

1 ‘EEN BOOSAARDIGE EPIDEMIE’

ZIEKE GRONINGERS OP ZOEK NAAR GENEZING

Bakker Albert Hensema

Bakker Albert Hensema woonde in 1826 in de Oude Kijk in 't Jatstraat in de stad Groningen, op nummer 35 in wijk I. In de tweede helft van juli kreeg zijn vrouw, Jantien Jans Spekman, hevige koorts. Ongeveer tien weken later werd Albert ziek¹ en ook Luitje, het zes maanden oude zontje van het jonge echtpaar, kreeg zware koorts.² Het gezin was, evenals duizenden andere Groningers in de tweede helft van 1826, het slachtoffer van een ernstige malaria-epidemie, met als waarschijnlijke complicatie tyfus.³

In februari 1825 waren door zware stormen de dijken doorgebroken en grote delen van het noorden van het land onder water gelopen. De lagere gedeelten van de stad Groningen waren dat voorjaar langer dan gewoonlijk overstroomd geweest. Daarop volgden een zachte winter en in 1826 een hete, droge lente en zomer. Deze combinatie van factoren was uitermate gunstig voor het ontstaan van malaria.⁴ Malaria was een gewoon verschijnsel in de stad, waar men zich doorgaans niet ongerust over maakte. Uit ondervinding wist men dat de koorts na een paar weken meestal weer verdwenen. Er werd ook wel een reinigende werking aan toegeschreven.⁵ De epidemie van 1826 heeft de stad echter zeer zwaar getroffen en is onder de naam ‘Groninger ziekte’ de geschiedenis ingegaan.⁶

Albert en Jantien waren maandenlang zwaar ziek. Op 12 januari 1827 had Albert nog dagelijks koorts. Hij was ‘veelal ijelhoofdig [en] heeft daar zich de koorts in de borst en op de rug was gezet, verscheidene operaties door inbranding moeten ondergaan.’⁷ Albert bleef een jaar ziek. Jantien was tot Pasen 1827 ziek en leed daarna nog tot in oktober aan waterzucht, een veel voorkomende naziekte van malaria. Luitje stierf op 3 oktober 1826. Het jongetje was het tweede kind van het echtpaar. Hun eerste telg, ook een Luitje, was ruim twee weken na de geboorte, in april 1825, gestorven. Kort na de geboorte van hun tweede kind waren de jonge ouders als lidmaat aangenomen in de Hervormde Kerk.

Het gezin werd tijdens deze epidemie medisch behandeld door medicinae doctor Jacob Baart de la Faille. Deze schreef medicijnen voor. De meestal in geval van malaria voorgeschreven braak-, laxeer- of oplossende middelen werden ook tijdens deze epidemie ruimschoots toegediend. Daarnaast werden veelvuldig bloedzuigers, pappen, wijnen en siropen gebruikt en kunstmatig verzweringsen teweeggebracht.⁸ De behandeling van de ziekte bleek door de vele en vreemde bijverschijnselen moeilijk.⁹ Kinine, sinds 1822 bekend als hét middel tegen malaria en haar naziekten, hebben de Hensema's niet of te weinig gekregen. Dat valt af te leiden uit de duur van hun ziekte en de waterzucht waaraan Jantien heeft geleden. De inbrandingen behoorden tot het heelkundige werk en zijn door een van de vier in de stad praktiserende stedelijke heelmeesters verricht.¹⁰ Het is niet bekend wie van hen Hensema heeft behandeld.

Hensema heeft verschillende keren medische hulp gekregen van Baart de la Faille, die als particulier arts werd geconsulteerd. De Hensema's kregen, voor zover valt na te gaan, gedurende de hele ziekteperiode uitsluitend medische hulp van deze dokter. Albert Hensema woonde in de wijk waar Baart de la Faille ook praktiseerde als armendokter. Met ingang van 7 augustus deelde deze de armenpraktijk met De Mey en vanaf 6 november kwam Munniks er nog bij.¹¹ De armendokters hebben tijdens deze epidemie grote groepen inwoners, die normaliter voor eigen rekening in hun medische verzorging voorzagen, behandeld.¹²

Of Hensema naast de reguliere geneeskundige hulp van de medicinae doctor en de heelkundige ook huismiddelen heeft gebruikt of onbevoegde of irreguliere genezers heeft geraadpleegd, is niet na te gaan. In de tweede helft van 1826 werden door irreguliere genezers geen advertenties in de twee Groninger kranten geplaatst om tijdens deze epidemie extra klandizie te vinden. Een enkele keer werd een middel 'ter bewaring der gezondheid' aanbevolen 'vooral in deze dagen van het uiterste belang'.¹³ In november werd in de krant een berokingsmiddel, bestaande uit jeneverbessen en oud leer, aanbevolen.¹⁴ De boekverkopers boden verschillende malen stichtelijke teksten tegen een gereduceerd tarief aan. Deze waren bedoeld als mentale ondersteuning.¹⁵ Waarschijnlijk waren de Hensema's te ziek om er op uit te trekken om andere dan de reguliere hulp te zoeken.

Albert Hensema betrok de medicijnen aanvankelijk bij een van de stedelijke apothekers. Omdat hij in het centrum van de stad woonde, waren er voldoende in de buurt. De twee dichtstbijzijnde apothekers waren W.J. Roelfsema aan het eind van de Kijk in 't Jatstraat op nummer 71 en J.F. Brentano, een drogist die zich in 1825 als apotheker had laten inschrijven. Deze was gevestigd in de Grote Kromme Elleboog, een zijstraat van de Kijk in 't Jatstraat. Hensema betaalde de medicijnen eerst zelf, onder andere van het geld dat hij normaliter besteedde aan de aankoop van koren voor de bakkerij. Mogelijk leidde dit er toe dat hij grondstoffen van een slechtere kwaliteit heeft aangeschaft. In augustus had de hervormde diaconie klachten over de kwaliteit van het brood dat hij leverde voor de bedeeden. Overigens wees een herkeuring uit dat de klachten ingetrokken konden worden.¹⁶ Toen de financiële bronnen van het gezin uitgeput waren, haalden ze medicijnen uit de stadsapothek.¹⁷ Daar kon men gratis medicijnen krijgen. De stadsapothek, tijdelijk overgebracht

van de Schuitemakersstraat naar een pand van professor Hendriksz in de Torenstraat, lag voor hen wel verder weg.

Baart de la Faille vond het nodig dat er ‘oppassing’ in het gezin kwam. Albert had zware ijlkoorts en zijn bedlegerige vrouw kon hem niet verzorgen. Er werd een betaalde hulp aangetrokken, die tijdelijk bij het gezin inwoonde en naast de kost drie gulden ontving.¹⁸ Volgens de stedelijke verordeningen moesten burens elkaar bijstaan in geval van ziekte en overlijden. Het overlijden van Luitje werd door twee burens bij de burgerlijke stand aangegeven.¹⁹ De hulpbronnen voor de ziekenverzorging en het waken waren in de directe omgeving kennelijk te beperkt of niet aanwezig. Begin augustus was bij beide naaste burens van Hensema ook een zieke door de epidemie en in de familiale sfeer waren de mogelijkheden beperkt. Albert was een immigrant uit Oude Pekela en had geen familie in de stad. Jantien had een gehuwde zuster die niet ver bij hen vandaan woonde, aan de Aa, maar in dat gezin waren ook twee zieken. Verder had ze nog een oude moeder en twee ongehuwde zusters die aan de andere kant van de stad, aan het Schuientiep, woonden. Het is niet bekend of zij ziek waren.²⁰ De hulpbronnen waren niet ruim, vanwege de fysieke afwezigheid van één kant van de familie en de hoge ziekteprevalentie.

Het echtpaar heeft lange tijd geprobeerd zich er op eigen kracht doorheen te slaan. Aanvankelijk betaalden ze de hulp die ze nodig hadden zelf. Tijdens de ziekteperiode lag het bedrijf van de Hensema’s vrijwel stil. Na het opheffen van het gilde in 1808 was de organisatie van de stedelijke bakkers in stand gebleven, maar haar werkzaamheden beperkten zich tot het regelen van de broodprijzen en het afbetalen van de schulden van het gilde.²¹ Het uitkeren van ziektegeld was afgeschaft. De bakkers hebben niet, zoals de vereniging van boekverkopers, -binders en -drukkers dat wel deed, samen met beroepsgenoten uit andere steden een ad hoc ondersteuning voor zieke beroepsgenoten georganiseerd.²² Er bleef Hensema niets anders over dan van eigen bezit te leven. De grondstoffen van de bakkerij werden te gelde gemaakt, kleding werd verkocht en waarschijnlijk ook huisraad. Dat kwam in 1826 veel meer voor.²³ Maar uiteindelijk ging het niet meer en deden ze een beroep op de Volksziektecommissie. Deze commissie wist giften uit het hele land te genereren, waarmee ze tijdens deze epidemie zieken ondersteunde. Dit gezin behoorde tot de doelgroep van deze ad hoc hulpinstelling: de ‘nijvere handwerkslieden en geringe burgerstand’ die nog nooit bij de diaconie of armenzorg had aangeklopt.

‘Deze mensen hebben het onmogelijke beproefd om zich met het hunne te redden, zonder anderen te vragen’ stond in het rapport over hen.²⁴ Baart de la Faille bracht gunstige berichten over het gezin uit aan professor Nienhuis, de contactpersoon van de Volksziektecommissie. In januari 1827 kregen de Hensema’s voor f 30,40 beddengoed, kleding, turf en aardappelen. Een van de honderden traktaatjes die het Nederlandsch Godsdienstig-Tractaatgenootschap aan de commissie stuurde om uit te delen, zal het gezin ook wel bereikt hebben. Dit gezin was een van de 3535 huishoudens die door de Volksziektecommissie de winter doorgehouden werd.

