

7 ‘DE ZOO ZEER GEROEMDE GEZONDHEID VAN GRONINGEN’

Openbare gezondheidszorg

INLEIDING

Tijdens de epidemie van 1826-1827 vond het stadsbestuur, en met hen vele andere stedelingen, de toestand van de afwatering en de open riolen laakbaar voor de volksgezondheid. Vooral in de wijken L en P was het hiermee slecht gesteld. In oktober 1826 werd in wijk L met de verbetering van de afwatering begonnen. Als eerste werd de afwatering van de Leliestraat naar de Noorderhaven vernieuwd. Deze liep onder het tuchthuis in de Spinhuisstraat door en de privaten van het tuchthuis werden op de waterloop aangesloten.¹ Vervolgens werd de sloot langs de wal van de Leliestraat tot de Rozenstraat in 1827 schoongemaakt en verdiept. De daarboven staande particuliere privaten werden geruimd. Onder de wal door liep een sloot die het water uit de ringsloot aan de stadskant in de gracht buiten de stad loosde. Deze sloot werd verbreed en verdiept om de waterafvoer sneller te laten verlopen. Korfmakers gebruikten de sloten voor het weken van rijns en het afvoeren van restmateriaal. Dit werd hun eind 1826 verboden. Ze moesten een plek buiten de stad zoeken.² Ze protesteerden met succes tegen dit besluit, maar moesten er wel voor zorgen dat de sloten in het vervolg schoon bleven.³ Het stilstaande water in het Boterdiep (wijk O) was een andere zorg. Om stroming op gang te brengen werd een pomp tussen het Boterdiep en het Lopende Diep geplaatst.

Dat men met de verbetering van de afwatering in het noordwesten van de stad begon was niet toevallig. De epidemie was rond de Noorderhaven begonnen en in wijk L waren lange tijd de meeste zieken en doden te betreuren. In de loop van 1827 en 1828 werden alle ringsloten langs de wallen tussen de Boteringepoort en de Steentilpoort geschoond, verdiept en verbreed. De slootjes die vanaf de bebouwing naar de ringsloten liepen, werden zo veel mogelijk recht getrokken om de afwatering van de stad naar buiten toe te verbeteren. Op een drietal kleine stukjes na bleef in de binnenstad alles bij het oude. Het was daar voldoende ‘rein en zindelijk’.⁴ In de jaren twintig vonden bijna alle werkzaamheden in de nieuwe stad, de wijken tussen de diepen en de wallen, plaats. Pas in de jaren vijftig en zestig stond de binnenstad in het brandpunt van de belangstelling.

In de Oude Kijk in 't Jatstraat waar bakker Hensema in 1826 woonde, werd in 1864 riolering aangelegd. De Steentilstraat waar de familie Wouters in de jaren zeventig nog steeds woonde, kreeg in 1878 riolering. Na de demping van het Zuiderdiep konden de stadsdelen buiten de oude diepenring stapsgewijs worden gerioleerd. De Jonkerstraat, de woonplek van Renske Wolf, was pas in de twintigste eeuw aan de beurt.⁵ De derde fase van de aanleg van de riolering viel in die tijd. Een groot deel in het zuidwesten van de oude stad, waar ook veel armenbuurtjes waren, werd toen ook gerioleerd. Deze fase valt buiten de hier behandelde periode. De volgorde waarin de verschillende stadsdelen van ondergrondse afvoerbuizen werden voorzien, was in deze fase evenmin willekeurig als in de twee vorige episodes van de aanleg.

Het graven van sloten en de aanleg van riolering behoorde tot het terrein van de openbare gezondheidszorg. Vanuit andere gezichtspunten, bijvoorbeeld het aanzien van de stad en de verkeersveiligheid, waren ze ook van belang, maar hier worden ze als objecten van openbare gezondheidszorg bestudeerd. Onder openbare gezondheidszorg wordt hier verstaan het ontplooiën van activiteiten en het tot stand brengen van voorzieningen met het oog op preventie van ziektes en het bevorderen van de volksgezondheid. De uitvoering ligt in de regel in handen van overheidsdiensten.⁶ Anders dan curatieve handelingen die op het individu gericht zijn en in een een-op-een verhouding plaatsvinden, is openbare gezondheidszorg op groepen gericht. Openbare gezondheidszorg wordt ook wel voorgesteld als een glijdende schaal van mogelijke interventies. Gezondheids promotie is de lichtste vorm van ingrijpen, bij preventie is de invloed indringender en bij protectie is, vanuit het individu gezien, de inmenging in het persoonlijke leven het grootst.⁷

Protectie komt op de interventieschaal direct na de curatie. Protectie maatregelen worden genomen als er al een (besmettelijke) ziekte in een gemeenschap is. De zieken krijgen curatieve hulp en niet-zieken worden tegen besmetting door zieken beschermd. In hoofdstuk 5 bleek dat de negentiende-eeuwse ziekenhuizen op dit vlak een belangrijke functie hadden. Preventie activiteiten beogen de gezondheidsrisico's waaraan de bevolking bloot staat te elimineren. Er hoeft dan nog niet daadwerkelijk een (besmettelijke) ziekte te heersen, maar er zijn wel omstandigheden waarvan een ziekmakende invloed uitgaat. Veel voorzieningen in de publieke hygiëne beogen ziekmakende factoren weg te nemen. Gezondheids promotie is gericht op het verhogen van de weerbaarheid van gezonde mensen, zodat ze zo weinig mogelijk risicofactoren ontwikkelen en een betere weerstand tegen bedreigende ziekten opbouwen. Zwem- en gymnastiek onderwijs en voedingsvoorlichting vallen hieronder.⁸

Protectie, preventie en promotie geven de aard van de interventies aan. De vraag naar de achterliggende motieven van het scheppen van collectieve voorzieningen is daarmee nog niet beantwoord. Porter concludeert, op basis van een vergelijkend onderzoek naar de openbare gezondheidszorg in verschillende landen, dat een grote verscheidenheid aan motieven en belangen een rol vervulde in de openbare gezondheidszorg.^{9,10} Wat is inmiddels bekend over de belangen van de Groningse negentiende-eeuwse elite? Kooij onderzocht het tot stand komen van drie publieke voorzieningen in de tweede helft van de negentiende eeuw. Daaruit blijkt dat particuliere belangen van de elite

– vertegenwoordigd in het stadsbestuur – doorslaggevend waren in de besluitvorming. Collectieve belangen kwamen op de tweede plaats of speelden helemaal geen rol. De belangen van de elites verschilden per zaak. Bij het starten van nutsbedrijven was het financiële rendement van de eigen investeringen doorslaggevend en in de stadsplanning stond een luxe en prettige woonomgeving voorop. De bouw van een nieuw academisch ziekenhuis werd geremd omdat de elite inmiddels gebruik kon maken van goede ziekenverpleging in moderne particuliere ziekenhuizen.¹¹ Of deze verklaringen ook gelden voor de hier behandelde casuïstieken zal hierna aan de orde komen.

Aansluitend bij de behandelde curatieve zorg (hoofdstukken 2 tot en met 5) en de curatieve en protectiefunctie van de ziekenhuizen (hoofdstuk 6) wordt in het eerste gedeelte van dit hoofdstuk de bestrijding van de besmettelijke ziekten behandeld. Meestal ging het om ziekten die al in de gemeenschap heersten of deze bedreigden. De aard van de interventies lag dan ook vooral op het gebied van de protectie en preventie. In het tweede deel verschuiven de themata van concrete en ad hoc ziekteverschijnselen naar algemene voorzieningen waar een duurzamer invloed van moest uitgaan. Met (politie)maatregelen en voorschriften, infrastructurele voorzieningen en volksbeïnvloeding werd getracht schadelijke invloeden uit het (leef)milieu te elimineren. Dit deel is thematisch en chronologisch opgebouwd. Eerst worden de vuilnisverwijdering en de verontreiniging door begraafplaatsen behandeld. De problemen op deze gebieden bestonden al voor 1800, maar ze gingen in de eerste helft van de negentiende eeuw zwaarder wegen en er werden substantiële verbeteringen aangebracht op deze terreinen. Deze activiteiten vallen op de interventieschaal onder preventie. In het intermezzo worden stedelijke activiteiten waarin gezondheidspromotie een rol speelde, beschreven (onderwijs, zweminrichting). Na het midden van de eeuw werden drie omvangrijke projecten in de openbare hygiëne uitgevoerd (publieke privaten, riolering, waterputten), die eveneens tot doel hadden ziekmakende factoren te elimineren. Deze worden in de laatste paragrafen onder de loep genomen.

‘EENE ZOO SIERLIJK RUIM GEBOUWDE STAD’

In de achttiende eeuw werd Groningen door prominente medici als een gezonde stad beschreven. In de loop van de negentiende eeuw werd het beeld genuanceerder en vonden velen de levensomstandigheden slecht. Een aantal Groningers beschouwde de stad echter tot ver in de negentiende eeuw als een gezonde woonplaats.¹² Het positieve oordeel was hoofdzakelijk gebaseerd op de geografische omstandigheden in de oude binnenstad. De brede, rechte straten en grote pleinen zorgden voor voldoende luchtverversing en het centrum was op zandgrond gebouwd, wat ook als gunstig werd gezien. De nuances werden aangebracht door vooruitstrevende medici, bestuurders en personen uit de bovenlagen van de samenleving die het gedachtegoed van de hygiënisten aanhingen. De Groningse medicus Levi Ali Cohen, spreekbuis van deze beweging, had een veel negatiever oordeel over de openbare hygiëne in het negentiende-eeuwse Groningen, maar stelde ook onderdelen van de openbare gezondheidszorg ten voorbeeld aan andere steden.¹³

‘DE ZOO ZEER GEROEMDE GEZONDHEID VAN GRONINGEN’

De fysisch-geografische omstandigheden in de nieuwe stad, de wijken L tot en met T, werden als een minpunt gezien. De bodem van deze lager gelegen wijken bestond uit veen of klei. Het noorden en oosten van de stad werden geregeld geteisterd door overstromingen en hier kwam veel malaria voor.¹⁴ In wijk P kon het water niet weg stromen en het wemelde er van slootjes en open riolen, die onder meer door blekers werden gebruikt. In de dichtbebouwde, zuidelijke wijken S en R kwam te weinig zonlicht en verse lucht door de hoge wallen. Daar waren ook nog onverharde, vaak modderige stegen en gangen. In de negentiende-eeuwse perceptie van ziekmakende factoren was het in deze wijken slecht toeven.

De vervuiling van water, bodem en lucht was al eeuwen niet gering.¹⁵ De groei van de stedelijke bevolking en de toename aan nijverheidsactiviteiten tussen 1800 en 1870 genereerden nog meer afval. Voor de volksgezondheid was de verontreiniging van het oppervlaktewater funest, omdat dit voor consumptie werd gebruikt.¹⁶ De stedelijke waterlopen waren een geliefde dump- en loosplaats. In de onderhavige periode werd de afvoer van vervuild water en aanvoer van schoon water niet gescheiden.¹⁷ Hierin lag een belangrijke oorzaak van de hoge prevalentie van maag-darmstoornissen en epidemieën van cholera en tyfus. Een ander oud probleem was de open verbinding met de zee en het binnenlaten van zeewater in droge periodes. De veel voorkomende malaria was hierdoor nauwelijks te tackelen, omdat de malariamug goed gedijde in het brakke oppervlaktewater.

De publieke hygiëne was sinds de vijftiende eeuw onderwerp van stadszorg. Het richtinggevend principe was het opheffen van stank en luchtverontreiniging. De verontreiniging van het oppervlaktewater en de bodem werd beoordeeld naar de gevolgen voor de luchtverontreiniging. De oudste regelgeving – het verbod om varkens los te laten lopen, vuil te storten op straat of in de stadswateren, geboden om de straat voor het huis schoon te houden en tonnen in de woningen te hebben voor het verzamelen van fecaliën – bestond in de negentiende eeuw nog steeds.¹⁸ Voor 1808 werden tientallen resoluties aangenomen die te maken hadden met mest- en vuilnisverwijdering. Tijdens epidemieën nam het aantal verordeningen altijd toe.¹⁹ De handhaving was echter een voortdurend probleem.

Enkele belangrijke problemen op het gebied van de volksgezondheid werden in de negentiende eeuw lange tijd niet vanuit hygiënisch of preventief oogpunt benaderd, bijvoorbeeld maag-darmstoornissen bij jonge kinderen – 20 tot 25% van de kinderen stierf in het eerste levensjaar – en ziekten van de ademhalingsorganen.²⁰ Diarree bij kinderen en longtuberculose kwamen zo veel voor dat men er aan gewend leek te zijn. Beide aandoeningen waren belangrijke doodsoorzaken. Rond het midden van de eeuw werden deze volksziekten door de hygiënisten geproblematiseerd, maar pas in de jaren negentig werd een substantiële verbetering op deze terreinen merkbaar. De aandacht voor epidemieën en besmettelijke ziekten was eeuwenlang veel groter en dat was in de negentiende eeuw ook nog het geval. Epidemieën stelden inwoners en stadsbestuur op de proef.

