G. 31-32, 80, 89, 110-113, 189
 Ruys, Charlotte 141, 147-148
- Sajet, Ben 96, 123-124, 139, 148-149, 157
 Saltet, R.H. 27-29, 32, 41
 Sarphati, Samuel 18-19, 96, 138
 Schouten, G.P.J. 204-207
 Schuckink Kool, A. 91, 120
 Snow, John 16-17
 Spijker, S. 138, 148
 Straub, M. 52-54, 89-90
- Teixeira de Mattos, I. 22, 138
 Thorbecke, J.R. 21
 Treub, Hector 55, 59-60, 83
 Treub, M.W.F. 26, 212
 Tuntler, J.H. 132, 137, 144, 146, 148
- Verdoorn, J.A. 39-40
 Vorrink, Irene 178
 Vos, H.B.L. 77-79
- Wayenburg, G.A.M. 71
 Wibaut, F.M. 92-93, 213
 Wijnkoop, David III
 Wildekamp, Ada 193-195, 197
 Winkler, C. 80, 83
 Wortman, J.L.C. 87-91