Albert Hensema probeerde in het najaar het bedrijf gaande te houden door iemand voor hem te laten bakken, maar het loon voor deze persoon kon hij niet opbrengen. In het najaar van 1827

ontving Hensema f 75,- van de Volksziektecommissie om rogge en weite te kopen om zijn bedrijf weer aan de gang te krijgen. Dat is hem ook gelukt. Een honderdtal gezinnen, waarvan acht bakkers, kregen een dergelijke gift, met het doel om 'als nuttige schakels in de maatschappij behouden te blijven'.

Albert en Jantien kregen later nog vijf kinderen, van wie twee binnen het jaar stierven. Het gezin verhuisde nog enkele keren in de stad, eerst naar de Jacobijnerstraat en daarna naar de Harderingestraat. In de Harderingestraat woonden ze in een pand dat op een gemeenschappelijke waterput was aangesloten.²⁵ Albert bleef het bakkersvak trouw zolang hij in de stad woonde. Medio jaren dertig vertrok het gezin naar de geboorteplaats van Albert. Jantien lag in de jaren vijftig nog kortdurend in het Academisch Ziekenhuis. Albert is in 1877 in Oude Pekela gestorven, Jantien twee jaar later in Nieuwe Pekela.

Als inwoners van de stad hadden de Hensema's ook te maken met het peil van de openbare hygiëne en de preventieve maatregelen van het stadsbestuur. Zo moest Luitje binnen drie dagen worden begraven. Gewoonlijk gold hiervoor een termijn van vijf dagen. Op 15 september werd een bepaling over het sneller begraven door het stadsbestuur afgekondigd. Later werd daar nog aan toegevoegd dat de overledenen alleen in de vroege ochtenduren en zonder klokgelui ter aarde besteld mochten worden. Met het laatste werd geprobeerd om de droefgeestigheid onder de stedelingen niet te vergroten. Waarschijnlijk is Luitje op de dichtstbijzijnde begraafplaats, de Noorderbegraafplaats, begraven. Eind september uitten omwonenden van deze begraafplaats klachten over de vele begrafenissen, waardoor het grondwater verontreinigd raakte en onbruikbaar werd voor de waterpompen.²⁶

Jantien en Albert woonden in een, naar negentiende-eeuwse Groningse begrippen, redelijk gezonde omgeving. De Kijk in 't Jatstraat behoorde tot de 'minder ruime hoofdstraten', maar lag niet in een van de meest onhygiënische gedeelten van de stad.²⁷ Het gebied rond de Noorderhaven, waar malaria altijd het hevigst woedde, was niet ver weg. Het in verband met malaria beruchte Boterdiep in het noordoosten van de stad, was echter nog wel een kwartier wandelen bij hen vandaan.

Over het algemeen werd aan het schoonhouden van de straten en goten in de oude binnenstad, waar de Kijk in 't Jatstraat lag, de meeste aandacht besteed, zij het dat de markten in het hart van de stad, het vaakst gefrequeenteerd werden door de vuilnisophalers. De Hensema's hebben tijdens hun ziekteperiode zeker hun burgerplichten van het tweemaal per week schoonhouden van goten, stoepen en riolen voor en langs hun huis, niet kunnen nakomen. Of dit anders wel zo was? Het stadsbestuur liet tijdens de epidemie de grachten elke dag in plaats van twee keer per week schoonmaken en ook de straatreiniging werd geïntensiveerd. De luchtverontreiniging werd bestreden door chloorberokingen op straat. Voor het klaarmaken van de chloorkalkverbinding werd tijdelijk een werkplaats ingericht. De chloorverbinding werd ook aan de inwoners aangeboden voor de luchtzuivering in de woningen. Vanaf 22 december konden zij de chloorkalk bij de apothekers afhalen. Mogelijk is daarvan ook iets terechtgekomen in de Kijk in 't Jatstraat 35, omdat dit gezin steeds thuis werd verpleegd. Dit was niet het geval bij Renske Wolf en haar kinderen.



Kijk in 't Jatstraat, gezien vanaf de Kijk in 't Jatbrug, ca 1872

Renske Wolf, een arme weduwe

Renske Wolf, een 23-jarige weduwe, en haar twee kinderen Debora en Gerritje van 5 en 2 jaar woonden in 1826 in het zuiden van de stad, in de Jonkerstraat op nummer S 314. Ze was op 17-jarige leeftijd, drie maanden zwanger, op de laatste dag van 1820 als laatste bruid van die dag, getrouwd met de 32-jarige wolspinner Gerrit Steenblok. De huwelijksakte werd niet ondertekend door het jonge paar. Ze verklaarden niet te kunnen schrijven. Nog maar 21 jaar oud en zes maanden zwanger van haar derde kind, werd Renske weduwe. Gerrit stierf op 36-jarige leeftijd (22-6-1824) in een 'behuizinge zonder letter noch nummer' aan de Zuiderkuipen. Elf dagen later werd Renske als bedeelde bij de hervormde diaconie ingeschreven. Wekelijks kreeg ze zes stuivers en een brood. Renske was ook vetspinster.²⁸ Hiermee verdiende ze kennelijk wat bij. Het derde kind werd op 30 september geboren en Gerritje genoemd, naar de vader. Bij de aangifte verschenen de geautoriseerde stadvroedvrouw Beiske Trox-Niemeyer en twee burens als getuigen op het stadhuis. Renske was na haar geboorte gedoopt maar deed geen belijdenis, evenmin als haar man en andere familieleden.

Voor Renske was 1826 een rampjaar. Op 12 april overleed haar driejarig zoontje Elias en op 3 mei haar 75-jarige schoonmoeder Debora Mast. Deze stierf in het stadsziekenhuis. Debora werd enige jaren permanent bedeed door de hervormde diaconie en die betaalde ook haar begrafenis.²⁹ Zij was het laatste familielid van Renske's man Gerrit in de stad. Hoe het Renske tijdens de malaria-epidemie verging, is niet precies te traceren. Begin augustus kwam ze nog niet op de ziekenlijst voor. Op 6 januari 1827 was ze met haar kinderen opgenomen in het Arsenaal, dat tijdelijk als ziekenhuis was ingericht.³⁰ Waarschijnlijk had ze er geen tyfus bij gekregen, want die patiënten werden naar het stadsziekenhuis overgebracht.³¹ Sinds de oprichting van dit ziekenhuis (1820) streefde men er naar om tyfuspatiënten onder bedeeden en armen daar op te nemen.

Renske's vader, Elias Wolf, stierf op 2 oktober 1826 op 63-jarige leeftijd. Op dit tijdstip was de sterfte door de ziekte op het toppunt.³² Hij woonde in een buurt waar de ziekteprevalentie begin augustus al heel hoog was.³³ Elias Wolf was weduwnaar. In 1809 was zijn vrouw op kosten van de diaconie begraven.³⁴ Hij verdiende de kost als scheepstimmerman, maar werd 'gebrekkig' en om die reden werd hij sinds 1816 permanent bedeed door de hervormde diaconie. Renske, die in 1816 12 jaar was, deelde tot 1 juli 1819 in deze hulp. Kennelijk bezat Elias in 1826 nog een paar centen waarmee zijn begrafenis betaald kon worden, want die is niet door de diaconie betaald. Dat was wel het geval met een neefje, het zoontje van Renske's zuster Henderika en haar zwager, de wolspinner Egbert Geersinga. Dit kind, ook een Elias, werd op 21 december 1826 geboren en stierf twee dagen later. Zelf zal hij binnen die korte tijd niet besmet zijn geraakt. Tijdens deze epidemie kwamen echter veel vroeggeboortes voor bij zwangere vrouwen die aan de koortsziekte leden.³⁵ Voor deze baby werden het kistje en het graf door de diaconie betaald.

Renske kreeg als vastbedeelde geneeskundige hulp van een armendokter en medicijnen uit de stadsapothek. Bedeeden konden met een briefje van de diaken medische hulp krijgen. Normaliter waren er drie armendokters. Elk had zijn eigen stadsdeel. In de kluit waar Renske woonde, praktiseerde A.O.H. Tellegen. Sinds 7 augustus werd hij, vanwege het grote aantal zieken, geassisteerd door medicinae doctor H.F.A. Sasse, die de Jonkerstraat in zijn ressort kreeg. Sasse was een van de drie in augustus door het stadsbestuur aangestelde medici die het door de explosieve uitbreiding van de ziekte veroorzaakte tekort aan medici aanvulden. Deze snelle actie van het stadsbestuur was mede ingegeven door de paniek onder de armenbevolking, die voor de dokterskoetsen ging liggen om een medicus binnen de deur te krijgen.³⁶ In de loop van september werden nog enkele tientallen geneeskundigen van buiten de stad aangetrokken. Ook studenten geneeskunde uit Groningen en Leuven en de niet voor inwendige geneeskunde gekwalificeerde chirurgijns werden ingezet. Koning Willem I stuurde achttien, formeel niet voor de burgerpraktijk geautoriseerde, militair geneeskundigen naar Groningen. Hiervan praktiseerden chirurgijn-majoor J.U. Efting en chirurgijn tweede klasse A. de Non vanaf oktober in de Jonkerstraat. Zij kunnen deze gezinnen ook hebben behandeld.

De lager gekwalificeerde medici van elders werden in de armenwijken in het zuiden en in de wijken buiten de grachten ingezet.³⁷ Een van de vier medici die in de Jonkerstraat zieken behan-

delden, heeft Renske het opnamebewijs voor het Arsenaal verschaft. Het stadsziekenhuis was begin augustus al te klein voor de vele zieken. Het tekort aan medici, onvoldoende verplegingsmogelijkheden onder de armenbevolking, zowel door de vele zieken als door de slechte woonomstandigheden, en een poging om uitbreiding van de epidemie te stoppen, waren redenen om nog een lokaliteit, met een veel grotere capaciteit, in te richten als ziekenzaal. Het publiek en de medici werden via krantenberichten geïnformeerd over de opnamemogelijkheden in het Arsenaal.³⁸ Het duurde drie weken voordat de toestemming van het Rijk rond was en de inrichting van het Arsenaal klaar was. Dat was veel te lang volgens professor E.J. Thomassen à Thuessink, want in die periode stierven mensen door gebrek aan medische behandeling en verzorging.³⁹ Vertrekken in de armen- en weeshuizen waren toen ook al in gebruik als ziekenzaal. Later werd de Noorderkazerne ingericht voor herstellenden.