In de vroegmoderne tijd hielden vooral lepra, pest en rode loop (dysenterie) de overheden bezig. Het stadsbestuur trachtte deze ziektes te beperken door isolatie van zieken, begrafenisvoorschriften uit te vaardigen, verboden op de import van goederen en de komst van (vermoedelijk) zieke perso-

nen, het inrichten van pesthuizen en het aanstellen van pestmeesters. Door de toenemende interstedelijke contacten mengden de Staten-Generaal zich vanaf de tweede helft van de zeventiende eeuw in de bestrijding van besmettelijke ziekten.²¹ Na de totstandkoming van de eenheidsstaat werd dat beleid gecontinueerd. In een landelijk reglement (1805) werden quarantainebevelingen voor schepen en de mogelijkheid van het instellen van een sanitair cordon opgenomen. Na het vertrek van de Fransen werd dit reglement in een KB 'omgezet' (1819). Groningen maakte als enige kustprovincie een provinciale verordening, waarin de verplichte isolatie van personen en goederen door de kustgemeenten werd opgenomen (21-5-1827).²² Voor de stedelijke en gewestelijke economie waren import- en quarantainemaatregelen ongunstig. Een epidemie of besmettelijke ziekte kon ook een nadelige invloed op het imago van de stad hebben. Bij (dreigende) epidemieën moesten gezondheids- en economische belangen voortdurend tegen elkaar worden afgewogen. Wanneer men zeker wist dat het om een besmettelijke ziekte ging, koos de stad voor de volksgezondheid ten koste van de handelsbelangen.²³ Vreemdelingen en bedelaars genoten dan speciale belangstelling.

In de tweede helft van de achttiende eeuw werd de zorg voor de openbare gezondheid geactiveerd. Groningse hoogleraren en medici namen deel aan de landelijke discussie binnen de Natuur- en Geneeskundige Correspondentie-Sociëteit (1779).²⁴ Het Collegium Medicum en het genootschap Pro Excolendo Iure Patrio waren plaatselijke fora van gedachtevorming. Allerlei onderwerpen passeerden de revue: kindersterfte, registratie van geboorte- en sterftcijfers, begraafplaatsen, prostitutie, drankmisbruik, opiumgebruik, pokkenbestrijding, samenwerking tussen de lokale overheid en medici, aanpak van onbevoegde genezers, bestrijding van rabiës en veepest en de stadsreiniging.²⁵ Medici adviseerden het stadsbestuur in lokale gezondheidsaangelegenheden. Verschillende adviezen werden ter harte genomen en vonden hun weerslag in tijdelijke maatregelen tijdens epidemieën of in blijvende regelgeving.

De opvatting dat in de eerste helft van de negentiende eeuw, na de grotere belangstelling voor de openbare gezondheidszorg in de achttiende eeuw, de interesse weer afnam is breed verspreid.²⁶ Dit is echter te algemeen gesteld.²⁷ In Groningen kwam een aantal 'oude' onderwerpen in de Bataafs-Franse periode opnieuw in de aandacht en de vaccinatie werd in Nederland als nieuwe preventiemogelijkheid geïntroduceerd. Enkele verouderde stedelijke gewoonten verdwenen in dit tijdperk. In de periode 1819-1829 was in Groningen ook een verhoogde attentie voor de openbare gezondheidszorg. Tyfus- en malaria-epidemieën (respectievelijk in de jaren 1817-1819 en 1826-1827) hadden een katalyserende werking. Door de ernstige epidemieën was het klimaat voor regulering en het tot stand komen van nieuwe voorzieningen gunstiger dan in de twee decennia daarna. Na 1850 kwam de publieke gezondheidszorg opnieuw op de agenda.

Aan het eind van de hier behandelde periode waren er twee belangrijke wapenfeiten, die de overgang naar een ander tijdperk inluiden. De periode waarin de volksgezondheid en de bestrijding van besmettelijke ziekten steeds meer vanuit het nationale kader werden behartigd, brak aan. In 1865 werd het staatstoezicht op de gezondheidszorg ingesteld. De inspecteurs die dit toezicht uitoefenden waren verplicht bijzondere ziekteverschijnselen bij de minister, Gedeputeerde Staten

en de inspecteurs van aangrenzende provincies te melden. Ze konden ook onderzoek doen naar de volksgezondheid. Het lokale kader voor de bestrijding van besmettelijke ziekten werd verlaten. Op grond van de Besmettelijke Ziektenwet (1872) was het mogelijk dwingende voorschriften aan lokale besturen op te leggen. De stad verloor haar autonomie.²⁸ De twee nieuwigheden hadden niet direct veel invloed op het bereik van de gezondheidszorg en het peil van de volksgezondheid. Daarop waren meer determinanten van invloed. Moderne medisch-technische voorzieningen, de drinkwaterleiding en de voltooiing van de riolering, werden in Groningen veel later bereikt. De bestrijding van epidemische en besmettelijke ziekten was echter een haast permanente negentiende-eeuwse zorg.

BESTRIJDING VAN EPIDEMISCHE EN BESMETTELIJKE ZIEKTEN

Inleiding

Epidemieën en besmettelijke ziekten hielden stadsbestuur, geneeskundige commissies, armbesturen, liefdadigheidscommissies en medische stand tussen 1800 en 1870 uitermate sterk bezig. Men kan zelfs spreken van een zekere preoccupatie en fixatie. De Vries Reilingh schreef aan de hand van de jaarverslagen van de plaatselijke geneeskundige commissie een boekje over de epidemische ziekten in de stad. De visie op en beleving van de epidemieën wordt hierin prachtig verwoord. Hij schreef in 1869:

Wanneer wij de verslagen lezen valt ons al dadelijk het groot aantal epidemieën, en daaronder zeer hevige en uitgebreide, in het oog wij worden dan bijna gedwongen de door vele geneeskundigen van de vorige eeuw ... zoo zeer geroemde gezondheid van Groningen in twijfel te trekken. Inderdaad is het ook te verwonderen, dat eene zoo sierlijk ruim gebouwde, grootendeels op een vrij verheven zandheuvel op diluvialen bodem gelegene en door twee riviertjes doorspoelde stad, in deze halve eeuw zoo dikwijls en zoo hevig door ziekten geteisterd is geworden, zowel door zulken welke aan plaatselijke toestanden, zoo als bodem en wateren, als endemische oorzaken gewoonlijk worden toegeschreven, als door andere ziekten die door besmetting (contagium) van elders ingebracht, of door miasma, hetwelk eene algemeene ziekte-toestand epidemie verwekt, veroorzaakt plegen te worden.²⁹

Een tijdgenoot van De Vries Reilingh, wethouder Trip, sprak eind jaren zestig eveneens somber over de voorafgaande periode. Trip zag in 1867 terug op een 'noodlottig eenenveertig jarig tijdperk'.³⁰ Hij wist toen niet dat de pokkenepidemie van 1870-1871 nog zou komen. Het beeld van De Vries Reilingh en zijn tijdgenoten werd gekleurd door de herinnering aan de epidemie van 1826-1827. Er werd nog geregeld gerefereerd aan de schade op demografisch en sociaal-economisch gebied, de tekorten aan verpleging en medische hulp en de bijna onoverwinnelijke financiële en bestuurlijke problemen, die de epidemie teweeg had gebracht. Als een ziekte ernstig dreigde te worden, dook de vrees voor herhaling van de toestanden van 1826 keer op keer op. Ondanks de sombere toon die in het citaat doorklinkt, verkondigde De Vries Reilingh dat het in Groningen niet ongezonder was dan in andere steden.³¹

In het citaat worden de twee heersende opvattingen over het ontstaan van ziekten genoemd. Volgens de miasmatische theorie ontstonden onder invloed van schadelijke dampen ziekte-deeltjes, miasmen, die in het lichaam werden opgenomen. De oorzaak van een ziekte lag volgens deze theorie in stank en vervuilde lucht. Met luchtreinigingsmiddelen probeerde men ziektes te voorkomen en in te dammen. Volgens de tweede theorie vond een besmetting plaats door overdracht van een smetstof (*contagium*) van de ene persoon op de andere. Isolatie van zieken en het bekendmaken van de ziekte in de stad waren dan geboden. Deze strategie werd samengevat in de veel gebruikte begrippen ‘publicatie en isolatie’. Dit waren protectiemaatregelen, men probeerde gezonde inwoners te beschermen tegen besmetting door zieken. De beide behandelmethoden werden ook tegelijkertijd of aanvullend toegepast, omdat men vaak niet wist wat de oorzaak van een ziekte was. In het midden van de negentiende eeuw werden ze theoretisch aan elkaar verbonden: ziekte ontstaan door vervuilde lucht kon door de ontwikkeling van een *contagium* overgedragen worden op anderen.³²

Deze theorieën bleven richtinggevend voor het medisch en preventief handelen, totdat de kennis over de bacteriologie verspreid en geaccepteerd werd. In de jaren tachtig werd binnen enkele jaren de werkelijke veroorzaker van tyfus, difterie, rabiës, tuberculose en cholera gevonden.³³ Deze ziekten hebben in de negentiende-eeuwse Groningse gemeenschap veel sporen nagelaten. Van sommige ziekten wist men daarvoor, ook zonder de kennis van de ziekmakende factor, uit onderzanding dat zij overdraagbaar waren. In andere gevallen werd de besmettelijke aard vermoed of men schreef aan de kwaal de overgang van endemie naar besmettelijkheid toe wanneer het aantal zieken bovennormaal werd. Op dat punt aangekomen, werden de maatregelen die doorgaans voor contagieuze ziekten golden, genomen en werd de rol van de lokale overheid groter.

De preoccupatie met de epidemie van 1826 ontnemt gemakkelijk het zicht op de gebeurtenissen uit de vroege negentiende eeuw. De stedelijke overheid maakte in de eerste decennia van de negentiende eeuw werk van de bestrijding van pokken, syfilis en hondsdoelheid. In deze gevallen ging het anders dan bij drie andere regelmatig voorkomende epidemische ziekten, malaria, tyfus en cholera, en de besmettelijke kinderziekten. De beoogde permanentie van de bestrijding was een nieuwigheid. Voor 1800 werden alleen tijdelijke verordeningen uitgevaardigd. De nieuwe voorschriften werden in het politiereglement van 1822 opgenomen. Een ervan was een meldingsplicht van de bevolking. De bestrijding werd democratischer en dwingender. Men dwong individuele handelingen af en strafbepalingen moesten de naleving garanderen.

In de openbare gezondheidszorg nam de lokale overheid een sleutelpositie in. Andere overheden, armbesturen, liefdadigheidscommissies, medici, onderwijzers en predikanten vervulden daarnaast een rol van betekenis. Tegenover stimulerende en bevorderende elementen stonden tekortschietend inzicht, tegenkrachten, negaties en passiviteit. Ook dat waren vaste onderdelen. Hierna wordt eerst de bestrijding van pokken, syfilis en hondsdoelheid behandeld en daarna die van tyfus, cholera en malaria.

Pokkenbestrijding

Rutten heeft in zijn dissertatie *De vreselijkste aller harpijen* de geschiedenis van de pokken in de achttiende en negentiende eeuw in Nederland beschreven. Stad en provincie Groningen figuren daarin op verschillende plaatsen in een specifieke of illustratieve betekenis. Het perspectief is hier omgekeerd. Het Groningse wordt in beeld gebracht en gerelateerd aan de nationale context. Vanuit de centrale vraagstelling – capaciteit en kwaliteit van en toegang tot gezondheidszorg – zal de nadruk liggen op de bestrijding en niet op het voorkomen van de ziekte. Over de pokken en pokkenbestrijding in Groningen is tot dusverre geen aparte publicatie verschenen. De door Rutten verzamelde gegevens over Groningen worden hierna aangevuld met de gegevens uit lokale bronnen om het Groningse verhaal completeren.

De pokziekte kwam voor 1800 in de stad om de zes jaar in epidemische vorm voor.³⁴ Deze frequentie was normaal voor steden met de omvang die Groningen toen had.³⁵ De bevolking was van oudsher vertrouwd met de ziekte, wat soms tot nonchalance of fatalisme leidde. Het was een transportziekte in dubbele betekenis. De besmetting verliep door overdracht en migrerende beroepsgroepen waren bronnen van besmetting. Naarmate de immigratie en de omvang van de bevolking in de negentiende eeuw toenamen, werd het risico om besmet te worden groter als men niet was gevaccineerd. Groningen onderhield handelscontacten met de rest van Nederland, België, Duitsland, Engeland en het Oostzee-gebied. De contacten waren intensief en de ziekte kon gemakkelijk in de stad gebracht worden.

Het beeld van de pokken in de negentiende eeuw was volstrekt anders dan dat in de achttiende eeuw. De prevalentie en sterfte daalden substantieel en het zesjarenpatroon werd doorbroken. In de negentiende eeuw deden zich in Groningen twee ernstige en twee lichte epidemieën voor en er waren enkele kleine uitbraken. Zo nu en dan was er een geïsoleerd geval. Het betrof dan een zieke die van elders kwam en recent in de stad was aangekomen. De ernstige epidemieën waren aan het begin en het eind van de hier behandelde periode. In 1800-1801 vielen ongeveer 500 slachtoffers te betreuren³⁶ en in 1870-1871 261. De laatste epidemie genereerde veel meer onrust en overheidsingrijpen dan de eerste, die feitelijk veel ernstiger was. Het aantal slachtoffers was in 1870-1871, de toegenomen bevolkingsomvang in acht genomen, nog niet eenderde van dat in 1800-1801. Dit is een van de voorbeelden van de grotere sensitiviteit voor epidemieën. De sterfte aan pokken was op grond van de gegevens van de geneeskundige commissie tussen 1818 en 1865 nog geen half procent van de totale sterfte.³⁷ De lichte epidemie van 1840-1841, met 92 overlijdens, was hiervoor het meest verantwoordelijk. In de achttiende eeuw was de sterfte door pokken tussen de vijf en negen procent van de totale sterfte.³⁸ De omvang van de kindersterfte bleef tussen 1800 tot 1870 ongeveer gelijk, zodat geconcludeerd kan worden dat andere ziektes voor kinderen levensbedreigender werden.³⁹

Variolatie, inenting met mensenpokstof, was een achttiende-eeuwse vinding en werd vanaf 1759 in de stad toegepast. De medische hoogleraren begonnen ermee en via de bovenlagen van de bevolking werd de behandeling onder de bevolking verspreid.⁴⁰ Aanvankelijk ging het niet snel, maar

vanaf april 1769 gebeurde het op ruimere schaal. Waarschijnlijk werden de laagste sociale groepen niet of nauwelijks bereikt. In de winter van 1769-1770 werden 450 kinderen ingeënt.⁴¹ Het aantal was dat jaar waarschijnlijk zo hoog door de inenting van de kinderen van twee weeshuizen. In 1769 kwamen de pokken in epidemische vorm voor en dat zal, zoals dat later nog vele malen het geval was, de prikkel voor velen zijn geweest om tot inenten over te gaan. Ook de kinderen van burgemeester Jullens werden toen ingeënt.⁴² Jacob van Geuns entte in 1799 acht kinderen in de Steentilstraat in.⁴³ Zouden hierbij de kinderen van mennistenbroeder Wijbe Wouters zijn geweest?