Renske was een van de ongeveer 2600 personen (9% van de bevolking) die vanaf 4 september tot eind 1826 in het Arsenaal werden opgenomen.⁴⁰ Renske, Debora en Gerritje hoorden tot de gezinnen waar volgens tijdgenoten ‘onreinheid’ en ‘gebrek aan oppassing, voeding en geneeskundige hulp’ heersten. En dat wakkerde de angst voor ‘luchtbederf’ en verdere verspreiding van de ziekte aan. In het Arsenaal verbleven overwegend de armste Groningers. Onder de zieken die in september werden opgenomen, waren veel ouderen, kinderen en dienstboden.⁴¹ Het sociale netwerk van Renske was in rap tempo uitgedund. Ze had in het najaar van 1826 nog maar één familielid in de stad, haar zuster Henderika.⁴² Die woonde naast haar op nummer S 315, maar in dat huishouden waren begin augustus van de zes personen al drie ziek en daarbij was Henderika zwanger van Elias. Ook bij de andere burens was toen al een zieke. Zoals al bleek bij de armenbegravenis van de kleine Elias, had Henderika geen materiële reserve om haar zuster te helpen.

Renske kon toen zij ziek werd, nauwelijks ondersteuning in de naaste omgeving vinden. Een opname in het Arsenaal voorzag in die leemte. De medische behandeling in het Arsenaal was in handen van de professoren Hendriksz, Stratingh en Bakker en de medicijnen werden in de daar ingerichte apotheek klaargemaakt. Het Departement van Oorlog had ook de nodige verpleegspullen en ziekenoppassers beschikbaar gesteld, zodat de patiënten goed verzorgd konden worden. Renske, Debora en Gerritje hebben een zodanige behandeling en verpleging gekregen dat zij genazen en in het begin van 1827 ontslagen konden worden. Renske deed toen een beroep op de Volksziektecommissie om kleding, maar dat werd geweigerd, omdat ze als vastbedeelde niet tot de doelgroep van de commissie behoorde.⁴³ Waarschijnlijk was haar kleding verbrand. Dit werd veel gedaan als preventie tegen het ontstaan van bedorven lucht die, naar men veronderstelde, de besmetting kon veroorzaken.⁴⁴ Ze werd verwezen naar de diaconie. Enige tijd later, in het derde kwartaal van 1827, heeft de diaconie haar voor f 4,95 ‘enige kleren’ verstrekt.⁴⁵ Dit behoorde tot de buitengewone bedeling. Ook het gezin van Jacob Langendijk, de tweede echtgenoot van Renske, kreeg ‘wegens ziekelijkheid’ buitengewone bedeling (voor f 4,25).⁴⁶ Mogelijk kreeg Renske uit andere particuliere bronnen ook nog het een en ander toegeschoven. Tijdens de epidemie zamelden allerlei personen en verenigingen, zoals enkele armendokters en een studentenvereniging, voedsel

en kleding in. Waarschijnlijk heeft ze na het ontslag uit het Arsenaal van de voedseluitdeling van de stad geprofiteerd. In 1839 werd Renske uit het bedeedenprotocol geschrapt. Haar twee toen nog levende kinderen van Gerrit waren in 1837 al uitgeschreven.

Op 27 juli 1827 hertrouwde Renske met Jacob Langendijk, een 43-jarige weduwnaar met vijf kinderen. Jacob was toen sjouwer en werd later visser. Zijn eerste vrouw en pas geboren zesde kind waren in december 1826 gestorven. Zwager Egbert Geersinga, dan ook sjouwer, was getuige bij dit huwelijk. In het nieuwe al kinderrijke gezin van Renske en Jacob werden tussen 1828 en 1846 nog negen kinderen geboren. Ze woonden lange tijd in een steegje achter de Jonkerstraat, de Kruidhuisgang.

Renske overleed in 1855 op 52-jarige leeftijd. Haar stiefzoon Aaldrik gaf het overlijden aan. Hij en zijn broer Cornelis Jacob hadden rond het midden van de negentiende eeuw een betere sociale positie verworven dan hun vader en stiefmoeder. Als korenmeter waren ze verplicht aangesloten bij het spaarfonds van hun beroepsgroep. Dit fonds verstreekte een uitkering in geval van ziekte en invaliditeit.

Spinster Debora Steenblok, het eerste kind uit het eerste huwelijk van Renske, verging het veel slechter. Ze kreeg ongehuwd drie kinderen. Vlak na de derde bevalling overleed ze op 37-jarige leeftijd. Ze stierf, net als de grootmoeder waarnaar ze was vernoemd, in het ziekenhuis. Deze Debora blies haar laatste adem uit in het Algemeen Provinciaal Stads- en Academisch Ziekenhuis.⁴⁷ Chirurijn Jonxis gaf, in zijn functie als ‘controleur’, haar overlijden bij de burgerlijke stand aan.

Renske Wolf, haar vader, zuster en zwager woonden in 1826 in het zuiden van wat de ‘nieuwe stad’ werd genoemd. Dit waren de stadsdelen die buiten de grachten lagen en na de uitleg van de stad, tussen 1612 en 1621, binnen de wallen waren komen te liggen. Het zuiden van de ‘nieuwe stad’, met name de wijken P, R en S, was mudjevol gebouwd met armenhuisjes: ‘niets dan huizen, straatjes en steegjes’.⁴⁸ Het stond bekend als een verzameling ongezonde buurten. Stratingh had er 30 jaar later in zijn geneeskundige plaatsbeschrijving geen goed woord voor over. Goten voor een goede afwatering ontbraken en ‘onder aan de wal’ was het donker, vochtig en vies.⁴⁹ De Zuiderkuipen, waar vader Elias woonde en Gerrit Steenblok overleed, diende ‘altijd tot woonplaats van de mindere klasse’. Bovendien waren er verschillende verontreinigende bedrijfses gevestigd.⁵⁰

In de Jonkerstraat was het niet beter. Daar was een open vuilnisbak voor het dumpen van as, afval en huisvuil geplaatst. De omgeving van vuilnisbakken werd in de regel een stortplaats voor alles waar men van af wilde en illegaal gebruikt als publiek privaat. In de huizen in deze buurten had men geen privaat. Onder de Schoolholmboog, een brugje over het Zuiderdiep ongeveer tien minuten lopen vanaf de Jonkerstraat, was een publiek privaat. Daar kon de familie Wolf gebruik van maken, als ze de omgeving van de vuilnisbak niet wilden bezoeken. In 1826 werden, als gevolg van de epidemie, langs de vestingwallen nog elf publieke privaten gebouwd waar ze vanaf dat moment ook naar toe konden.⁵¹ Drinkwater werd door de bewoners uit deze buurt veelal uit het sterk verontreinigde Zuiderdiep geschept. Waterputten of pompen waren er nauwelijks in het

zuiden en regenbakken, voor zover die er waren, stonden in de zomer in de regel leeg.⁵² In de zeer warme zomer van 1826 kampte men met een groot tekort aan goed drinkwater.

De omgevingscondities van het gezin Wolf waren slecht en volgens de opvattingen van (medisch geschoolde) tijdgenoten voorbestemd om (besmettelijke) ziekten te veroorzaken. Of deze koortsepidemie tot een besmettelijke soort moest worden gerekend, daarover bleef de medische stand van mening verschillen. De Commissie voor Geneeskundig Toezicht (CGT) meende van niet, Thomassen à Thuessink vond bewijzen dat het juist wel zo was.⁵³ Een van de argumenten in de discussie was, dat ‘onder aanzienlijke en welgestelde inwoners, die het aan niets ontbrak, de ziekte even sterk heerschte’.⁵⁴ Ook in de hogere sociale lagen waren veel zieken en sterfgevallen te betreuren, zoals bij Wijbe Wouters.

Wijbe Wouters, boekdrukker en boekverkoper

Boekdrukker en boekverkoper Wijbe Wouters woonde met zijn familie in de Steentilstraat op nummer R 35. De ‘affaire’ was in hetzelfde pand gevestigd. Wouters was al sinds 1796 weduwnaar. Het huishouden werd in 1826 gevormd door hem, zijn 32-jarige oudste zoon Wouter Wijbes, schoondochter Margaretha Petronella van Delden, kleinkind Wijbe van een jaar oud en zijn 30-jarige ongehuwde, tweede zoon Gerbrand. Zijn ongehuwde dochter Fenna woonde vanaf haar kinderjaren bij haar tante in Sneek.⁵⁵ Naar alle waarschijnlijkheid completeerde(n) een of meer dienstboden het huishouden.⁵⁶ De komst van de kleine Wijbe was met vreugde aangekondigd in de *Groninger Courant* van 9 juni 1825.

De eerste slag die de familie in 1826 trof, was het overlijden van kleinzoon Wijbe op 29 augustus.⁵⁷ Wijbe Wouters en de andere grootvader, koopman Gerrit van Delden, gaven het overlijden bij wethouder Pieter Roelfsema, tevens ambtenaar van de burgerlijke stand, aan. Roelfsema moest in dit najaar wekelijks enkele tientallen inwoners in het overlijdensregister inschrijven.⁵⁸ Vijf weken later was het de droeve plicht van zoon Wouter om het overlijden van zijn vader in de krant wereldkundig te maken:

Na een korte, doch hevig toenemende, ziekte, werd ons heden onze hartelijk beminde Vader WIJBE WOUTERS, in den ouderdom van bijna 64 jaren, door den dood ontrukkt.