Een katholieke priester en verschillende orthodox-gereformeerde predikanten behoorden rond 1770 tot de tegenstanders van de variolatie.⁴⁴ De stad bemoeide zich in de achttiende eeuw niet met de variolatie. Ze stond het toe, wat lang niet overal zo was.⁴⁵ De acceptatie van de variolatie verliep volgens Rutten dwars door partijen en facties heen en beperkte zich niet tot de aanhangers van de Verlichting of de patriotten. Risicomijdend gedrag, bijvoorbeeld door extra hygiëne, vrijwillige isolatie en tijdelijk vertrek, was al voor de introductie van variolatie gewoonte onder de bovenlagen.⁴⁶ In Groningen was dat ook het geval, want tijdens malaria- en tyfusedemieën trok de elite weg uit de stad, zelfs wanneer ze speciale taken in de bestrijding van een epidemie op zich hadden genomen. Raadslid Van der Hoop, lid van de Volksziektecommissie, ging in het najaar van 1826 naar Huize De Bult in Steenwijk en dominee Gerhards, lid van de Tyfuscommissie, vertrok midden in de epidemie van 1856 vier weken naar Nordeney.⁴⁷

De variolatie heeft de acceptatie van de vaccinatie in Groningen waarschijnlijk bevorderd. Vaccinatie (inenting met koepokstof) was een vinding van de Engelse medicus Jenner (1798) en bereikte Nederland in 1800. In de stad werd vanaf december 1800 gevaccineerd. Een jaar later meende Thomassen à Thuessink al dat de vaccinatie wortel geschoten had in de stad,⁴⁸ maar dat was te optimistisch gedacht. De aanwezigheid van de universiteit en de positieve houding van de hoogleraren waren winstpunten. Thomassen à Thuessink publiceerde in februari 1801 over de koepokinenting. Zijn leerling A.O.H. Tellegen promoveerde in 1802 als eerste Nederlandse medicus op de vaccinatie.⁴⁹ Tellegen was begin negentiende eeuw de grote promotor van de vaccinatie in de stad. Hij entte tot en met 1819 meer dan 7000 kinderen in.⁵⁰ Jacob van Geuns paste de vaccinatie ook direct toe. Zijn vader Matthias van Geuns had aanvankelijk nog twijfels.⁵¹ Het draagvlak voor de vaccinatie was onder de Groningse medici vanaf het begin goed.⁵²

Wat ondernam het Groningse stadsbestuur aan het begin van de negentiende eeuw? Het Bataafse Bewind gaf variolatie – vaccinatie werd nog niet genoemd – in 1801 vrij. De Municipaliteit nam zich daarop voor maatregelen te ontwerpen ter bevordering van de inenting en ter voorkoming van de verspreiding van de ziekte.⁵³ Desgewenst kon het raadslid dat belast werd met de zaak, zich met deskundigen verstaan.⁵⁴ Dit initiatief is niet uit de verf gekomen. In de stadsarchieven is geen vervolgactiviteit op het besluit terug te vinden. Het afhandelen van allerlei bestuurlijke en administratieve zaken zal de pokkenbestrijding wel naar de achtergrond hebben verdrongen. Vanaf 1803 waren de oude regentengeslachten weer ruim vertegenwoordigd in het stadsbestuur.⁵⁵ Voor de pokkenbestrijding betekende dit teruggevallen op het beleid van het niet hinderen van inentingen.⁵⁶

De pokkenbestrijding kwam tot 1809 niet meer op de agenda van het lokale bestuur voor. In 1805, 1807 en 1808 heerste de ziekte, maar door de stad werden geen maatregelen genomen. De geneeskundige commissies bevorderden de vaccinatie voor 1809 evenmin.⁵⁷ Het Bataafse Bewind volgde een politiek van overtuigen en overreden en niet van dwang.⁵⁸ Het klimaat ten aanzien van vaccinatie was in de stad niet ongunstig, maar het succes hing in het eerste decennium af van initiatieven van medici en bekende lokale figuren en van de vraag van het publiek.

De vaccinatiepraktijk van de periode voor 1809 is slechts snippersgewijs te traceren. Aan deugdelijke en voldoende entstof ontbrak het niet. Elders kwam dit wel voor.⁵⁹ Tellegen vond in 1804 dat er te weinig werd ingeënt. Hij veronderstelde dat de kosten te hoog waren en vond dat er te weinig 'aangelegenheid' in de stad was. In de krant maakte hij bekend dat hij twee keer per week gratis ging inenten in het ziekenhuis. De pokstof die hij had, stelde hij ter beschikking aan andere medici.⁶⁰ Door het wegnemen van financiële en praktische bezwaren heeft hij voor de lage sociale lagen de toegankelijkheid tot deze vorm van ziektepreventie verbeterd. Tellegen kon in 1805 en 1807 door zijn inenting de ziekte in een vroeg stadium stuiten.⁶¹ Grote groepen inwoners besloten pas op de momenten waarop werkelijk besmettingsgevaar dreigde, hun kinderen te laten vaccineren.

Rutten concludeerde dat nationale ondersteuning en stimulering noodzakelijk was om de pokkenbestrijding en de introductie van de vaccinatie te laten slagen.⁶² Het decreet van 25 november 1808 van koning Lodewijk Napoleon regelde de registratieplicht van medici en de verplichte vaccinatie van militairen en cliënten van de publieke armenzorg. Verder was het verbod op het naar school gaan van kinderen uit gezinnen waar een zieke was en het uitloven van medailles aan medici daarin opgenomen.⁶³ Ten opzichte van de publicatie van 1801 – die in Groningen niet effectief werd – was de regelgeving aangescherpt. Volgens Van de Sande bestond in de periode 1805-1810 de wil om 'tien jaar revolutionaire plannenmakerij' te concretiseren.⁶⁴ Dit vaccinatiedecreet past in de strakkere bestuursstructuur. Het decreet lokte in de stad enkele reacties uit. In januari 1809 werd het integraal opgenomen in de *Ommelander Courant*. Het belang van de zaak dwong hiertoe meende de redactie.⁶⁵ Deze uitspraak geeft de opvattingen van gezaghebbende stedelingen weer. Een ander initiatief uit de stedelijke gemeenschap was de kerkelijke leerrede van de lutherse predikant H.J. Matthes (zie hierna), waarin hij morele bezwaren tegen vaccinatie ontzenuwde (1808).

In februari 1809 pakten het stadsbestuur en de plaatselijke geneeskundige commissie de draad op.⁶⁶ Na aandrang van de commissie werden de plichten van de medici openbaar gemaakt.⁶⁷ Er werden ook boekjes van het Nut over de vaccinatie verspreid, maar die sloegen bij het Groningse publiek niet erg aan.⁶⁸ Medio februari maakte Tellegen melding van pokkenzieke kinderen.⁶⁹ Het stadsbestuur wendde zich nu tot de bevolking. De vaccinatie werd aangeprezen, ouders van pokkenzieke kinderen werden gemaand hun kroost binnen te houden en onderwijzers mochten zieke kinderen niet op de scholen toelaten.⁷⁰ De toon van de berichtgeving was mild. Ouders werden 'opgewekt' en 'aangemaand', onderwijzers 'gelast'. De strengere toon van het decreet van de koning is er niet in terug te vinden, evenmin als het verbod op het naar school gaan van gezonde, ongevacineerde kinderen uit een gezin waar de ziekte heerste. Kennelijk is de ziekte niet verder verspreid,

want er is geen verdere berichtgeving gevonden. In juni daarop werd opnieuw een ziektegeval gemeld. De verplichte melding door medici had wortel geschoten. De stad scherpte nu de regels voor de schooljeugd aan. Ongevaccineerde kinderen werd, zolang de ziekte heerste, de toegang tot de school ontzegd. De onderwijzers dienden hier streng op toe te zien. Ouders werden ernstig gewaarschuwd de omgang met buren te mijden en aangeraden bezoekers in kennis te stellen van de ziekte in hun huishouding.⁷¹ Wetten en gewoonten waren natuurlijk lang niet altijd congruent.

De voorschriften van 1809 waren niet ingrijpend. Het stadsbestuur stelde zich voorzichtig en formeel op. Het accent lag op de protectie van gezonde stedelingen en niet op ziektepreventie. Aan het verbeteren van de toegang tot de vaccinatie deed de stad niets. De medici waren in deze periode het meest actief. Armendokter Tresling vaccineerde in het voorjaar van 1809 alle hervormde bedeeden.⁷² Hij creëerde, net als Tellegen, een mogelijkheid voor gratis vaccineren.

In 1809 werden 585 personen, van wie 185 gratis, door zes medici ingeënt.⁷³ Dit cijfer is exclusief de vaccinaties van Tresling voor de armenzorg. Het aantal was niet representatief voor het eerste decennium, maar is wel een aanwijzing dat onder de bevolking geen grote weerstand tegen de ‘kunstbewerking’ bestond. In 1809 en 1810 voerden alle Groningse medici vaccinaties uit. Onder hen leefden evenmin bezwaren. Ook de geneeskundige commissies rapporteerden verschillende keren over de grote bereidwilligheid tot vaccineren, zowel onder geneesheren als bij de inwoners. Extra aansporing, zo meende men in 1818, was niet nodig.⁷⁴ Maar er bleven weigeraars en twijfelaars. Familieberaad, soms meer dan eenmaal, ging niet zelden vooraf aan een besluit tot inenting. Tellegen daagde in 1814 de tegenstanders van vaccinatie publiekelijk uit. Hij loofde een premie van tien dukaten uit aan ieder die kon aantonen dat een door hem gevaccineerd kind toch pokken had gekregen.⁷⁵ Er bestond twijfel over de effectiviteit van de behandeling, omdat een ingeënt kind ziek zou zijn geworden. Vijf jaar later zou het aanbod hem zeker wat hebben gekost, want in 1819 werd duidelijk dat hervaccinatie nodig was om beschermd te blijven tegen pokken.

Principiële bezwaren werden in de Bataafs-Franse tijd niet veel gehoord. Integendeel, predikant Matthes prees in een leerrede vaccinatie aan als

*eene der weldadigste uitvindingen onzer eeuw, waarvoor we God niet genoeg kunnen danken.*⁷⁶

Ouders die hun kinderen niet lieten inenten, groeven met eigen hand het graf van hun kinderen. Er was geen sprake van zondigheid. Hij besloot zijn rede met een gedicht, waarin de verantwoording tegenover God zwaar werd aangezet:

*'k Zou u, Ouderen! bezweren,
Om den dood van 't kroost te keeren,
Dat gij God verreeken moet;
't Welk vooroordeel, door haar smalen,
Of de traagheid, door haar dralen,
Zoo misdadig sneuv'len doet.*

Of de lutherse bedeeden net als de hervormden stelselmatig door de diaconiedokter zijn ingeënt, is niet bekend.

Tijdens de Franse inlijving (1811-1813) was de vaccinatiegraad, het aantal vaccinaties gerelateerd aan het geboortecijfer, boven de 100%. Er was kennelijk een forse inhaalslag onder peuters en kleuters. De medici Paping en Mesdag lieten zich in deze periode, naast Tellegen, zien als ijverige vaccinateurs.⁷⁷ Het nominale aantal entingen steeg van 1811 tot 1813 aanzienlijk. Het aandeel van de gratis inenting steeg van 75.8 in 1811, naar 86.7 in 1812 en 95.8% in 1813. De lagere sociale groepen werden steeds meer bereikt. De pressie van de nationale overheid was tot in het noorden van het land effectief. De koepokstof werd op de universiteit bewaard.⁷⁸ De variolatie was een stille dood gestorven. In het begin van de Franse inlijving was het beleid van de prefect nog redelijk mild, maar in 1813 werd de dwang opgevoerd. In juli moesten de diaconieën binnen twee weken alle bedeeden vaccineren. De hervormde diaconie heeft dit keurig uitgevoerd.⁷⁹ Toen zich in augustus 1813 enkele ziektegevallen voordeden, stelde de prefect schooluitsluitings- en quarantainemaatregelen op. Met name de quarantaine vonden de stadjsers een te strenge maatregel.⁸⁰ Later is deze bij pokken ook niet meer uitgevaardigd. Het straffere beleid in 1813 was een uitvloeisel van de Franse bestuurlijke mores.⁸¹ Een hele kinderschare werd daardoor in het tweede decennium tegen pokken beschermd.