Diep bedroefd betreuren wij zijn gemis en houden ons, ook zonder schriftelijke betuiging, verzekerd, dat velen, die den braven Man in zijn nuttig en werkzaam leven gekend hebben, in onze regtmatige smart zullen deelen.

Groningen
den 6 October 1826

W.W. Wouters
uit aller naam.

NB. De Affaires sullen provisioneel op den vorigen voet voortgezet worden.⁵⁹

Het derde slachtoffer was Fenna. Zij overleed ‘na een langdurige sukkeling’ op 25 december 1826 in Sneek.⁶⁰ De bevolking van Sneek werd dit jaar ook zwaar getroffen door de malaria. Na Groningen waren daar de hoogste sterftcijfers.⁶¹ Waarschijnlijk is Fenna, net als haar vader, aan de koortsen bezweken. De zaak van Wijbe Wouters werd door zoon Gerbrand overgenomen. Zoon Wouter was azijnfabrikant. Wouter Wijbes en Margaretha kregen nadien nog acht kinderen, van wie één op kleuterleeftijd stierf. Margaretha overleed in 1840, een maand na de geboorte van haar laatste kind.

De familie Wouters was diep geworteld in de Groningse samenleving. Wijbe Wouters was behalve als drukker, bestuurlijk of anderszins actief in de politiek, de standsorganisatie, binnen de doopsgezinde kerk en in sociale en culturele instellingen.⁶² Zijn zoon Wouter richtte zich volledig op zijn fabriek, hij was nauwelijks actief op maatschappelijk terrein. Zijn tweede zoon Gerbrand en kleinzoon Gerbrand (zoon van Wouter) traden daarentegen in de voetsporen van hun (groot)vader.⁶³

Een van de taken die Wijbe Wouters in zijn ‘nuttig en werkzaam leven’ vervulde, was zijn werk in de Volksziektecommissie in 1826. Zijn taak in deze commissie, waarvan het bestuur bestond uit gegoede burgers, was het verzamelen van gegevens over hulpbehoevenden en het doen van voorstellen voor de hulpverlening. Hij heeft dit werk maar een paar weken kunnen doen, omdat hij zelf werd besmet. Op de vergadering van 7 oktober werd zijn overlijden gemeld. Het is niet bekend of meer leden van de familie Wouters of huisgenoten tijdens de epidemie ziek zijn geweest. In de ziekenlijsten van begin augustus ontbreekt de Steentilstraat. Het is ook niet bekend hoe en waar Wouters de ziekte heeft opgedaan. Volgens tijdgenoten kwam het meermalen voor dat de ziekte via dienstboden in de gezinnen van de gegoede burgerij werd gebracht.⁶⁴

Hoewel Wijbe Wouters maar korte tijd ziek is geweest, is het aannemelijk dat hij een medicus heeft geconsulteerd. De keuze voor een medicus kan door verschillende motieven zijn beïnvloed. De keuze kan gevallen zijn op iemand uit het nabije sociale netwerk. Enkele medecommissieleden waren *medicinae doctor*: de professoren G. Bakker en S. Stratingh Ez. Statusmotieven kunnen de keuze voor een van deze twee – beiden hadden naam en faam – versterkt hebben. Er kan ook gekozen zijn voor de dokter die het dichtst bij woonde, omdat die sneller bij de zieke man kon zijn. *Medicinae doctor* H. Wolthers aan het Schuitendiep woonde het dichtst bij de familie. De familie Wouters werd in het zoeken van medische hulp niet door financiële, geografische of sociaal-psychologische redenen gehinderd. Het is evenmin waarschijnlijk dat zij last hadden van het tijdelijke gebrek aan medici. Volgens de plaatselijke geneeskundige commissie was door de komst van medici van buiten de stad, met ingang van 1 oktober weer voldoende medische hulp beschikbaar. Geneesmiddelen waren letterlijk naast de deur te verkrijgen. Op nummer 32 in de Steentilstraat woonde apotheker H. Uilkens.⁶⁵

Voedings- en kledingproblemen zullen zich in dit milieu niet hebben voorgedaan.⁶⁶ Doorgaans namen dienstboden de verzorgings- en verpleegtaak op zich, aangevuld met familiale hulp. Schoondochter Margaretha zal, als enige vrouw in het huishouden, geholpen door dienstboden

de leiding op zich hebben genomen. Al vrij snel ontstond bij de gegoede burgerij een tekort aan dienstbodes. Het aantal zieken onder dienstboden was groot en zoals we zagen, kwamen velen in het Arsenaal terecht. Verscheidenen werden preventief naar hogere zandgronden gestuurd.⁶⁷ Het gevolg was dat veel gegoede burgers zonder hulp en verzorging kwamen te zitten. In de kranten steeg het aantal advertenties waarin dienstbodes werden gevraagd naarmate de ernst van de epidemie toenam. De *Groninger Courant* bemiddelde medio oktober bij het zoeken van dienstboden. De krant legde een lijst aan van vrouwen die genegen waren voor een goede beloning gezinnen de ‘nodige bediening’ te geven.⁶⁸ Een toegezegde hoge beloning voorkwam niet dat in de hogere sociale lagen door het gebrek aan personeel problemen in de verzorging ontstonden.⁶⁹

Vanuit het oogpunt van preventie heeft dit gezin niet gedaan wat het medecommissielid van de Volksziektecommissie wel deed: uit de stad vertrekken naar hogere zandgronden. De veronderstelling was dat daar minder besmettingsgevaar en meer genezingskansen waren door een schonere lucht. Mr. Abraham Johan van der Hoop, lid van provinciale staten, wethouder en lid van de Volksziektecommissie, vertrok toen hij ziek werd naar Huize De Bult in Steenwijk. Het mocht niet baten. Hij overleed op 3 oktober, drie dagen voor Wouters.

Naar negentiende-eeuwse opvattingen heeft Wouters mogelijk ook onzorgvuldig gehandeld door in zijn druk bestaan het advies om ‘hetzij wandelende, hetzij zittende zich [niet] bloot te stellen aan de koele avondlucht’, niet ter harte te nemen.⁷⁰ Dit advies werd ingegeven door de opvatting dat vochtige dampen in de avondlucht ziekteverwekkend waren. Een derde preventiemaatregel zal niet veel problemen hebben opgeleverd. Wouter Wijbes had als azijnfabrikant voldoende azijn voorhanden om de lucht in de woning te zuiveren van ‘kwade dampen’. Dit middel werd, net als chloorkalk, veelvuldig als preventiemiddel toegepast.

In 1826 zijn in Groningen 345 personen in kerken begraven. Wouters was hier niet bij. Onder doopsgezinden was het geen gewoonte om in de kerk te begraven.⁷¹ Onder de gegoede burgerij van andere denominaties, met name de hervormde en lutherse, kwam dat wel voor, maar met ingang van 1 december 1826 werd daar een eind aan gemaakt door een decreet van koning Willem I. Een direct gevolg was de aanleg van nieuwe begraafplaatsen buiten de stad. Met ingang van 1 november 1827 werden deze plaatsen versneld in gebruik genomen, toen in dat najaar het aantal zieken opnieuw was toegenomen.

SOCIALE VERSCHILLEN EN ONGELIJKE TOEGANG TOT ZORG

De families Wolf en Geersinga, Hensema, Wouters en Van der Hoop staan model voor personen uit verschillende sociale lagen in de negentiende-eeuwse Groningse samenleving. Renske Wolf en haar zwager Egbert vertegenwoordigen de laagste sociale groepen, de ‘armen’, waaronder bedelden en mingeoeden worden begrepen. Bakker Hensema kunnen we in de middengroepen plaatsen. Deze worden meestal verdeeld in twee groepen, de hoge en de lage middengroepen. De hoogste sociale lagen – Wouters en Van der Hoop zijn als exponenten van deze bevolkingsgroepen beschre-

ven – bestonden uit de hoge burgerij en de stadselite, de ‘aanzienlijken’. Medicus J. Baart de la Faille is ook in deze bovenlaag te situeren.⁷²

De wederwaardigheden van de geportretteerden tijdens de epidemie van 1826-1827 laten zien dat inwoners uit verschillende sociale lagen op verschillende manieren trachtten beter te worden en de gevolgen van hun ziekte te overwinnen. Het beroep dat ze daarbij deden op collectieve voorzieningen verschilde nogal. Renske Wolf deed een fors beroep op armenzorgvoorzieningen en voor bakker Hensema was particuliere liefdadigheid van groot belang. Wijbe Wouters zagen we in een dubbele positie. Hij was bestuurder van een liefdadigheidsinstelling en had als zodanig zeggenschap over de toedeling van hulpgoederen aan de sociaal lager geplaatste stadgenoten. Hij werd echter zelf ook slachtoffer van de ziekte. Als patiënt was voor hem de vraag relevant of er voldoende medische en verpleegzorg in de particuliere praktijk te krijgen was. Voor alle stedelingen waren de omstandigheden op het vlak van de publieke hygiëne van betekenis.

In de jaren 1860 waren andere mogelijkheden ontstaan om ziekte het hoofd te bieden. Tijdens de cholera-epidemie in 1866 konden patiënten naar een ziekenbarak van het Academisch Ziekenhuis of een beroep doen op verpleging thuis via de Choleracommissie, een particuliere liefdadigheidscommissie.⁷³ In de openbare hygiëne was ook wat veranderd vergeleken met 40 jaar daarvoor. Inmiddels werd het stadsvuil naar de drekstoep buiten de stad gebracht, stroomde het afvalwater in het centrum van de stad door overdekte rioleringsbuizen en waren in de armenwijken waterpompen geslagen. De dure, in 1827 aangelegde pomp om de doorstroming van het water in het Boterdiep te bevorderen, was een mislukking gebleken en al lang van geen enkele waarde meer voor de openbare hygiëne. Ook het stadsziekenhuis dat in 1820 haar deuren had geopend, bestond niet meer.

Behalve de genoemde curatieve en hygiënische voorzieningen waren er nog meer opties, nieuwe initiatieven, afsluitingen en mislukkingen. De positie en invloed van de verschillende actoren waren in 1870 ook niet meer hetzelfde als aan het begin van de eeuw. In 1800 was er per diaconie één apotheker, in 1870 leverden alle 26 apothekers bij toerbeurt aan de toen functionerende burgerlijke armenzorg. Overigens betekent een omvangrijker hulpaanbod niet automatisch dat de zorg voor de volksgezondheid ook beter was.

De gezondheidszorg – waaronder hier begrepen wordt de curatieve medische praktijk en de openbare gezondheidszorg – was in Groningen rond 1870 op verschillende gebieden in omvang, van karakter en in zijn werking veranderd, vergeleken met het begin van de negentiende eeuw. De familiechroniekjes illustreren dat er veranderingen plaatsvonden in de beschikbare zorg, het aantal beroepsbeoefenaren, de verhoudingen tussen stand, stad en kerk, de toedeling van de medische armenzorg, de aard en doelgroepen van de particuliere liefdadigheid en de publieke hygiëne. De aard, omvang en veranderingen in de toedeling van de gezondheidszorg in de periode 1800-1870 zijn het thema van dit onderzoek.

De ondersteuning van de armenzorg en liefdadigheidsorganisaties en de voorzieningen in de publieke zorg zijn te beschouwen als collectieve arrangementen, zoals door De Swaan beschreven in: *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de*

nieuwe tijd. In dit boek heeft hij het ontstaan en de werking van collectieve voorzieningen in de armoedebestrijding, het onderwijs en de gezondheidszorg in vijf westerse landen in de laatste vijf eeuwen in een theoretisch model gevat. De theorie van De Swaan biedt aanknopingspunten om het onderzoek naar de collectieve voorzieningen in de gezondheidszorg in Groningen in de negentiende eeuw voor het voetlicht te brengen. In de volgende paragraaf worden de hoofdlijnen uit zijn model geschetst. De aspecten die betrekking hebben op hetgeen over de gezondheidszorg in de negentiende eeuw en over de specifieke rol van steden naar voren is gebracht, krijgen daarbij specifieke aandacht.

COLLECTIVISERING IN DE GEZONDHEIDSZORG

De Swaan vroeg zich af waarom sinds de vroegmoderne tijd in westerse landen collectieve zorgarrangementen voor armen en zieken zijn ontstaan.⁷⁴ De redenen lagen volgens hem in een drietal dreigingen die rijken en gevestigden ervoeren in de confrontatie met ziekte en armoede. Rijken en gevestigden vreesden rebellie en ordeverstoringen door armen. Armen zouden een deel van het surplus van de rijken kunnen opeisen, wat een aantasting van hun bevoorrechte positie en de bestaande sociale orde kon betekenen. Zorgarrangementen moesten de scherpe kanten van deze voortdurende dreiging wegnemen. Arme zieken brachten nog een gevaar met zich mee. Ze vormden een besmettingsgevaar. In de loop van de negentiende eeuw kreeg de angst voor besmetting door ziektes onder de armen een nieuwe dimensie door de komst van cholera. Daarbij kwam dat de steden in deze eeuw qua bevolkingsomvang snel groeiden. De overbevolkte steden waren in de ogen van tijdgenoten broeinesten van epidemieën. Dat waren angstaanjagende omstandigheden voor elites, gevestigden en immigranten.

Een andere motivatie om zorgarrangementen aan te bieden werd ingegeven door het feit dat armen ook nuttig waren als arbeidskrachten en consumenten.⁷⁵ Men kon werklozen niet zo maar weg laten lopen omdat ze op een ander moment nodig of nuttig waren. Om een arbeidsreserve in stand te houden was het zinvol om hen aan zich te binden. Bejaarden, zieken en invaliden die medische armenzorg kregen, dienden tot voorbeeld voor arbeidsgeschikte hulpvragers. Zij waren ondanks de hulp die ze kregen slechter af dan degenen die werk hadden en niet afhankelijk van de armenzorg waren. Ook hier speelde regulering van de arbeidsmarkt mee, zij het in meer indirecte zin.⁷⁶ In het model van De Swaan waren de rijken de leidende figuren in het collectiviseringsproces. Inmiddels is dit punt genuanceerd. Van hulpbehoevenden gingen ook initiatieven uit. Armen dwongen soms met succes hulp af. Zorgarrangementen maakten deel uit van hun overlevingsstrategieën.⁷⁷

Het collectiviseringsproces is volgens De Swaan een dynamisch proces. Hij schetst een ontwikkeling van voorzieningen die aanvankelijk op parochiaal niveau werden uitgevoerd en via regionale beheerssystemen uiteindelijk op nationaal niveau vorm werden gegeven. In de loop van de tijd werd de schaal waarop voorzieningen functioneerden dus steeds groter en de kring van deelnemers

omvangrijker. De effectiviteit is het grootst wanneer zorgarrangementen op nationale schaal, met dwingende regels en onder beheer van een openbaar orgaan worden uitgevoerd. Deze situatie werd in de loop van de twintigste eeuw bereikt, onder andere in sociale verzekeringswetgeving. Als tussenfase naar het nationale niveau namen grotere steden die een regionale centrumfunctie vervulden, soms tijdelijk een onevenredig deel van de zorg op zich. Dit gebeurde vanuit het belang van de instandhouding van handelsnetwerken en de voedselvoorziening. De stad liet dan meer paupers uit het omliggende platteland toe.⁷⁸ Een zorgarrangement kon met vallen en opstaan worden bereikt of zich geleidelijk ontwikkelen. Een derde mogelijkheid was dat deelname door een sterke actor werd opgelegd.

Plaatselijke elites bemiddelden tussen de beheerders en initiatiefnemers van collectieve voorzieningen en rechthebbenden. In de parochiale fase waren dat vooral geestelijken. In de negentiende eeuw kwamen nieuwe professionele elites – leraren, medici en ambtenaren – als initiatiefnemers en toedelaars van zorg naar voren. Ze hadden belang bij nieuwe voorzieningen omdat ze werk verschaften.⁷⁹ De Swaan legt een verband tussen collectivisering en professionalisering.

Langzamerhand ontstond consensus over de toelatingscriteria waaraan rechthebbenden moesten voldoen om voor een verstrekking in aanmerking te komen. Ze worden samengevat met de termen: ongeschiktheid, nabijheid en meegaandheid. Ik licht ze hier kort toe. Ongeschiktheid was de belangrijkste en een noodzakelijke voorwaarde. Zij hield in dat er nood was en dat een rechthebbende niet in staat was om zelf in zijn behoeften te voorzien. Nabijheid betekende dat men tot de rechthebbende gemeenschap behoorde. Door De Swaan worden in dit verband biologische verwantschap en verblijfplaats – de vestigingseis – genoemd. Onder meegaandheid wordt verstaan dat een ontvanger van hulp niet uitdagend of kritisch kon zijn of zich kon verzetten tegen eisen die aan hem werden gesteld.⁸⁰

Tussen investeerders ontstonden conflicten als men niet (voldoende) bijdroeg in de kosten, maar wel profiteerde van de voordelen. Dit verschijnsel wordt *free-riding* genoemd. Wanneer de ondersteuning in de ene plaats of parochie goed was, konden gevestigden in andere plaatsen afzien van een hulpsysteem, omdat hulpvragers wegtrokken naar de plek waar het meeste te halen was. Ook over de noodzaak van een zorgarrangement kon verschillend worden gedacht. In de negentiende eeuw werden felle discussies gevoerd over voorzieningen ten behoeve van de openbare hygiëne. Zolang de conflicten niet opgelost waren, was het collectiviseringsproces nog omkeerbaar.⁸¹

Cholera was in de negentiende eeuw een gevreesde ziekte. Epidemieën van cholera openbaarden de kwetsbaarheid van de stedelijke bevolking en de risico's die zij liep. Cholera, zo stelt De Swaan, maakte dwingende stelsels noodzakelijk. De ziekte fungeerde als aanjager van voorzieningen op het gebied van openbare hygiëne.⁸² Het probleem van de openbare hygiëne in de steden kon alleen worden opgelost door de aanvoer van schoon water en de afvoer van vuilnis en vuil water van elkaar te scheiden. Daarvoor waren afzonderlijke netwerken nodig die de hele stad besloegen, een voor de drinkwatervoorziening en een rioleringsstelsel. Het geheel vormde een, wat De

Swaan noemde, ‘aderlijk-slagaderlijk’ stelsel. Dit inzicht en de realisatie ervan ontwikkelden zich in een langzaam groeiend proces. De plannen en netwerken ontstonden vaak stap voor stap. Met de aanleg werd in de meeste steden in de negentiende eeuw gestart en de afronding vond veelal in de twintigste eeuw plaats. Men begon in het centrum van de steden waar de elite woonde – die als eerste profiteerde – om in de laatste fase tenslotte ook de buitenwijken te voorzien van riolering en drinkwateraansluitingen. De concepten van De Swaan worden hierna ingevoegd in de vraagstelling van deze studie.

DE PARTICULIERE PRAKTIJK

Gezondheidszorg werd niet alleen via geregementeerde, collectieve voorzieningen verleend. Er was ook een particuliere praktijk van consult geven, behandelingen uitvoeren en geneesmiddelen voorschrijven buiten de armenzorg en ziekenhuisbehandelingen om. Stedelingen maakten gebruik van deze dienstverlening (waarvoor ze zich in een enkel geval verzekerden), probeerden zelf nog eens wat of riepen de hulp van onbevoegde genezers in. Verschillende opties werden naast of na elkaar gebruikt: Albert Hensema was particulier patiënt van Baart de la Faille en kreeg gratis medicijnen uit de stadsarmenapotheek. Hoge toelatingseisen van collectieve voorzieningen verhoogden de toestroom naar de particuliere praktijk. Anderzijds konden de tarieven van beroepsbeoefenaren zo hoog zijn, dat zieken besloten tot het nemen van een huismiddel of de gang naar de armenzorg maakten. Collectieve voorzieningen en particuliere praktijk functioneerden in de negentiende eeuw niet onafhankelijk van elkaar.⁸³

De inventarisatie van medische beroepsbeoefenaren geeft inzicht in de potentieel beschikbare medische hulp binnen de stadsgrenzen. Deze gegevens zijn vergeleken met de landelijke gegevens over de medische bezettingsgraad in de negentiende eeuw⁸⁴ en enkele lokale en regionale onderzoeken.⁸⁵ Het beeld van Groningen krijgt daardoor reliëf en de specifieke kenmerken van de samenstelling van het Groningse medische korps komen daardoor naar voren.