Het decreet van 1808 vond een vervolg in het KB van 7 september 1814, alleen de verplichte inenting van de militairen van de landmacht werd geschrapt. Dat militairen daarna vaak een bron van besmetting waren, is dus niet verwonderlijk. De naleving van voorschriften was in de Franse tijd aangehaald, maar werd deels weer losgelaten. Op andere punten werden de voorschriften zwaarder. De publieke hygiëne kreeg in het KB meer accent. De verplichte ontsmetting van de woning en nieuwe voorschriften voor het begraven van aan de ziekte overleden personen⁸² werden in een stedelijke publicatie opgenomen (22 november 1819). Deze publicatie was in feite het reglement dat lange tijd ging gelden. De verplichte melding van zieken gold nu ook voor de gezinshoofden. De verplichte inenting van schoolkinderen en alle stedelijke bedeeden was er ook in opgenomen. Bij het uitbreken van pokken moest op de deur van de getroffen woning een papier met het woord *kinderziekte* worden geprikt. Het verplichte waarschuwen van de burens en binnenhouden van kinderen werden afgeschaft. Het merken van het huis met voornoemd briefje moet als vervangende 'publicatie' worden gezien.⁸³ Voor wat betreft de drie laatste punten ging het stedelijke reglement verder dan het KB. In het politiereglement van 1822 werd het gemeentebeleid van de pokkenbestrijding nog eens opnieuw samengevat (artikelen 319-327). In hoofdlijnen bleven de regels gehandhaafd tot 1872. Was het stadsbestuur aanvankelijk nog traag ten opzichte van de landelijke ontwikkeling, in 1819 liep men voor op de landelijke regelgeving.

De Franse invloed was gunstig voor het ontwikkelen van het beleid van het stadsbestuur. Na het vertrek van de Fransen kenmerkte het stadsbeleid zich door, vergeleken met de landelijke normen, meer verplichtingen aan de bevolking op te leggen. In de jaren twintig werd van rijkswege een strengere aanpak gehanteerd, met name bij de vaccinatie van schoolkinderen.⁸⁴ Dit punt was, zoals

hiervoor bleek, in de stad in 1819 al bereikt. Deze mentaliteit heerste ook onder het provinciale bestuur en de geneeskundige commissie. Zij waren in 1816 al voorstanders van verplichte vaccinatie van schoolkinderen en legden het besluit van 1814 als zodanig uit.⁸⁵ De hervormde diaconie continueerde haar werkwijze in 1814 door de dan nog niet-verplichte vaccinatie van bedeeden te organiseren.⁸⁶ Volgens het door de diakenen Stratingh (medicus) en Brandts (apotheker) opgestelde rapport moesten vast bedeeden beneden de 30 jaar binnen zes maanden of voor de eerste monstering⁸⁷ zijn gevaccineerd of ze moesten een attest tonen waaruit bleek dat ze pokken hadden gehad. Tijdelijk bedeeden zouden worden aangespoord tot inenting. Op twee punten was het rapport zwak. De bedeling begon nog voor de vaccinatie was verricht en er werd geen sanctie op niet-vaccineren gesteld. Een consequente uitvoering werd dan ook bij lange na niet gehaald. Maar daarin was de hervormde diaconie geen uitzondering.

De provinciale geneeskundige commissie kreeg in 1814 de verantwoordelijkheid om koepokstof op voorraad te houden.⁸⁸ Tellegen wilde toen geen gratis entstof meer leveren.⁸⁹ Vanaf dat moment doemden problemen met de beschikbaarheid van entstof op.⁹⁰ De inspanning van de commissie was veel geringer dan die van Tellegen. In de stad werd het tekort in de jaren dertig manifest. Na de cholera-epidemie van 1833 waren de medici

*van verse stof verstoken [en] hebben zij wel getracht door middel van tusschen glazen bewaarde stof; de gestaakte inenting te hervatten, evenwel met weinig gevolg.*⁹¹

Veehouders werden opgeroepen om hun pokkenzieke runderen aan te melden. Ze kregen daarvoor een vergoeding.⁹² Kennelijk kreeg men hierdoor voldoende entstof, want tot 1841 werd er niet meer over gesproken.⁹³ In 1844 werd door bemiddeling van de minister pokstof uit Zutphen verkregen. Daarna hielden drie stedelijke medici verse stof in voorraad voor hun collegae.⁹⁴ In de tweede helft van de jaren veertig ontving men enkele keren entstof van de landmacht.⁹⁵ De stad had in dezen het Rijk verschillende keren nodig. In 1861 werd opnieuw aan vee-eigenaren een vergoeding geschonken als ze pokstof leverden.⁹⁶ De Vries Reilingh hield zelf een koe, waarmee hij op verzoek van de minister pokstof ontwikkelde.⁹⁷

Het grondplan voor de stedelijke pokkenbestrijding was in 1819 gemaakt. Soms werden tijdens het heersen van de pokken nog aanvullende maatregelen genomen. Dat gebeurde direct al in 1819. De schrik was groot omdat er dat jaar niet minder dan 164 patiënten in de stad waren, terwijl men meende de ziekte te hebben bedwongen. De eerste ziektegevallen openbaarden zich onder 'reizende werklieden' die in barakken in Finsterwolde bivakkeerden. Velen van hen waren niet ingeënt en ze besmetten elkaar in snel tempo. De provinciale geneeskundige commissie ontdekte toen dat veel inwoners in Appingedam en Groningen niet waren ingeënt.⁹⁸ De stedelijke bevolking werd gewaarschuwd om niet naar Finsterwolde te gaan.⁹⁹ In Finsterwolde kwamen isolatiebarakken en zieken – specifiek dienstboden werden genoemd – mochten niet worden vervoerd naar andere plaatsen.¹⁰⁰ Zieke dienstboden uit de provincie wilde men uit de huizen van de stedelijke elite en uit de stad te houden. De predikanten in de stad en de provincie werden ingeschakeld om de

No. 1819.

GRONINGER

Dingsdag



P U B L I C A T I E.

BURGEMEESTEREN der STAD GRONINGEN van de stedelyke commissie van Geneeskundig toezigt der stad, berigt ontvangen hebbende, dat in onderscheidene gedeelten derzelve de natuurlyke kinderziekte zich geopenbaard heeft, en, tot voorkoming van verdere besmetting aan huisgezinnen wederom voortgang derzelve, de vernochte voorzorgen willende nemen.

Hebben mitsdien goedgevonden vast te stellen, gelyk geschied by deze, de navolgende bepalingen:

Art. 1. Niemand zal by voortdaring uit eenige armenkas worden bedield, en ook zullen geene kinderen, op eene der stads- of armenplaatsen worden toegelaten, dan op vertooning van een geneeschrift, afgegeven door eenen geneesheer, houdende, dat de vertooner of zyne kinderen tegen de kinderziekte door voortgezette kinderziekte zelve of door korpokteesting beveiligd zyn.

2. De kinderziekte zich in een huis geopenbaard hebbende, zoo zullen geene kinderen uit zoodanig huis op eenige school, hoogenoemd, mogen worden gezonden of toegelaten, zoolang de besmetting duurt. Alle ouders, moeders, of andere opzigt hebbende personen, alsmede alle schoolhouders en schoolmeesters dierzelve zullen, ieder voor zoo veel hem aangaat, voor de slype uitvoering dezer bepaling zorg dragen.

3. Onder scholen worden isagelyks verstaan de spasi- en breiwickels, de speel- en kinderschooltjes, in éen woord, alle zoodanige verzamelingen van kinderen, die de opvoeding of het onderwijs ten doel hebben.

4. Ook zullen onder dit verbod mede bezrepen zyn de verspidders en andere winkels, waar eenig werk, ambacht of kunst gebedt wordt.

5. Zoodra de kinderziekte zich in eenig huis openbaart, zal het hoofd des huisgezins verplicht zyn daarvan dadelijk aan een president der stedelyke commissie van geneeskundig toezigt kennis te geven, opdat de vereischte voorzorgen kunnen genomen worden tot voorkoming van verdere verspreiding.

6. Ieder ingezetene, in wiens huis zich de kinderziekte geopenbaard heeft, zal verplicht zyn met zynne kinderen te doen waken, en zyne huisdeur te doen sluiten, het woord kinderziekte, ten zinde elk zich voor den toegang tot zoodanig huis kenne waken.

7. De geneesheeren en heelmeeesters worden van ernstigsten verzoekt, ten halve hunner galutenen, door de kinderziekte aangevat, te liden, dat dit uiterlyk teken voor de deat worde verhaast, wardenór dezelve ongenoedigd, om, by nalatigheid van dien, daarvan dadelijk aan den President-Burgemeester kennis te geven.

8. De geneesheeren en heelmeeesters zullen verplicht zyn elken Vrydag aan de stedelyke commissie van geneeskundig toezigt eene schriftelyke opgave te doen van die geneen, welke door hen in den verloopenen week aan de kinderziekte behandeld zyn.

9. Men zal de beroeking met besmetten, grwoon kerkbezout en vlietloekzout ter zuivering van de besmette lucht, in geen geval verruimen, en by onvermogenen zal zulke op stads kosten zekeldren.

10. Het lyk van eenen aan de kinderziekte gestorvenen, zal ten vroegstigen, uiterlyk binnen drie maal vier- en twintig uren, in de klederen, waarin de lyer gestorven is, ter aarde moeten worden begraaf.

11. De overredingten der voortstaande bepalingen zullen worden gestraft met een geldboete van een tot twaalf gulden, te vercooren ten voordele van de algemeene armen der stad.

En op dat deze ter kennis van een ieder come, zal dezelve in de Groninger Courant worden gepubliseert en voorts aangeplakt, waar zulke te doen gebruykelyk is.

Geaan op het Raadhuis der stad Groningen den 21 November 1819.

De Burgemeesteren voorwd.: F. L. J. CREMERS.

Ter ordonnantie van Dezelve: R. L. O. H. M. A. N. Secret.

Publicatie van het
pokkenreglement in de
Groninger Courant van
23 november 1819.

geesten nog eens ten gunste van vaccinatie te masseren. Alle stedelijke predikanten bevelen de vaccinatie vanaf de kansel aan.¹⁰¹ De berokingskosten voor het ontsmetten van woningen werden door de stad opgebracht.

In 1825 werd een andere ad hoc maatregel genomen. Moeders van pokkenzieke kinderen kregen van stadswege een vergoeding zodat ze thuis konden blijven van hun werk om op hun zieke kinderen te passen. Deze succesvolle maatregel is slechts eenmaal toegepast. De medici gingen in dezelfde periode op eigen gezag de woningen in de buurt van pokkenpatiënten inspecteren op niet-gevaccineerde kinderen.¹⁰² Achteraf valt te constateren dat van 1811-1813 en in 1819 en 1825 het meest straffe beleid werd gevoerd. De magistraat, geneeskundige commissies, predikanten en medici werkten nauw samen. Een strak beleid van isolatie en een sturend optreden om inwoners tot vaccineren te bewegen, was de kern van de aanpak.

In de provincie begonnen in de jaren twintig problemen te ontstaan met de bereidheid van de medici om te vaccineren.¹⁰³ Voor de stad was dit een ongunstige ontwikkeling vanwege de intensieve contacten tussen stad en provincie. Het feit dat in de dorpen dichtbij de stad, zoals Noorddijk en Hoogkerk, niet werd gevaccineerd was een risicofactor. Enkele decennia later kregen stedelijke medici een aanstelling als gemeentevaccinateur in deze dorpen.

Het provinciale bestuur nam in 1825 een reglement aan 'ter bevordering van de koepokinenting'.¹⁰⁴ Elke gemeente werd verplicht een vaccinateur te benoemen om armen en behoeftigen, waaronder minvermogenden werden begrepen, gratis in te enten. De vaccinateurs moesten aan ingeënte personen een inentingsbewijs afgeven. De burgemeester was verantwoordelijk voor het bekend maken van plaats en tijd van vaccineren en diende vier keer per jaar alle geboorten aan de vaccinateur door te geven. Verder wenste de provincie een algemene inspectie op niet-gevaccineerden.¹⁰⁵ De Groningse vaccinateur moest de entstof voor zijn lokale collegae in voorraad hebben.

Tellegen – hij had de benoeming ook wel verdiend – was de eerste vaccinateur in de stad. Wat hij tot dusverre particulier had gedaan, werd nu in de vorm van een stadsfunctie gegoten, waarvoor hij werd betaald. Sinds 1809 bestond in de stad al een scheiding in de inentingspraktijk. Tellegen entte de minvermogenden en de armendokters de bedeedden. De scheiding werd door de aanstelling van een vaccinateur geformaliseerd. Voor alle armen en minvermogenden werd er een gelegenheid geschapen voor een gratis inenting. In een stadspublicatie (9-1-1826) werd de benoeming van de vaccinateur aan de bevolking bekend gemaakt. Na zijn overlijden volgde Huber Tellegen op (1830). Huber vaccineerde eenmaal per week in het 'burgerziekenhuis'.¹⁰⁶

Aan de wijkmeesters werd de 'generale inspectie' opgedragen. Op twee afzonderlijke lijsten – bedeedden en behoeftigen gescheiden – werden de namen van niet-gevaccineerde kinderen genoteerd. De gemeentesecretarie zond ze vervolgens door naar de vaccinateur en de armenzorg.¹⁰⁷ De inspectie op ongevaccineerde kinderen die de medici in 1825 spontaan hadden gedaan, werd vanaf 1826 aan de wijkmeesters opgedragen. Tot het midden van de eeuw kregen de wijkmeesters elke keer als zieken werden gemeld, de opdracht om een 'generale inspectie' uit te voeren. Van 1827 tot en met 1847 is dat zeven keer voorgekomen.¹⁰⁸ In augustus 1827 werd ook een dergelijke

‘generale inspectie’ gehouden.¹⁰⁹ Mochten Renske Wolf en haar kinderen nog niet zijn gevaccineerd, dan zijn ze bij deze inspectie opgespoord. Bij de eerste ziekmelding begon men schielijk met de (her)vaccinaties. In 1844 vaccineerde Huber dagelijks van 12 tot 13 uur bij hem thuis. De wijkmeesters maakten dit huis aan huis bekend.¹¹⁰ Net als na een epidemie, steeg na een ‘generale inspectie’ het aantal vaccinaties altijd.