De wijze waarop de beroepsbeoefenaren hun praktijk opbouwden, geeft een aanwijzing voor de feitelijk beschikbare hulp en het bereik ervan. De praktijkopbouw zag er voor de verschillende beroepsgroepen, en subgroepen daarbinnen, anders uit. De kansen die zich voordeden en de keuzes die gemaakt werden, differentieerden. Uit de studie van Marland, *Medicine and society in Wakefield and Huddersfield, 1780-1870* blijkt dat in de Engelse steden Wakefield en Huddersfield voor de medici afkomst, sociale contacten en benoeringen in de onderhavige periode de belangrijkste factoren waren voor een geslaagde praktijkopbouw. Hetzelfde komt naar voren in Digby's *Making a medical living*, waarin zij de focus richt op heel Engeland. Marland kwam ook nog tot een andere belangrijke conclusie, namelijk dat de invloed van leken, in hoofdzaak leden van de middengroepen, binnen de gezondheidszorg groot was. Deze diende zich op vier fronten aan. In het initiëren en financieren van liefdadigheid waren ze belangrijke spelers. Aan medici wordt eveneens een scheppende rol in nieuwe zorgmogelijkheden toegeschreven. De nieuwe vormen van zorg

begunstigden bovendien de praktijkopbouw. Op dit punt valt haar these samen met die van De Swaan. Leken vervulden ook een belangrijke rol in het toezicht op de uitvoering van de armenzorg. De veranderende vraag van de middengroepen steunde de ontwikkelingen naar de figuur van de algemene arts. Tenslotte vormden de middengroepen de belangrijkste rekruteringsbron voor nieuwe beroepsbeoefenaren. Wat betreft de veranderende vraag van de middengroepen sluit Marland aan bij Branca, die ook een toenemende vraag naar medische hulp onder de middengroepen constateerde.⁸⁶ De genoemde elementen uit deze studies zijn gebruikt om de praktijkopbouw van de Groningse beroepsbeoefenaren te onderzoeken. Uit de theorie van Freidson zijn de aspecten 'professionele autonomie' en 'mate van dominantie over concurrerende beroepsgroepen' gebruikt als toetsingskader voor het beroepsvormingsproces van de verschillende beroepsgroepen.⁸⁷

Weiner onderzocht de gezondheidszorg in Parijs in de roerige periode 1789-1813.⁸⁸ Men wilde de medische hulpverlening daar op een, naar negentiende-eeuwse begrippen, zeer hoog peil brengen binnen een door de overheid geleide organisatie, de beroepsbeoefenaren daarin incorporeren en iedere burger gratis toegang tot alle vormen van hulp garanderen. Dit was tot mislukken gedoemd. Het was te duur en de beroepsbeoefenaren wilden niet in een gedwongen staatsstelsel werken. Een aantal elementen uit het Franse gedachtegoed en de Franse praktijk bereikten ook Groningen en zijn, in Groningse vorm vertaald, terug te vinden in (voorstellen omtrent) het stedelijke zorgstelsel.

Hier zij opgemerkt dat dit geen studie naar het professionaliseringsproces van de Groningse medische beroepsgroepen is. De in deze studie verzamelde feiten en verworven inzichten kunnen een aanzet zijn tot een dergelijk onderzoek. De relevantie van de genoemde kenmerken binnen dit onderzoek is dat ze van invloed waren op de omvang van de medische hulpverlening in de stad. Bovendien geeft het verworven materiaal inzicht in de wensen en mogelijkheden van beroepsbeoefenaren om functies binnen collectieve voorzieningen te verwerven of om collectieve voorzieningen te initiëren of te blokkeren.

DE MEDISCHE MARKT IN DE HISTORIOGRAFIE

In het introductieartikel van het themanummer 'De medische markt in Nederland, 1850-1950' van het *Tijdschrift voor Sociale Geschiedenis* uit 1999, wordt een overzicht gegeven van de historiografie van de medische geschiedenis in Nederland.⁸⁹ De definiëring van het begrip 'medische markt' is in Nederland vooralsnog breed: 'sociale, culturele, economische en politieke interacties op het vlak van gezondheid, ziekte en genezing'.⁹⁰ In het artikel wordt tevens aangegeven dat sinds ongeveer 1980 de medische geschiedenis is verbreed met de sociale geschiedenis van de gezondheidszorg. Door de auteurs wordt deze stroming de constructivistische en externalistische stijl genoemd. Deze studie kan binnen die stroming worden geplaatst. Dit is een onderzoek naar de dynamiek van en de samenhang in de verschijnselen van de Groningse gezondheidszorg in de periode 1800-1870.

In de geschiedschrijving van de gezondheidszorg in Nederland zijn veel leemtes wat betreft het eerste driekwart van de negentiende eeuw en vooral aangaande de eerste helft van deze eeuw. Deze periode figureert nogal eens als een noodzakelijke, maar weinig inspirerende laatste fase in een studie over de vroegmoderne tijd. We zien dat bijvoorbeeld in het boek van Van der Borg over de beroepsuitoefening van vroedvrouwen.⁹¹ Ook bij De Swaan is deze periode een soort uitloop van de vroegmoderne tijd. Huisman typeerde het tijdperk voor wat betreft de openbare gezondheidszorg als een stilteperiode tussen de achttiende eeuw en de tweede helft van de negentiende eeuw.⁹² Vaker nog is het tijdperk, met name de periode vanaf ongeveer 1840 tot ongeveer 1870, beschreven als een aanloop naar de ingrijpende veranderingen die in het laatste kwart van de negentiende eeuw en in de twintigste eeuw plaatsvonden. De geringe belangstelling voor deze periode wordt wellicht beïnvloed door de traditioneel sombere beeldvorming over deze periode. Algemene sociale verschijnselen en specifiek op de gezondheidszorg betrekking hebbende zaken cumuleren tot een grauw tafereel van smerige steden, veel armen, grote armoede, een lage zorgvraag, te weinig en slechte medische hulpverlening door te laag opgeleide beroepsbeoefenaren, stilstand in de medische wetenschap en smerige verblijven die ziekenhuizen werden genoemd.

Het onderzoek dat tot dusverre over deze periode is verricht, kenmerkt zich door de belangstelling voor deelaspecten en specifieke verschijnselen. De onderhavige periode was dan een sleutelperiode voor de betreffende thematiek. In de krankzinnigenzorg was voor 1850 enige vernieuwing te constateren en dat vormde de aanleiding tot enkele studies.⁹³ Vijselaar onderzocht in zijn dissertatie het aan het begin van de negentiende eeuw populaire dierlijk magnetisme⁹⁴ en Gijswijt-Hofstra belichtte in een drietal artikelen een andere, nieuwe medische stroming: de homeopathie.⁹⁵ Het beeld van de beroepsbeoefenaren voor 1865 wordt vooral bepaald door de veelheid aan kwalificaties (bekwaamheden) en een gedifferentieerd beleid over bevoegdheden en vestigingseisen. Specifiek voor deze periode was de ruime aanwezigheid van de tweede geneeskundige stand en hun moeizame positie op de medische markt. Dit is door Van Lieburg beschreven.⁹⁶ Frijhoff onderzocht de medische verzorgingsgraad in de Franse tijd.⁹⁷ Het juridische kader van de gezondheidszorg is neergezet door Cannegieter. Zijn *Honderdvijftig jaar gezondheidswet* is inmiddels een klassieker. Houwaart onderzocht de opvattingen en invloed van de hygiënisten, die van 1840 tot 1890 actief waren.⁹⁸ De prevalentie en bestrijding van pokken in de achttiende en negentiende eeuw werd door Rutten bestudeerd.⁹⁹ De eerste helft van de negentiende eeuw was een belangrijk tijdsgewricht in zijn onderzoek. Verder is het nodige onderzoek verricht over de lokale aanpak van cholera. Leiden, Utrecht, Leeuwarden en Dordrecht kunnen hiervoor genoemd worden.¹⁰⁰