Vanaf 1826 waren wijkmeesters, diakenen en schoolmeesters, vanuit medisch perspectief allen leken, de figuren die een taak hadden in de bevordering van de vaccinatie. Ze waren de ‘bemiddelaars’ naar de toegang tot de pokkenpreventie. De medici hadden geen formele taak in de opsporing van zieken en ongevaccineerden, wel in de melding van ziektegevallen. De vaccinateur en de armendokters van de hervormde diaconie deden de meeste vaccinaties. Het streven naar isolatie van arme pokkenzieken in het ziekenhuis kwam in het vorige hoofdstuk al aan de orde.

Het stadsbestuur had voorkeur voor het bevorderen van de vaccinatie en de isolatie van zieken boven het nemen van hygiënemaatregelen. Er bleef een zwaar accent liggen op isolatie. De import van pokken kon meestal aan migrerende arbeiders, militairen, schippers en kooplui worden gekoppeld. In 1830 en 1839, annex met de perikelen in de zuidelijke Nederlanden, brachten militairen de ziekte in de stad. Vanaf 1840 werden schippersgezinnen veel genoemd. Onder hen werden rond het midden van de eeuw veel gewetensbezwaren gesignaleerd en dat maakte hen tot een kwetsbare groep. Als potentiële infectiebron vormden ze een voortdurend gevaar.

De beroking werd in 1819 nog toegepast en daarna tot eind jaren zestig niet meer. Over de toepassing van de begrafenisvoorschriften is in de bronnen niets gevonden.¹¹¹ In 1828 weigerde een moeder haar kind op te laten nemen in het ziekenhuis, waarop een nogal krasse maatregel werd genomen. Een politiemann werd voor de deur geposteerd om andere mensen de toegang tot de woning te ontzeggen.¹¹² De tijdelijke schooluitsluiting van kinderen uit gezinnen waar de ziekte heerste, kwam niet aan de orde. In 1839 gebeurde dit opnieuw niet.¹¹³ Tijdens de omvangrijke epidemie van 1840 signaleerde de geneeskundige commissie dat veel schoolgaande kinderen niet ingeënt waren.¹¹⁴ Met de controle bij de schooltoelating en de tijdelijke schooluitsluiting werd slordig omgesprongen. Het bevorderen van de vaccinatie werd door de stad in de praktijk op twee manieren vormgegeven: door de aanstelling van een vaccinateur en door de inspecties op het moment dat de ziekte zich openbaarde. Hoe is dit specifieke beleid, met een zwaar accent op de inspecties, te verklaren? Het was kennelijk van belang dat kinderen naar school bleven gaan en zieke kinderen naar het ziekenhuis werden gebracht. Op die wijze konden moeders hun eventuele werkzaamheden buitenshuis blijven uitvoeren. Een arm gezin met zieke kinderen en een niet-werkende moeder werd al gauw ‘behoefstig’ en afhankelijk van bedeling. In 1825 was aan moeders nog een vergoeding aangeboden, maar dat gebeurde later niet meer. In 1825 bleek tevens dat een snelle reactie gericht op het (her)vaccineren van niet-ingeënte kinderen – de inspectie was dan een goed middel – het risico op ziek worden aanmerkelijk kleiner maakte en een epidemie gekeerd kon worden.¹¹⁵

Vlak nadat het stelsel waarmee pokken werd bestreden vorm had gekregen, werd de aandacht opgeëist door de epidemie van 1826-1827 en de cholera. In de jaren dertig was de pokkenepidemie van 1800-1801 vergeten en de schrik van 1819 over. De herinneringen aan 1826 en de cholera zaten veel meer in het geheugen. Door de inenting werden de pokken minder ernstig, waardoor de angst ervoor verminderde. De ziekte kwam meestal alleen nog in een mildere, niet-dodelijke vorm voor en tastte in hoofdzaak grotere kinderen, adolescenten en jongvolwassenen aan, die de hervaccinatie hadden verzuimd. De weerbaarheid van deze leeftijdsgroepen was groter dan die van kleine kinderen die voor de introductie van de vaccinatie vaak het slachtoffer waren. In de praktijk bleek dat overdracht van de ziekte binnen het gezin beperkt bleef als men direct overging tot het inenten van de niet-gevaccineerde huisgenoten. Zo ontstond een strategie die meestal effectief was en waar de 'generale inspectie' door de wijkmeesters een belangrijk onderdeel van uitmaakte. Een voorwaarde voor een redelijke goede afloop was dat nieuwe ziektegevallen direct werden gemeld en behandeld. Daar schortte het niet aan. De medici waren alert. Bij een gerucht of vermoeden gingen ze er op af en een nieuw geval werd direct bij de geneeskundige commissie gemeld. Als het fout ging, kwam dat doordat zieken werden verstopt of zich niet meldden.

De accuraatheid bij de opsporing en behandeling van zieken was er niet in de inentingspraktijk. Het aantal inentingën liep terug. Er was een trendbreuk in het midden van de jaren dertig.

Tabel 7.1 Aantal geboorten en vaccinaties, 1827-1856

periode	A	B	C
1827-1836	9951	8256	82,9
1837-1846	10944	7925	72,4
1847-1856	10909	7674	70,3

Bronnen: jaarverslagen plaatselijke geneeskundige commissie; Houwers, 'Demografische ontwikkelingen'

Toelichting:

A = aantal geboorten

B = totaal aantal vaccinaties

C = percentage gevaccineerden van geboorten, berekend

Het afnemen van het aantal vaccinaties had verschillende oorzaken. De 'steeds verflauwender ijver' onder medici¹¹⁶ kwam onder meer doordat het Rijk het uitloven van gouden medailles bij een minimaal aantal inentingën afschafte (1843). De medailles werden als loon voor de gratis inentingën gezien. Stedelijke medici weigerden daarop de vaccinatietabellen op te zenden.¹¹⁷ 'Gebrek aan aanmoediging van regeringswege' was de klacht van de geneeskundige commissie, wat zoveel betekende als niet voldoende gehonoreerd worden voor het werk.¹¹⁸ Ook de schoolmeesters verzaakten, zoals we al zagen. Halverwege de jaren veertig werd de controle op het pokkenbewijs bij

de schooltoelating alleen nog op bewaarscholen uitgevoerd.¹¹⁹ Inwoners zagen vanwege het afnemende gevaar het nut van vaccineren steeds minder in. In de jaren veertig was 'veel lauwheid, ja zelfs onwil' te bespeuren.¹²⁰ De gewetensbezwaren namen na de Afscheiding toe (1834). De geneeskundige commissie repte in 1848 voor het eerst in haar verslagen over de bezwaren. Gezien de hiervoor gepresenteerde cijfers is het mogelijk dat deze er al op een eerder moment waren. Onder de principiële weigeraars waren ook onderwijzers.¹²¹ Thorbecke gaf afgescheiden gereformeerden geen vrijstelling van inenting op openbare scholen.¹²² De verplichting werd vervolgens omzeild door kinderen naar bijzondere scholen die de vaccinatie niet eisten, te sturen.¹²³ In 1864 weigerde een 'menigte' mensen om 'gemoedsbezwaren'. Vergeleken met het begin van de negentiende eeuw was op dit vlak onder de bevolking heel wat veranderd. Nadat in 1864 een bekend persoon pokken kreeg, steeg het aantal inentingën weer enorm.¹²⁴ Helaas is niet bekend wie dit betrof. Van dit ziektegeval ging in ieder geval een voorbeeldwerking uit.

In de jaren vijftig veranderde het politieke klimaat en het standpunt van de stad over de pokkenpreventie. De laatste ordonnantie over pokken stamt uit 1851. Het is een 'overgangsordonnantie'. Medici werden opgeroepen om gevaccineerden te registreren, maar met de 'generale inspectie' op ongevaccineerden was het gedaan. In het toen heersende liberale klimaat pasten de inspecties niet. De geneeskundige commissie nam een ander standpunt in. Zij was juist voorstander van een wettelijke inentingsplicht.¹²⁵ Het vigerende 'schone denkbeeld van de vrijheid' was volgens haar niet zinvol.¹²⁶ Het visieverschil tussen medische stand en lokale overheid was tot 1859 onoverbrugbaar. Het ging niet om een principieel meningsverschil omtrent het vaccineren zelf, maar om de rol van de overheid hierin. Eind jaren vijftig kwam de Groningse afdeling van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst met een constructief voorstel waardoor de kloof overbrugd kon worden. Twee pokkenepidemieën (1857, 1858) waren de katalyserende factor.¹²⁷ Er werd een Vereeniging ter Bevordering der Koepokinenting opgericht die een vaccinatiebureau exploiteerde. Daar werd tweemaal per week gratis gevaccineerd. Het stadsbestuur stelde een kamer in het stadhuis ter beschikking en f 150,- subsidie per jaar om de onkosten van de entstof en het honorarium te dekken. De medici die het bureauwerk deden, kregen daarvoor een vergoeding. Aan de grief van de medische stand over de honorering werd tegemoet gekomen. Het stadsbestuur, de geneeskundige commissies en de afdeling van de Maatschappij waren content met deze instelling, die vanaf 1860 operationeel was.¹²⁸

Wat was het stadsbelang van deze investering? Mijns inziens was die tweërlei. Vanaf 1859 konden door de veranderingen in de armenzorg veel minder mensen voor de pokkenprik bij de armendokter terecht (zie hoofdstuk 8). Het vaccinatiebureau was een vervangende mogelijkheid. Het belang van het bureau lag ook in het feit dat door de toenemende bevolkingsgroei en immigratie steeds meer mensen in de stad misschien niet zo snel de weg wisten te vinden naar de vaccineur. Het stadhuis was een voor iedere nieuwe inwoner bekende plaats. Een strategisch plek, want ook besmettelijke ziekten moesten daar worden gemeld.

Het bureau heeft alle problemen van de beschikbaarheid van entstof en de acceptatie en toepassing van de behandeling niet opgelost. De beschikbaarheid van entstof liep in 1864 opnieuw vast.¹²⁹ De stof werd daarop uit Brussel betrokken. De weerstand onder de bevolking bleek uit het verstoppen van zieke kinderen. Na 1865 werd de schooltoelating van kinderen uit gezinnen waar een zieke was, grondig aangepakt door inspecteur Ali Cohen. De school op de Ossemarkt werd een keer door hem gesloten.¹³⁰ In 1870 bezocht hij, na het melden van de eerste zieke, direct twee scholen. Het ontbreken van entstof op het cruciale moment, aan het begin van de epidemie, was nog steeds aan de orde. Ali Cohen liet in 1870 stof uit Amsterdam en Rotterdam komen.¹³¹ Tijdens de epidemie in 1870-1871 werden de woningen van onvermogenden op kosten van de gemeente en op gezag van de inspecteur gedesinfecteerd.¹³² Hij schonk weer aandacht aan de hygiëne nadat dit jarenlang niet was gebeurd. Ali Cohen bemoeide zich intensief met deze epidemie. Hij gaf het stadsbestuur in overweging om een pokkencommissie in te stellen, naar analogie van de Cholera- en Tyfuscommissie. B en W wilden een dergelijke commissie wel subsidiëren maar de opzet en uitvoering bij de armenzorg laten, omdat het geen zaak van medische politie was. Het is er niet van gekomen.

Eén aspect werd door Ali Cohen voortdurend aan de orde gesteld tijdens deze epidemie, het vervoer van zieken. Veel zieken uit de provincie werden naar het ziekenhuis in de stad gebracht. Dit werkte ziekteverspreiding in de hand en 'dient in genen dele de gezondheidsbelangen van de gemeente Groningen'.¹³³ Hij verdedigde de belangen van de stad tegenover die van de provinciale bevolking. Op vervoersgebied waren nieuwe tijden aangebroken en dat schiep extra problemen. Op 9 februari 1871 kwam een pokkenpatiënt met de trein in de stad aan en trok met een vigilante de stad in. Met dit gegeven werkte Ali Cohen naar twee kanten. Hij benaderde de minister om het vervoer van pokkenpatiënten per spoor te verhinderen. Het stadsbestuur werd gewezen op de noodzaak van het desinfecteren en beperken van het gebruik van vigilantes. Dit werd gehonoreerd. Dit was een, vergeleken met het beleid in de twee decennia daarvoor, alerte reactie van de stad. Nu werd de vigilante bij uitstek als vervoermiddel gebruikt door de bovenlagen en de handhaving van de hygiëne in deze wagens kan als een bescherming van deze groep inwoners worden geïnterpreteerd. De komst van de patiënten uit de provincie naar de stad trachtte de inspecteur op te lossen via de provincie, maar hij moest concluderen dat 'het door mij gevreesde vervoeren van pokkenlijders ... niet geheel [is] opgehouden'.¹³⁴ Ali Cohen was een vurig voorstander van een vervoersverbod van pokkenlijders. Hij dacht grootschaliger dan de plaatselijke geneeskundige commissie en de afdeling van de Maatschappij die zich beperkten tot de lokale zaken. Ali Cohen had in de pokkenbestrijding de nationale context op het oog.

De bestrijding van de epidemie in 1870-1871 gebeurde grotendeels nog op de bekende manier. Het stadsbestuur had nog steeds voorkeur voor het stimuleren van de vaccinatie en het isoleren van zieken, net als voor 1850. Hygiënemaatregelen wogen minder zwaar, zij het dat enkele hygiënische aspecten werden geactualiseerd en de activiteiten van de inspectie voortvarender en ingrijpender waren dan die van de geneeskundige commissie. In de bestrijding van de ziekte als die er eenmaal

was, was veel continuïteit. Bij de preventie ging het anders. Nog voor de totstandkoming van de Besmettelijke Ziektenwet (1872), die de verplichting tot inenting van alle schoolkinderen (en dus niet uitsluitend die van de armen- of stadsscholen) vastlegde, had de stad daar aan het begin van het jaar al toe besloten.¹³⁵ Hierin was de stad voorlijk, zoals ze dat in 1819 ook was.