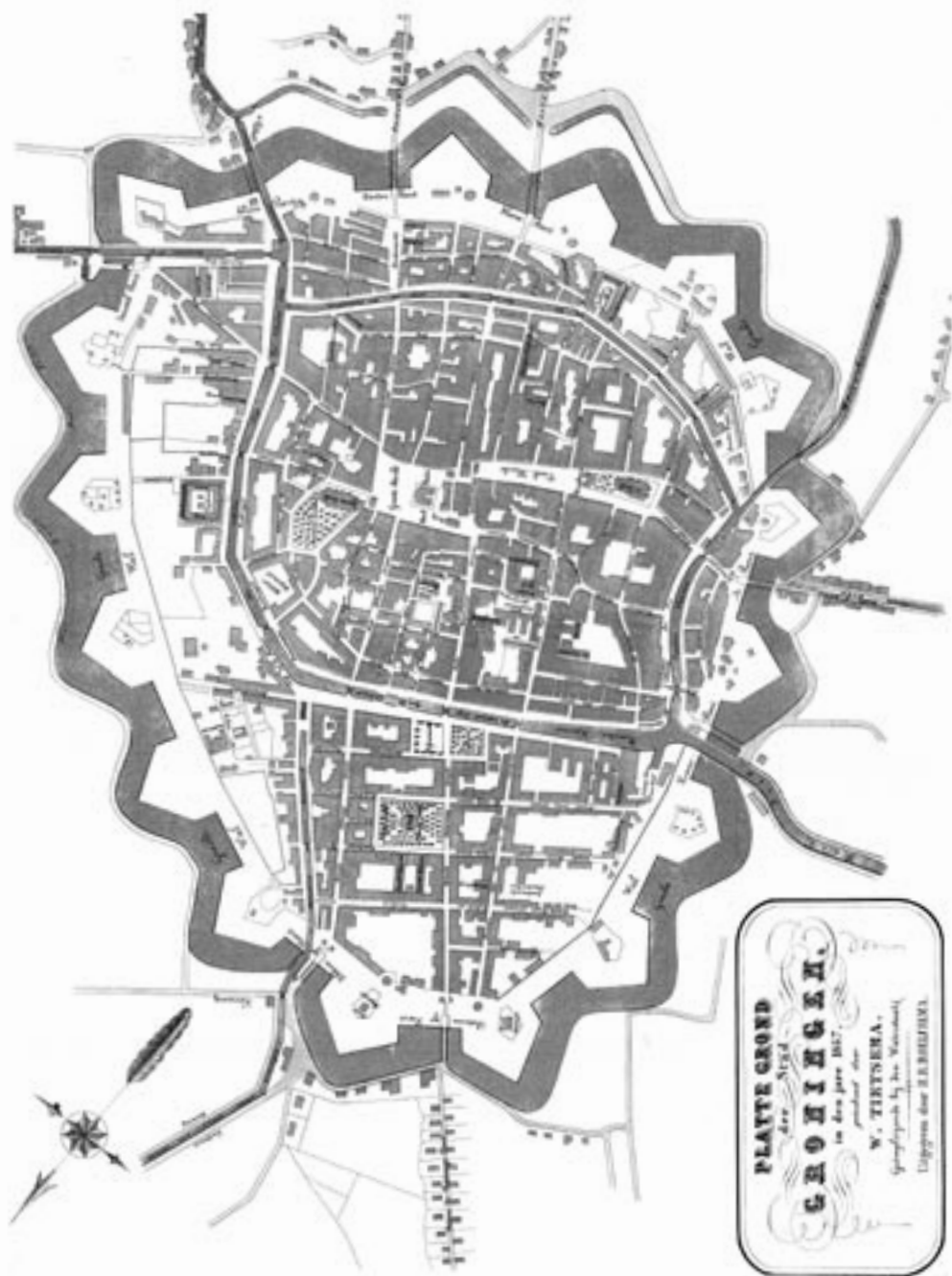
Er zijn inmiddels vier Nederlandse studies die breder van opzet zijn en min of meer het hele veld van de gezondheidszorg beslaan binnen een stedelijke of regionale context en die in het hiervoor geschetste concept van de medische markt kunnen worden geplaatst. Het betreft Groningen en Hoorn in de zestiende en zeventiende eeuw en Limburg en Amsterdam na 1850, met de periode na 1880 als zwaartepunt. Ze betreffen dus niet de onderhavige periode. Daarvoor moeten we de blik op Engeland en Frankrijk richten (zie vorige paragraaf).

De studies van Steendijk-Kuypers over Hoorn¹⁰¹ en Huisman over Groningen¹⁰² hebben de medische hulpverlening en de openbare gezondheidszorg als thema. Een overeenkomst is dat de vraagkant – bij gebrek aan bronnen – niet uitgewerkt is. Steendijk-Kuypers koos het perspectief van het stedelijk beleid. Zij besteedt daarom veel aandacht aan de collectieve voorzieningen. Huisman start vanuit de invalshoek van de medische beroepen. Hij ziet een toenemende organisatiegraad van de beroepen en een toenemende integratie tussen stand en stad. De Hervormde Kerk werd hierin ook betrokken, zodat tegen 1700 een evenwicht tussen stand, stad en kerk was ontstaan. Met betrekking tot de bestrijding van de pest, de belangrijkste besmettelijke en epidemische ziekte uit deze periode, signaleren beiden een toenemende bereidheid bij stedelijke besturen om preventieve maatregelen op elkaar af te stemmen. Kortom, rond 1700 werd een groeiend besef van stedelijke interdependentie zichtbaar.

De studies over de gezondheidszorg in Limburg¹⁰³ en Amsterdam¹⁰⁴ vanaf de tweede helft van de negentiende eeuw gaan over de productie en consumptie van medische zorg en de vraag naar de (moeizame) acceptatie van moderne vormen van medische hulp. Het perspectief van vraag en aanbod en de ongelijke spreiding van gezondheidszorg zijn ook door Kooij in het hoofdstuk ‘De gezondheidszorg’ in *Groningen 1870-1914* gehanteerd. Recentelijk is de invalshoek verschoven naar het probleem van de toegankelijkheid van de medische zorg. Beschikbaarheid van zorgmogelijkheden garandeert nog niet dat de (potentiële) behoeftige of vrager hier gebruik van kan maken. Dat doet zich te meer voor wanneer de gewenste zorg (te) duur is voor de hulpvrager. Voor Nederland is deze thematiek uitgewerkt door Van der Velden en Japenga.¹⁰⁵ Vanaf de tweede helft van de negentiende eeuw werd het verzekeringswezen een belangrijke factor in de toegang tot de zorg. Het verzekeringswezen voor alle vormen van levensrisico’s is door Van Genabeek bestuurd.¹⁰⁶

PERIODISERING EN WAAROM GRONINGEN

Zoals al naar voren is gekomen, is over de periode 1800-1870 nog geen breed opgezette studie over de gezondheidszorg in een Nederlandse stad of regio verschenen. De vraag is of het sombere beeld en de inertie die met dit tijdsgewricht worden geassocieerd, voor alle gebieden van de volksgezondheid terecht is. Het inzoomen op een lokaal verband biedt de mogelijkheid om meer helderheid over alle aspecten en hun onderlinge samenhang te krijgen. De rol van de verschillende actoren kan dan beter uit de verf komen. In deze periode, de eerste fase van de eenheidsstaat, kreeg de verhouding tussen het lokale en het nationale verband een nieuwe dimensie, zij het dat bij de zorg voor de volksgezondheid het accent binnen het lokale bestek bleef liggen.¹⁰⁷ De lokale thema’s waarop het Rijk invloed uitoefende en de wijze waarop dat gebeurde, hebben onze aandacht. Deze lokale studie beoogt een bouwsteen te zijn voor verder onderzoek voor andere steden en regio’s in hetzelfde tijdsbestek. Anderzijds is het wenselijk om deelaspecten en thema’s die al in een groter verband zijn uitgewerkt, te onderzoeken binnen één locatie.



Plattegrond van de stad Groningen, 1857

Voor 1870 als einddatum is gekozen omdat in 1865 een nieuwe medische wetgeving tot stand kwam. Er kwam een nieuw systeem van bevoegdheden voor de beroepsuitoefening en het toezicht op de praktijkuitoefening werd in handen van de staatsinspectie gelegd. De gezondheidszorg en de medische beroepen zouden daarna gaandeweg een andere koers gaan varen. Tussen 1869 en 1872 werden de eerste wetten betreffende de openbare gezondheidszorg uitgevaardigd die een landelijke reikwijdte hadden. Het kader van de lokale autonomie werd toen verlaten.

Waarom is gekozen voor Groningen? Groningen was zo groot dat alle elementen van de gezondheidszorg en alle medische beroepen vertegenwoordigd waren. Als voorbeeld wordt genoemd dat er een plaatselijke Commissie voor Geneeskundig Toezicht was, die onder andere een taak had bij de examinering en toelating van beroepsbeoefenaren van de tweede stand (heelmeesters, vroedvrouwen, apothekers, drogisten en tandmeesters). Op het platteland bestonden die commissies niet. Bovendien waren in Groningen een medische faculteit en een academisch ziekenhuis die hun eigen dynamiek in het geheel van de gezondheidszorg brachten. Voorts was (en is) Groningen qua inwonertal de grootste stad van het noorden van Nederland. In de rangorde van steden in Nederland stond Groningen qua grootte op de zesde plaats. Belangrijker nog was dat er een aantal centrale functies op het gebied van nijverheid, handel en dienstverlening, politiek en cultuur waren geconcentreerd. In de onderhavige periode werd de functie van aanbieder van voorzieningen van gezondheidszorg van groter belang. De these van De Swaan dat een centrale stad een rol kon vervullen in de overgang van het regionale naar nationale integratieniveau, kan aan de hand van Groningen worden getoetst.

Een laatste motief om voor Groningen als onderzoeksgebied te kiezen, is van historiografische aard. De medische geschiedenis van de stad Groningen vanaf 1500 en in beperktere mate van de provincie mag zich de laatste vijftien jaar verheugen in een ruime belangstelling. Het al genoemde onderzoek van Kooij uit 1987 was de eerste publicatie van een brede stroom die daarna zou volgen. De dissertatie van Huisman (1992) was eveneens een belangrijk momentum. Huisman publiceerde daarnaast tussen 1989 en 1997 verschillende artikelen over de medische geschiedenis van stad en Ommelanden uit de periode voor 1800.¹⁰⁸ In dezelfde periode verschenen kort na elkaar twee bundels: *Gezond weer op in Groningen. Gezondheidszorg en medisch beroep 1500-1900* (1993) en *Medische geschiedenis in regionaal perspectief: Groningen 1500-1900* (1997). Over de twintigste eeuw zijn recentelijk drie publicaties verschenen: één over de gemeentelijke gezondheidsdienst¹⁰⁹ en twee over het academisch ziekenhuis in het kader van het 200-jarig jubileum.¹¹⁰ Een viertal artikelen behandelt verschillende thema's. Het artikel van Dohle gaat over de krankzinnigenzorg en Vijselaar schreef over de activiteiten van enkele Groningse medici met het dierlijk magnetisme.¹¹¹ Ramaker behandelde de verspreiding van malaria in 1826 door de stad.¹¹² De werkzaamheden van de irreguliere genezers in de tweede helft van de negentiende eeuw zijn door De Blécourt onderzocht.¹¹³ Overzien we de Groningse historiografie, dan valt dezelfde conclusie te trekken als hiervoor over Nederland is gedaan: de periode 1800-1870 en specifiek de eerste helft van de negentiende eeuw ontbreekt, behalve in enkele thematische onderzoeken.