Preventie door vaccinatie was bij andere besmettelijke ziekten niet mogelijk. Bij hondsdolheid en syfilis moesten andere bestrijdingsmethoden worden aangewend.

De bestrijding van hondsdolheid

Hondsdolheid was een hardnekkig probleem in de negentiende-eeuwse Groningse samenleving. Het was geen nieuw probleem, ook voor 1800 en elders kwam de ziekte voor.¹³⁶ Regelmatig werden een of enkele dolle honden gesignaleerd. In de verslagen van de geneeskundige commissies en de preambules van publicaties vinden we verschillende vermeldingen van sterfgevallen als gevolg van een beet van een dolle hond.¹³⁷ Het aantal slachtoffers was nooit groot, maar alertheid was geboden. De ziekte kon zich zo maar in de stad openbaren en het risico van een snelle verspreiding vanwege een grote, deels rondzwervende, hondenpopulatie was fors.¹³⁸ Omdat het isoleren van hondsdolheid nauwelijks mogelijk was, was het voorkomen 'van groot belang'.¹³⁹ Honden werden gehouden als huisdier, jachthond of trekdier. Ze scharrelden op erven en kinderen speelden ermee. Er waren meer dan voldoende redenen om er, ondanks de relatief geringe prevalentie, betrekkelijk veel aandacht aan te besteden.

De oorzaak van de ziekte was niet bekend. Men wist uit ondervinding dat mensen en dieren besmet konden worden door een beet van een dolle hond. Er werd ook verondersteld dat 'spontane dolheid' bij honden mogelijk was. De oorzaak hiervan werd in dezelfde richting gezocht als bij humane ziekten. De nadruk lag op klimatologische omstandigheden, leefwijze en voeding.¹⁴⁰ Maar ook 'de onbevredigde geslachtsdrift en de vals gerichte liefde-woede der honden' ontstaan door gebrek aan vrijheid, kon een oorzaak zijn. De Engelse gewoonte om hieraan tegemoet te komen ging de Groningse raad te ver.¹⁴¹ In Beieren werden alle honden eenmaal per drie maanden preventief onderzocht.¹⁴² De kern van de Groningse bestrijding lag in verboden op loslopende honden, aangevuld met ad hoc maatregelen als dolheid werd gesignaleerd.

In de zeventiende eeuw werden tijdens pestepidemieën verboden op het loslopen van honden afgekondigd, omdat men vermoedde dat honden pest overbrachten.¹⁴³ In de achttiende eeuw verschoof de aandacht naar rabiës.¹⁴⁴ Dit had tot gevolg dat de voorschriften op het loslopen niet meer van tijdelijke aard waren, maar een permanente status kregen. In 1705 werd een verbod op het loslopen van doggen en bloedhonden afgekondigd.¹⁴⁵ Vanaf 1782 werd het dragen van muilbanden verplicht.¹⁴⁶ Deze regels werden in 1822 in het politiereglement opgenomen. Artikel 153 luidde:

Niemand in deze Gemeente zal doggen of andere groote honden, (jagthonden uitgezonderd) mogen laten losloopen, ten zij zoodanig gemuilband, dat dezelve geen kwaad kunnen doen.

Het verbod diende zowel de openbare orde, het beperken van overlast door hondengevechten, als het bestrijden van rabiës. Met de naleving van de regels wilde het echter niet lukken, waardoor aanvullende ad hoc verordeningen werden gemaakt als dat nodig was.

In de jaren tachtig van de achttiende eeuw was het beleid van de rabiësbestrijding krachtiger.¹⁴⁷ Tussen 1781 en 1794 zagen vijf plakkatens tegen hondsdolheid het licht.¹⁴⁸ Tussen 1794 en 1806 gebeurde er niets op dit vlak. Vanaf 1806 werd bij het eerste signaal van een (vermoede) dolle hond direct een ordonnantie op het vastleggen van honden gepubliceerd.¹⁴⁹ Daarin werd verder bepaald dat het vastbinden aan de publieke weg verboden was en dat loslopende honden konden worden opgepakt door de politie of burgers. Burgers mochten de hond doodslaan of naar het politiebureau brengen. De eigenaar kon een niet-dolle hond tegen betaling terugkrijgen. Het bedrag kwam aan de bringer toe. Als de hond niet werd afgehaald, werd hij gedood. Een dolle hond doodde men direct. Het verplicht vastleggen van honden gold in de regel voor een periode van drie tot zes weken en dat werd indien nodig verlengd. Tussen 1806 en 1840 werden niet minder dan 27 ordonnanties afgekondigd.¹⁵⁰ Er waren pieken in 1806, 1814-1815 en van 1838 tot en met 1840.¹⁵¹ Het begin van dit beleid (1806) viel samen met het moment waarop de Franse invloed definitief doordrong. Hieruit werd – met een blik op de Code Pénal – inspiratie geput. De in 1806 ingevoerde hondenbelasting werd na de inlijving weer afgeschaft.¹⁵²

Eind jaren dertig nam de hondsdolheid in de stad en in de provincie toe. De plaatselijke geneeskundige commissie en Gedeputeerde Staten probeerden het stadsbestuur van 1838 tot en met 1841 verschillende keren te bewegen tot ingrijpendere regelgeving en een strakkere handhaving van de verordeningen. Een commissie van enkele raadsleden en twee medici uit de geneeskundige commissie, De Vries Reilingh en Wolthers, zouden zich over de kwestie buigen. Maar uit deze commissie is niets voortgekomen. Integendeel, na 1840 werden geen ordonnanties meer uitgevaardigd en kwam een eind aan de praktijk van het gedwongen vastleggen van honden bij geconstateerde dolheid. Nog steeds liepen veel honden los en tot ergernis van de inwoners controleerde de politie slecht.¹⁵³ De handhaving verslaptte vanaf de jaren dertig. De overeenkomst met de pokkenbestrijding maakt duidelijk dat de stad in de jaren dertig en veertig bij de preventie van besmettelijke ziekten een andere koers volgde.

Het referentiekader veranderde begin jaren vijftig opnieuw. In januari 1853 spoorde de nationale overheid aan tot het nemen van doeltreffende maatregelen omdat de ziekte in het hele land toenam. De minister liet het initiatief bij de gemeenten. Dat was in overeenstemming met de nieuwe gemeentewet (1852), waarin was vastgelegd dat de openbare gezondheidszorg een taak van de gemeente was. De minister verzocht de gemeenten wel om het publiek voor te lichten over de ineffectiviteit van de veelgebruikte ‘Bildtse drank’ en te wijzen op de noodzaak om na een beet direct deskundige hulp in te roepen. Medicus en raadslid Baart de la Faille kon zich vinden in deze aanwijzingen. In de behandeling van hondsdolheid, zo betoogde hij, was veel ‘dwaling en bedrog’. Er waren talloze middelen in omloop, die men op eigen gezag toepaste of die door medici werden voorgeschreven. Veel middelen waren zinloos. Als voorbeelden noemde

hij het gebruik van slangengif, het inwrijven van de wond met aarde, zand, drek, steenmotten en madelieven en de al genoemde 'Bildtse drank'. Kielhalen en onderdompeling om de waterrees (een symptoom van hondsdolheid) te overwinnen, vond hij te ruw. Het uitbranden van de wonden kon zijn goedkeuring ook niet wegdragen. Patiënten deden dit zelf, maar onder oudere medici die 'het mes en het brandijzer onverschrokken' gebruikten, was het ook populair.¹⁵⁴ Bij de behandeling van de hondsdolheid bleef de grens tussen populaire en reguliere geneeskunde heel lang vaag.¹⁵⁵

De raadscommissie die zich in 1853 over de problematiek boog, pleitte in de persoon van rapporteur Baart de la Faille voor het zo snel mogelijk invoeren van een bevoegde geneeskundige. Die kon op basis van 'wetenschappelijke beginsels' een behandeling starten. Volgens Baart de la Faille stond vast dat 'geen middel de echte is, genezend noch preventief'. Hij kende de juiste behandeling ook niet, maar gebruikte de kwestie en het ministeriële schrijven om de reguliere geneeskunde te promoten, de oudere medici wegens hun 'empiristische middelen' te diskwalificeren en de kwakzalverij te bestrijden.¹⁵⁶

De commissie stelde voor om hondenbelasting in te voeren om het aantal honden in de stad te doen reduceren. Honden zouden ook een halsband moeten dragen waarin de naam van de eigenaar stond. De discussie over dit deel van het voorstel liep uit op het moeilijk te maken onderscheid tussen 'honden tot nut' en 'honden tot weelde'. Standsverschillen speelden hier een rol in.¹⁵⁷ Verder dacht men aan het verplicht(!) invoeren van medische hulp na een beet – hier was de stem van Baart de la Faille te horen –, een verplichte melding bij de geneeskundige commissie, strengere voorschriften voor het muilkorven, vastleggen, voeden en doden van (vermoede) dolle honden, het begraven van honden en het verbranden van goederen van besmette personen. De voorstellen gingen verder dan ooit. In geografisch opzicht dacht men ook de grenzen te kunnen verleggen: als in de omgeving van de stad dolle honden werden gesignaleerd, moesten deze regels ook gelden. Tot slot moest streng worden verboden om

*honden op de straat te tergen te plagen (door het aan den staart vastbinden van geraasmakende voorwerpen enz) of te verstoren, vooral bij den coitus.*¹⁵⁸

Er zou sprake zijn geweest van een geweldige mentaliteitsverandering als zo snel na het afschaffen van de vorige bepalingen al een dergelijk veel ingrijpender reglement aangenomen zou worden. Het paste ook niet in het liberale tijdperk. B en W wezen het af vanwege de onuitvoerbaarheid van de belastingheffing, het moeilijk kunnen constateren van een vermoeden van dolheid en de vrijheid van de inwoners om medische hulp in te roepen. Baart de la Faille hoorde bij de minderheid die vóór het reglement stemde. Zijn bestuurlijke en medische argumenten bracht hij in een afzonderlijk schrijven nog eens onder de aandacht van de raad. De verantwoordelijkheid van de raad voor de volksgezondheid, het grote gevaar van hondsdolheid en de angst onder de bevolking voor een 'ijschenlijken dood' wogen voor hem zwaarder dan uitvoeringsproblemen. Het innen van de belasting was geen groot probleem meende hij, want honden konden even goed opgespoord worden als

schoolgaande kinderen. Bovendien was de heffing in steden die groter waren dan Groningen, zoals Berlijn, Dresden, Utrecht en Parijs, ook gelukt. Zijn oproep om niet

doof [te] blijven bij de luide roepstem der menschheid, – de van honderden plaatsen ook van hooger hand ... toegekome waarschuwingen miskennen, en den weg blijven betreden en den ouden slenter volgen, dat men, niet altijd zonder reden, meermalen van Groningen heeft te last gelegd,

was misschien een dramatische poging om raadsleden tot een andere beslissing te bewegen, maar niet geheel buiten de realiteit. Omringende kleinere plaatsen als Assen (1852) en Meppel (1848) hadden al reglementen opgesteld, die doeltreffend bleken te zijn. Inmiddels keken stad en medische stand verschillend tegen de rol van de overheid in de openbare gezondheidszorg aan. Het lukte Baart de la Faille niet om zijn medebestuurders van mening te doen veranderen. De raad vond wel dat in deze zaak het particuliere belang opgeofferd moest worden aan het algemene belang, wat inhield dat regelgeving nodig was. Deze kadering van de problematiek was typerend voor de jaren vijftig en zestig.

In mei 1854 werd een gewijzigd voorstel aangenomen.¹⁵⁹ Vergeleken met het voorstel van april 1853 had het een veel beperktere reikwijdte, in vergelijking met de praktijk van voor 1840 was het een stap vooruit. Het opgeofferde particuliere belang betrof het bekende verplichte binnen of op het erf houden van honden. Een nieuw voorschrift was het verbod op het toelaten van vreemde honden op erven en in huizen. Het weren van contact tussen dieren werd stringenter. Een ander nieuw punt was van medisch-hygiënische aard: de verplichting om gedode, besmette honden diep te begraven. Het afmaken van alle loslopende en dolle honden werd weer in het reglement opgenomen. De vinder was uit de regelgeving verdwenen, evenals de mogelijkheid om het dier terug te kopen. De stedelijke overheid diende ziektegevallen te publiceren. Het streven om het aantal honden te verminderen, was vervallen.

Ruim tien jaar later werden de voorschriften enigszins versoepeld. B en W konden beslissen dat tijdens het heersen van de ziekte honden met een ijzeren muilkorf in de stad mochten komen. Dit werd beargumenteerd met ‘de vrijheid van hondenbezitters als de omstandigheden dit toelaten’.¹⁶⁰ Mogelijk had dit te maken met het toenemende gebruik van honden als trekdier.¹⁶¹ Er was een economische belang mee gemoeid: het niet hinderen van handel en bedrijvigheid.

In 1869 probeerden inspecteur Ali Cohen en de geneeskundige raad Gedeputeerde Staten te motiveren tot het maken van een provinciaal reglement, omdat een plaatselijk reglement niet effectief was vanwege de ‘eigenaardige verbreiding van de ziekte’. Een ander argument was dat de bestrijding in Drenthe al met succes provinciaal werd aangepakt. Nog liever, lieten ze de minister weten, zagen ze nationale of zelfs internationale regelgeving. Gedeputeerde Staten voelden echter niets voor een provinciaal reglement. Het was volgens hen niet werkbaar – ‘men weet niet waar te moeten beginnen’ – en ze vreesden dat de gemeenten dan niets meer aan de bestrijding zouden doen.¹⁶² De Staten waren beducht op *free-riders*. De Vereniging ter Bevordering van de Volksgezondheid adviseerde daarop het bestaande stedelijke reglement uit te breiden. Dat gebeurde: gemuilkorfde

honden moesten ook aangeliind worden, geleid worden door een vertrouwd persoon en voorzien zijn van de naam van de eigenaar.¹⁶³ Tegenover de grotere vrijheid die in 1865 was toegestaan, stonden vanaf 1869 strengere gedragsvoorschriften voor de eigenaar.

Kort na de hier behandelde periode werd een stedelijke hondenbelasting ingevoerd (1872).¹⁶⁴ De Veewet van 1870 bepaalde dat de burgemeester een bevel tot het vasthouden van honden kon uitvaardigen. Dat was in Groningen al geregeld. Het wetsartikel was een voorafschaduwning van de Wet op het voorkomen van hondsolheid (1875), die een uniforme handelwijze voor het hele land vastlegde, want 'een dolle hond stoort zich niet aan de grenzen van gemeente of provincie'.¹⁶⁵ De burgemeester werd verplicht naburige gemeenten, ook buitenlandse, in te lichten over gevallen van hondsolheid in zijn gemeente. In de jaren tachtig en negentig werden nog enkele keren stedelijke ordonnanties uitgevaardigd. Het hanteren van de gemeentegrenzen als handelingskader was echter voorgoed voorbij. De inspecteur kon wat dat betreft tevreden zijn.

Syfilisbestrijding

De idee dat syfilis de kop kon worden ingedrukt door het bestrijden van de prostitutie was al van oudere datum. Vóór 1800 had het stadsbestuur verschillende verordeningen aangenomen om de prostitutie uit te bannen of te verminderen. Maar bordeelverboden noch gedogen met beperkingen hadden een oplossing gebracht. Naast het sanitaire motief speelden morele motieven en ordehandhaving een rol.¹⁶⁶

In de negentiende eeuw zag men prostitutie nog steeds als dé besmettingsbron.¹⁶⁷ Overheden en medici richtten zich op prostituees en bordeelhouders, niet op de bezoeker. Het streven was om de omvang van de prostitutie tot een aanvaardbaar peil terug te brengen en de 'geheime' prostitutie zo veel mogelijk uit te bannen.¹⁶⁸ De reglementering had een lokaal bereik, maar lang niet alle gemeenten deden iets aan de bestrijding. Nationale aansporingen hadden soms wel invloed. Het belang van het Rijk was om de ziekte onder militairen zoveel mogelijk in te dammen. Officieren van gezondheid in garnizoensplaatsen en lokale bestuurders en hygiënisten waren volgens Stemvers de belangrijkste actoren in de syfilisbestrijding in de negentiende eeuw.¹⁶⁹

In de vroegmoderne tijd lieten Groningse syfilispatiënten zich behandelen door pokmeesters die vaak hun eigen geheime middel hadden.¹⁷⁰ In de negentiende eeuw riepen besmette personen de hulp van kwakzalvers, barbiers en chirurgijnsleerlingen in of ze gebruikten geheimmiddelen. Schaamte en behoefte aan 'geheimhouding' dreef hen hiertoe.¹⁷¹ Maar er werd ook reguliere hulp gezocht: vrouwen verbleven op vrijwillige basis in het Nosocomium¹⁷² en het stadsziekenhuis. Dit was een uitbreiding van het oude arsenaal aan mogelijke behandelingen. Het zelf zoeken van genezing en 'spontane' isolatie van prostituees worden nogal eens onderbelicht. In de literatuur over syfilisbestrijding ligt veel accent op de reglementering,¹⁷³ maar vrouwen zochten ook genezing zonder overheidsdwang.

De periodes van actieve syfilisbestrijding door de lokale overheid liepen van 1813 tot en met 1822 en van 1861 tot en met 1889. Het belangrijkste instrument was een verplicht, wekelijks

medisch onderzoek van prostituees en gedwongen opname van besmette vrouwen. Om dit mogelijk te maken moesten prostituees en bordelen worden geregistreerd. De registratie moest ook een eind maken aan de geheime, niet-toegestane prostitutie. De negentiende-eeuwse reglementering verschilde wezenlijk van die van voor 1800.¹⁷⁴ Het gedwongen karakter van de inschrijving, controle, behandeling en opname was nieuw.

Het reglement van 1813 haakte aan bij de Franse wetgeving.¹⁷⁵ Groningen was een garnizoensstad en de stedelijke en nationale overheid waren beide gespist op het uitbannen van de ziekte. Professor Bakker was een belangrijke instigator van dit reglement.¹⁷⁶ Mogelijk wilde hij, om het imago van het ziekenhuis niet te schaden, de vrouwen liever niet (meer) in het Nosocomium hebben. Als opnamelocatie koos men in 1813 namelijk voor het militaire ziekenhuis (!). In het reglement werden nog een paar belangwekkende zaken opgenomen. De contributie van de bordeelhouders bedroeg tussen de f 12,- en f 48,- per jaar. De vrouwen moesten de inschrijving en visitatie zelf bekostigen, wat kon oplopen tot f 22,30.¹⁷⁷ De opname en behandeling van de ziekte waren gratis. Zowel de bordeelhouders als de prostituees moesten financieel behoorlijk investeren. De vrouwen werden in het ziekenhuis aan het breien, naaien of spinnen gezet. De helft van de opbrengsten van het werk werd bij ontslag uitgekeerd. Hierachter moet een opvoedkundig doel hebben gestoken. Verder werd bepaald dat het bordeel een uithangbord moest hebben en dat er geen andere activiteiten zoals danspartijen of het bieden van logies mochten plaatsvinden. Openbaarheid en herkenbaarheid waren kennelijk van belang. Twee artikelen hadden betrekking op handhaving van de openbare orde. Vrouwen mochten alleen verhuizen naar een ander adres (lees: bordeel) als ze geen schulden op het oude adres achterlieten. Het tweede artikel hield in dat het huis werd gesloten na constatering van diefstal.

Van november 1813 tot en met maart 1814 werden de vrouwen wekelijks in het ziekenhuis gevisiteerd. Als ze niet vrijwillig kwamen, werden ze door de politie gehaald. Chirurgijn Hendriksz was visitateur. Het reglement werd streng gehandhaafd, wat effectief bleek want de syfilis nam snel af. De autoriteiten waren tevreden over het resultaat.¹⁷⁸ Hoe het met de medewerking van de vrouwen zat, is niet bekend.

Wat in en vlak na 1814 precies is gebeurd, is onduidelijk. Het reglement van 1813 werd afgeschaft en de visitatie verviel daarmee formeel. Korte tijd later is een nieuw conceptreglement opgesteld, waarschijnlijk in 1815-1816, maar het is onduidelijk of dat is aangenomen.¹⁷⁹ Mogelijk drong koning Willem I aan op reglementering of wilde men de bereikte resultaten niet verloren laten gaan. Zo ging het bij de bestrijding van rabiës ook. De geneeskundige commissie zag nog een andere noodzaak. Haar viel het op dat 'in onderscheidene standen', dus dwars door alle sociale lagen heen, syfilis voorkwam.¹⁸⁰ Het conceptreglement van 1815-1816 was beknopter dan dat van 1813, maar de inhoud was nagenoeg hetzelfde. De praktijk van het visiteren ging op dezelfde voet door, alleen werden de vrouwen nu in de bordelen gekeurd.¹⁸¹ Hendriksz bleef het werk tot 1822 doen, waarbij hij zich liet begeleiden door de politie.¹⁸² Gratis visitatie bij armoede was niet meer mogelijk. De opnamelocatie bleef dezelfde. Kennelijk werd die door betrokkenen geaccepteerd.

Over dit reglement zou Hendriksz hebben verkondigd: ‘Het reglement ben ik!’.¹⁸³ Hij had in dit werk kennelijk gezag opgebouwd. Het informele karakter bleek een zwakte te zijn toen nieuwe personen op het toneel verschenen. De nieuwe commissaris van politie voelde zich niet verplicht om Hendriksz te begeleiden (1822). Hendriksz, die kennelijk niet alleen op pad wilde, stopte toen met de visitatie. Het stadsbestuur zag geen noodzaak om de bestaande werkwijze te ondersteunen of te formaliseren. Zij hechtte geen waarde meer aan de bestrijding.¹⁸⁴ Mogelijk speelde mee dat lijders aan venerische ziekten inmiddels in het stadsziekenhuis terecht konden. Na 1822 is een nieuw informeel patroon ontstaan.

In de tweede helft van de jaren twintig resulteerden aansporingen van het Rijk in verschillende steden tot prostitutieverordeningen.¹⁸⁵ Bij het Groningse stadsbestuur was de motivatie gering, maar zij consulteerde de geneeskundige commissie in 1828 wel over de zaak. Die enquêteerde de lokale medici over het voorkomen van syfilis sinds 1822. De conclusie van de medische stand was dat de ziekte niet was toegenomen, maar dat wel iets aan de behandelingen door onbevoegden moest worden gedaan. De stand maakte zich niet druk over het publiek-hygiënische aspect.¹⁸⁶ Ze grepen de enquête aan om standsbelangen onder de aandacht van het stadsbestuur te brengen. Ze zetten de onbevoegden in een kwaad daglicht, maar vonden het niet nodig dat de functie van visiteur weer werd ingesteld. De Vries Reilingh veronderstelde dat onder zijn collega's weezin tegen dit werk bestond.¹⁸⁷ Voor 1840 werd binnen de medische stand met ‘veragting’ over de ziekte gesproken.¹⁸⁸

Het stadsbestuur negeerde het verzoek om aan de onbevoegde praktijkuitoefening iets te doen. Het negatieve advies over de prostitutiecontrole werd wel ter harte genomen. De raad vond ‘een inrigting zoals in Den Haag ... allernadeeligst voor de zedelijkheid’ en het zou aan prostituees ‘meerdere wettigheid’ geven. In Groningen vond men een reglement niet nodig omdat de prostitutie niet omvangrijk was.¹⁸⁹ Daar bleef het bij, ook nadat wethouder Trip het een jaar later nog eens probeerde.¹⁹⁰ Er was kennelijk een minderheid die ontkenning geen oplossing vond, maar deze kreeg geen voet aan de grond. De zieken kwamen in de jaren dertig en veertig in het stadsziekenhuis terecht en in de jaren vijftig in het Academisch Ziekenhuis. De toegangsrouten tot de intramurale behandeling verliep niet meer langs de medisch-politionele, maar via de sociaal-medische route (de armendokter).

Rond het midden van de eeuw nam de professionele belangstelling voor de ziekte toe. In 1845 rapporteerde de geneeskundige commissie dat de ziekte toenam.¹⁹¹ Vijfentwintig jaar na de enquête was de mening binnen de medische stand, specifiek die van de commissie en enkele vooraanstaande medici, gewijzigd. Ze drongen vanaf 1852 weer aan op verplichte registratie, controle en hospitalisatie en steunden op de opvattingen van de hygiënisten. Die waren voorstander van reglementering en droegen nieuwe argumenten aan. Zij vonden het noodzakelijk om echtgenotes en kinderen van de prostituant te beschermen en om jongelui af te houden van te vroege seksuele praktijken. Strafbepalingen moesten echter alleen aan de prostituee en haar ouders worden opgelegd.¹⁹² De strenge handhaving van de jaren twintig werd in de jaren vijftig als te straf en niet passend bij ‘onze regeringsvorm’ bestempeld.¹⁹³

Vanuit landelijk perspectief gezien was na het midden van de eeuw opnieuw een tendens van reglementering zichtbaar. Nationale wetgeving was in 1852 niet haalbaar,¹⁹⁴ de lokale context bleef het handelingskader. De geneeskundige commissie vond dat men in Groningen achter liep. Het stadsbestuur dacht er anders over. Die wilde niet onnodig in ‘het inwendige van de huisgezinnen’ ingrijpen.¹⁹⁵ De mogelijkheid van besmetting van echtgenoten en verloedering van de jeugd was kennelijk geen zaak van ‘algemeen belang’. Gedwongen hospitalisatie was ‘ingrijpen in de persoonlijke vrijheid’.¹⁹⁶ Tien jaar lang hield het stadsbestuur voet bij stuk, ondanks herhaalde verzoeken van medische kant. Aanvankelijk brachten medici alleen de toename van syfilis onder militairen en de ‘laagste volksklasse’ naar voren. Midden jaren vijftig stapelden de argumenten van de voorstanders van reglementering zich op. Medici hadden geconstateerd dat meisjes vanaf 12 à 13 jaar zich al prostitueerden. Jongens van die leeftijd verspilden hun verdiende geld aan bordeelbezoeken. Ali Cohen had al verschillende jongens behandeld. Men dacht ook dat het aantal onechte kinderen was toegenomen. En tot slot werd ingebracht dat de behandeling door kwakzalvers nog steeds niet was gestopt.