VRAAGSTELLING

De centrale vraag van deze studie is de beschikbaarheid en toegankelijkheid van gezondheidszorg in de stad Groningen van 1800 tot 1870. Het zwaartepunt ligt op de reguliere curatieve zorg en de openbare gezondheidszorg. Onder reguliere curatieve zorg wordt hier verstaan: de dienstverlening door alle bevoegde medische beroepsbeoefenaren (*medicinae doctores*, heelmeeesters, vroedvrouwen, apothekers, drogisten en tandmeesters). Onder openbare gezondheidszorg wordt verstaan: de activiteiten op het gebied van de publieke hygiëne die ziektepreventie en verbetering van de volksgezondheid beoogden. In een apart hoofdstuk wordt de irreguliere hulpverlening behandeld (volks-geneeskunde, zelfbehandeling en onbevoegde praktijken). Collectieve zorgarrangementen waren aan het begin van de negentiende eeuw al van substantiële betekenis voor de toegankelijkheid van curatieve en preventieve zorg. De beschikbare zorgmogelijkheden en collectieve voorzieningen te samen bepaalden het bereik van de medische hulpverlening en openbare gezondheidszorg.

De algemene vraagstelling wordt opgesplitst in de volgende deelvragen:

- Welke reguliere beroepsbeoefenaren en irreguliere hulpverleners boden de stedelijke bevolking medische hulp aan. Hoe omvangrijk was de hulpverlening en wat was de kwaliteit ervan?
- Hoe bouwden beroepsbeoefenaren een (succesvolle) particuliere praktijk op? Welke factoren begunstigden de praktijkopbouw?
- Op welke wijze werd aan de publieke hygiëne vormgegeven?
- In hoeverre waren medische zorg en openbare gezondheidszorg in collectieve voorzieningen gevat? Op welke schaal functioneerden deze voorzieningen: parochiaal, regionaal, stedelijk of nationaal? Wie behoorden tot de rechthebbenden en wie profiteerden van de voorzieningen?
- Waren er specifiek Groningse facetten aan de toegangscriteria geschiktheid, nabijheid en meegaandheid?
- Welke motieven van elites lagen ten grondslag aan het initiëren en instandhouden van collectieve voorzieningen in de gezondheidszorg? Welke sociale groepen waren initiatiefnemers, organisatoren, uitvoerders en financiers?
- Welke rol hadden de beroepsbeoefenaren in de totstandkoming en het functioneren van collectieve voorzieningen? Hoe zag de relatie tussen collectivisering en professionalisering er uit?
- Was cholera de aanjager van nieuwe collectieve voorzieningen in de publieke hygiëne in Groningen?

BRONNEN EN OPZET

Voor deze studie is een breed palet aan bronnen gebruikt. Dit was noodzakelijk omdat materiaal dat specifiek en uitsluitend betrekking heeft op de gezondheidszorg, beperkt is. Met name materiaal op microniveau van hulpvragers en ontvangers van zorg is schaars. Hier wordt een kort overzicht

gegeven van de belangrijkste bronnen die zijn gebruikt en wordt de kwaliteit ervan beoordeeld. In de lijst van archivalia zijn alle bronnengegevens *en détail* opgenomen.

De notulen en jaarverslagen van de plaatselijke en provinciale geneeskundige commissies zijn in de Groninger Archieven en het Nationaal Archief te raadplegen. Deze archieven geven over enkele zaken kwantitatieve gegevens en een veelheid aan kwalitatieve beschrijvingen. Met name wordt veel aandacht geschonken aan de prevalentie van de verschillende ziekteverschijnselen.¹¹⁴ Verder zijn de inschrijvingen van de beroepsbeoefenaren, het verloop van de pokkenvaccinaties en de visitatierapporten er in opgenomen en zijn enkele conflicten tussen beroepsbeoefenaren die de gemoederen nogal bezig hielden, betrekkelijk uitgebreid beschreven. Deze bronnen zijn niet compleet, sommige jaargangen ontbreken.

Het archief van het Nosocomium Academicum, het ziekenhuis van de universiteit tot 1852, en van het Algemeen Provinciaal Stads- en Academisch Ziekenhuis (vanaf 1852) zijn ondergebracht in het archief van de universiteit. De bronnen van de laatste zijn rijker dan die van het Nosocomium. Er zijn geen patiëntendossiers beschikbaar, maar de patiëntenboeken geven informatie over leeftijd, geslacht, woonplaats, verpleegduur, afdeling waar men werd verpleegd en betalende instantie. Materiaal over het stadsarmenziekenhuis ligt op diverse plaatsen in het archief van de gemeentesecretarie. De verslagen van de raadscommissie die belast was met het toezicht op het ziekenhuis (1833-1852) vinden we bij de raadsrapporten, al moet ook hierover worden opgemerkt dat ze incompleet zijn. In deze verslagen zijn de verwijzende instanties opgenomen. De rekeningen over de eerste fase van het bestaan van dit ziekenhuis zijn bij de bijlagen van de gemeenterekeningen te vinden. Deze stukken geven inzicht in de opzet en de bedoelingen van het ziekenhuis. Geaggregeerde financiële gegevens over het stadsziekenhuis zijn eveneens in de gemeenterekeningen te vinden. Voor de openbare gezondheidszorg is gebruik gemaakt van de onderscheiden dossiers in de archieven van de gemeentesecretarie.

De acht diaconieën en de burgerlijke armbesturen hebben over de medische armenzorg nauwelijks gegevens op microniveau bewaard. Incidenteel zijn enkele geaggregeerde gegevens over de medische hulpverlening beschikbaar. Via rekeningen, notulen van diaconievergaderingen en algemene gegevens van de bedeeden kon toch het nodige worden opgespoord, dat geanalyseerd kon worden binnen het kader van de vraagstellingen.

Van de Volksziektecommissie is een uitgebreid archief bewaard gebleven. Dat van de Choleracommissie is niet compleet. Van deze twee commissies zijn behalve de informatie over bestuurszaken en de geboden hulp, ook gegevens van hulpvragers bewaard gebleven. De notulen en de eindverslagen van de Tyfuscommissie¹¹⁵ geven inzicht in haar werkwijze en de omvang van de geboden hulp. Over het Genootschap van Moederlijke Weldadigheid zijn op diverse plaatsen gegevens gevonden.

De belangrijkste algemene bronnen die zijn geraadpleegd, betreffen de stadsstatistieken (1811-1870), tabellen van de Instellingen voor Weldadigheid (1821-1870, met hiaten), het *Verslag van den toestand der gemeente Groningen* (1852-1870), de jaarverslagen van de provincie (*Provinciale*

Bladen), de regeringsalmanakken van Oomkens en enkele dossiers uit het archief van het provinciale bestuur. Verder is gebruikt gemaakt van gegevens van de hoofdelijke omslag, adresboeken, doop-, trouw- en begraafboeken en -registers, gegevens van de burgerlijke stand en het bevolkingsregister. De *Groninger Courant* en de *Provinciale Groninger Courant* zijn over specifieke zaken geraadpleegd, met name om te onderzoeken hoe een kwestie onder het publiek leefde of aan het publiek bekend werd gemaakt. Het *Album Studiosorum*, het archief van het Natuur- en Scheikundig Genootschap, de voorlopige inventarisatie van de afdeling Groningen van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG), de Vereeniging ter Bevordering der Koepokinenting en het Geertruidsgasthuis zijn eveneens gebruikt.

Deze studie is als volgt opgezet: in de hoofdstukken 2 tot en met 4 wordt de beschikbare medische hulpverlening door de reguliere beroepsgroepen uitgewerkt. Hoofdstuk 2 vormt het geraamte waar de, in hoofdzaak kwantitatieve, gegevens over de vestigingspatronen in worden weergegeven. In de hoofdstukken 3 en 4 worden de verschillende beroepsgroepen in hun beroepsuitoefening en maatschappelijke activiteiten geportretteerd. Hierin komen tevens de medische aanstellingen en functies in beeld en de sociale activiteiten die gerelateerd waren aan collectieve voorzieningen. In hoofdstuk 5 wordt de irreguliere hulpverlening geschetst.

In hoofdstuk 6 wordt de intramurale zorg behandeld. De drie ziekenhuizen, de armenhuizen en de instellingen voor intramurale krankzinnigenzorg fungeerden niet alleen als behandelinstututen, ze hadden ook een preventieve functie. Er werden lijders aan besmettelijke ziekten opgenomen en ook inwoners die overlast bezorgden. In het laatste geval vervulden ze een rol in de handhaving van de openbare orde. Individuele ziekenzorg en aspecten van collectivisering vielen hier samen. Dit hoofdstuk vormt een verbinding met de volgende hoofdstukken.

De hoofdstukken 7 tot en met 9 behandelen de vorming en de werking van collectieve voorzieningen. In hoofdstuk 7 wordt de bestrijding van de besmettelijke ziekten vanuit het perspectief van de hele stad, c.q. het stadsbestuur en de elites behandeld. Het tweede deel van dit hoofdstuk gaat over de voorzieningen op het vlak van de publieke hygiëne. De diaconieën en de burgerlijke armbesturen die medische armenzorg verschafden of bemiddelden naar andere zorgmogelijkheden en de liefdadigheidscommissies die werkzaam waren bij ernstige gezondheidsproblemen, zijn het onderwerp van de hoofdstukken 8 en 9. Onderzocht is de aard van de hulp, de admissiepolitiek en het bereik van deze collectieve voorzieningen. In hoofdstuk 10 worden alle bevindingen samengevat en getoetst aan de theses van De Swaan.