De tegenwerking bij het tot stand brengen van een reglement was voor de medici een belangrijk argument om een gezondheidscommissie voor te stellen (1855).¹⁹⁷ In de jaren vijftig trok de armenzorg zich ook nog terug uit de behandeling van besmette vrouwen. De armbesturen weigerden medicijnen te verstrekken aan deze vrouwelijke patiënten. Dit was volgens de samenstellers van het eerste ontwerp de hoofdoorzaak van de voortdurende uitbreiding van de ziekte.¹⁹⁸ In de loop van de jaren vijftig groeide de onrust. In 1856 werd op verzoek van het stadsbestuur door drie medici – de aanleiding was de vrees voor te veel armenzorgclientèle – het eerste ontwerpreglement gemaakt.¹⁹⁹ Er is heel wat over het ontwerp gesproken, maar de zaak bleef hangen tot 1861.²⁰⁰ Twee gebeurtenissen leidden uiteindelijk tot het aannemen van het reglement. Een ministerieel schrijven in 1860 stelde het reglement van Den Haag ten voorbeeld aan andere steden, zowel in het ‘belang van de burgers als in dat van het leger’. De raad vroeg Baart de la Faille daarop nogmaals om een ontwerp te maken. Maar deze aansporing van buitenaf was niet voldoende. Er moest een stedelijke noodzaak bij komen. De geneeskundige commissie sprak in deze jaren geregeld over de zorgwekkende verspreiding van de ziekte: ‘als een smeulend vuur deelt zij zich ongemerkt en heimelijk aan veele standen meede’. De commissie constateerde een ‘onrustbarende verspreiding onder de burgerklasse’. De attentering van het Rijk op het gevaar voor de burgers was te weinig om tot actie te komen. Pas toen het gevaar in loco de kringen van de midden- en bovenlaag bereikte, was er – de situatie leek op die in 1816 – een motief om tot handelen over te gaan. In een besloten vergadering zette de raad zijn principiële non-interventiebeleid opzij.²⁰¹

De inhoud van het reglement van 1861 verschilde essentieel van dat uit het begin van de eeuw. Voor de registratie hoefde niet meer te worden betaald en ook medische hulp en verpleging waren gratis. De stad droeg deze kosten. De visitatie in de bordelen was kosteloos, die ‘à domicile’ (thuis of op de werkplek) niet. De stad gaf de voorkeur aan het laatste omdat dat goedkoper was, discreter kon worden uitgevoerd, openbare ordeverstoringen voorkwam en de prostitutie onzichtbaarder

maakte. In 1870 werd tweederde van de vrouwen ‘à domicile’ onderzocht.²⁰² Een nieuw punt was dat op de hygiëne in de bordelen moest worden toegezien. Er mochten geen belemmeringen zijn voor het vinden van een behandeling. De ‘geest der tijd’ spreekt uit artikel 22 waarin werd gesteld dat een publieke vrouw vrij was om te gaan en staan waar ze wilde en niet gedwongen kon worden om in het bordeel te blijven. De artikelen over diefstal en schulden verdwenen ook. Deze pasten niet meer. Voor het exploiteren van een bordeel was een vergunning vereist. Er mochten geen bordelen in hoofdstraten of dichtbij wees- en gasthuizen en kerken zijn, uit

*eerbied voor de godsdienst, zorg voor de jeugd en égards voor voornamen huizen en de fatsoenlijke klasse.*²⁰³

Hiermee kon men de overlast beperken en terugdringen tot een beperkte geografische ruimte, zoals de geneeskundige commissie in 1816 al had voorgesteld. Het lokken of aanhouden van voorbijgangers op straat mocht niet meer. Dit verbod was wel het omgekeerde van het uithangbord dat in 1813 nog verplicht werd gesteld!

Chirurgijn Jonxis werd benoemd tot visitateur en in het Academisch Ziekenhuis werd een aparte afdeling voor besmette vrouwen ingericht. Isolatie in het ziekenhuis was een effectief middel gebleken. De behandeling vond nu in een meer genormaliseerde omgeving, een regulier ziekenhuis, plaats. De prostitutie werd door de verplaatsing naar een specifiek stadsdeel meer gestigmatiseerd. In 1860 was een concentratie van de prostitutie in de Lammehuiningestraat in het centrum.²⁰⁴ De gereguleerde bordeelprostitutie verschoof naar het Zuiderdiep, uit het centrum in de richting van de havens en de armenbuurten. Plaatsen waar een nette burger doorgaans niet kwam. Hier concentreerde zich van oudsher al een flink deel van de prostitutie. Met het vergunningstelsel kon de gemeente de vestiging van bordelen sturen. Een bestaand bordeel aan de Vismarkt kreeg geen vergunning meer en er werden geen nieuwe vergunningen buiten het gebied rond het Zuiderdiep meer verstrekt. Aanvragen uit fatsoenlijke buurten werden geweigerd.²⁰⁵ Voor 1870 werden 39 vergunningen verstrekt op 24 adressen. De wijken G, R en S waren de brandpunten van de prostitutie in de jaren zestig en zeventig. Driekwart van de in de jaren zestig geregistreerde adressen en verleende vergunningen konden in die wijken worden getraceerd.²⁰⁶ In het weekend en tijdens feestdagen surveilleerde de politie in deze buurten. Vanaf 1870 werden bordeelhouders aan een scherper antecedentenonderzoek onderworpen.²⁰⁷

Voor de omgeving van het Zuiderdiep was onder meer gekozen omdat daar geen aanzienlijke burgers woonden. Tien jaar later was dat niet meer het geval. Na de ontmanteling van de wallen (eind jaren zeventig) werden in dit gebied chique singels aangelegd. De elite trok er naar toe en optimaliseerde haar woongenot door de aanleg van brede straten en de bouw van mooie scholen en een museum. Daar hoorde geen prostitutie bij. Het kostte het stadsbestuur veel moeite om de bordelen weer weg te krijgen uit de buurt, waar ze twee decennia daarvoor juist naartoe waren gedirigeerd.²⁰⁸

De officier van gezondheid van het leger meldde een half jaar na de inwerkingtreding van het reglement dat in de kazerne geen syfilis meer voorkwam. Ook de geneeskundige commissies notuleerden in de jaren zestig regelmatig dat de ziekte was afgenomen. De medici en het Rijk waren opnieuw tevreden over het resultaat. In de eerste jaren onttrokken prostituees en bordeelhouders zich zelden aan het onderzoek. De prostituees probeerden soms een opname te ontlopen door zich vlak voor een visitatie uit te laten schrijven.²⁰⁹ Was de afname van de ziekte een gevolg van de opsporing en isolatie van zieken, het weg manoeuvreren van de bordelen uit de stad of een prompte naleving van het reglement? De invloed van de verschillende factoren is moeilijk na te gaan. Jonxis kweet zich in ieder geval consequent van zijn visitatietaak. Chirurgijn Schreuder – vanaf 1863 mochten ook andere medici keuren²¹⁰ – nam het minder nauw met de voorschriften. Hij schreef zieke vrouwen uit een bepaald bordeel medicatie voor en stuurde hen niet naar het ziekenhuis. Hij speelde onder een hoedje met de bordeelhoudster. Burgemeester De Sitter was hier zeer verbolgen over.²¹¹

Het aantal ziekenhuisopnames, waaronder veel herhalingsopnames, was fors. Van het aantal ingeschreven prostituees werd tussen 1861 en 1889 niet minder dan 64% (357 opnames) opgenomen.²¹² Ter illustratie: in de tweede helft van 1861 stonden 55 prostituees ingeschreven van wie 18 in het ziekenhuis belandden en in 1863 werd 78 keer syfilis als opname-indicatie genoteerd.²¹³ Op grond hiervan is de conclusie van stadsbestuur en medici dat het reglement nuttig was, te ondersteunen. Veel zal ook niet zijn opgemerkt. Het aantal vrouwen dat werd veroordeeld omdat ze zich onttrokken aan de visitatie, is een aanwijzing voor het naleven van het reglement. Volgens de provinciale verslagen was dat in 1868, 1869 en 1870 respectievelijk 24, 7 en 4 keer het geval. Met name in de eerste tien jaar werd het reglement goed nageleefd. Na 1868 was een kentering in het keuren te zien. Eind jaren zeventig raakte, ook landelijk, de klad in het systeem. Het opsporingsbeleid verslaptte. In 1889 werd de Groningse regelgeving – in de meeste plaatsen gebeurde dit rond deze tijd – afgeschaft. De medisch-sanitaire benadering werd toen verlaten. Er ging onvoldoende bescherming van uit.²¹⁴

Door de medische stand werd bijna tien jaar (de jaren vijftig) gepleit voor een reglement. De effectiviteit van het reglement dat uiteindelijk tot stand kwam, heeft ook tien jaar geduurd (jaren zestig). De gedwongen keuringen en hospitalisering kunnen we zien als een collectieve voorziening. Het stadsbestuur werd maar door één motief gedreven, besmettingsangst onder de gegoede burgerij. De zorg van het Rijk voor de militairen raakte het Groningse stadsbestuur niet.

De bestrijding van malaria, tyfus en cholera

In de achttiende eeuw werden bij een (vermoeden van een) elders heersende besmettelijke ziekte (vermoedelijk) zieke reizigers en vreemdelingen en 'besmette' goederen geweerd. In 1771 bijvoorbeeld, werd besloten om brieven uit verdachte, Oosteuropese plaatsen wegens daar heersende ziekten 'te prikken, rooken en door azijn te halen, bevorens [te] worden uitgelangd'.²¹⁵ Men vermoedde dat zich in de post besmette lucht kon bevinden, die bij het openmaken besmettingsgevaar opleverde. Vreemde kooplui moesten een gezondheidsattest overleggen als ze uit een plaats kwamen waar een epidemie heerste.

Deze in de vroegmoderne tijd al vaak uitgevaardigde maatregelen werden aan het begin van de negentiende eeuw twee keer genomen. Westfaalse kousenverkopers, joodse kooplieden en Spaanse schippers werd in 1806 en 1811 de toegang tot de stad ontzegd. Na de Franse tijd is deze werkwijze minder stringent gevolgd omdat het beschermen van de stedelingen op deze manier steeds moeilijker werd. De geografische mobiliteit nam steeds meer toe en na de Franse tijd keerden zieke militairen terug naar huis. Het voorkomen van besmettelijke ziekten nam niet af, evenmin als het gegeven dat vreemdelingen ziekten in de stad brachten. De aanleiding om tot een ander beleid over te gaan werd niet weggenomen, maar de politieke en sociale omstandigheden veranderden. In dezelfde tijd werd het hervormde armenhuis opengesteld voor zieke reizigers die al in de stad verbleven.

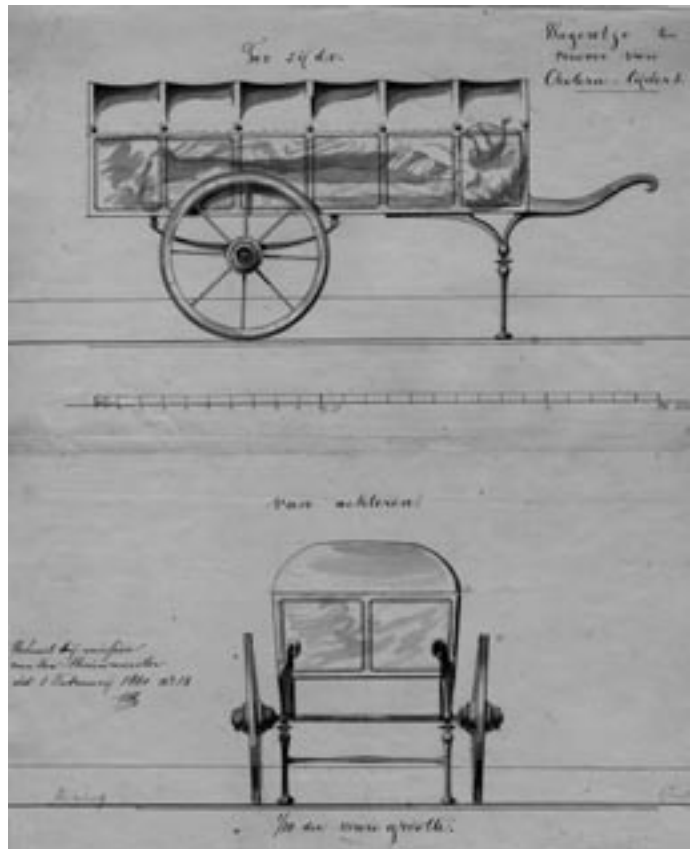
De eerste zorgwekkende, besmettelijke epidemie na de Franse tijd was een epidemie van vlektyfus (1816-1819). Deze werd door terugkerende legers en door Europa zwervende militairen verspreid en hield ook in Groningen huis.²¹⁶ Maar bij de Groningse poort werd niemand meer tegengehouden. Er kwam een nieuwe oplossing om zieken te isoleren: opname in het stadsziekenhuis. De stadspoort bleef open voor vreemdelingen, de ziekenhuisdeur ging achter hen dicht. Uit de analyse van de ziekenhuispopulatie bleek al dat reizigers en personen die elders waren geboren belangrijke gebruikersgroepen van het ziekenhuis waren. Maar er was een belangrijk verschil. Het ontzeggen van de toegang tot de stad had een gedwongen karakter, maar een ziekenhuisopname kon niet worden opgelegd. Dit maakte de kans op ziekten in de stad groter.

In de periode 1800-1870 werden, naast de in de vorige paragrafen al behandelde ziekteverschijnselen, van stadswege protectie- en/of preventiemaatregelen genomen bij malaria, cholera, pokken, tyfus, mazelen, roodvonk en difterie. In het politiereglement van 1822 werden alleen de pokken als besmettelijke ziekte genoemd. In het reglement van 1856 werden tyfus, roodvonk, kinkhoest en cholera en in 1862 mazelen en difterie toegevoegd. Uit het opnemen van meer endemische en besmettelijke ziekten in het politiereglement, blijkt de grotere sensitiviteit en alertheid en de toegenomen bereidheid onder bestuurders om dwang toe te passen. De verhoogde prevalentie van tyfus en cholera in de jaren vijftig was ongetwijfeld aanleiding om deze ziekten in het reglement op te nemen. Van de kinderziekten mazelen, roodvonk, kinkhoest en difterie was alleen difterie een nieuwe ziekte. De andere kwalen waren bekende verschijnselen. Mazelen in combinatie met een andere ziekte was vaak dodelijk. Enkele mazelenepidemieën veroorzaakten in de negentiende eeuw een sterftepiek onder kleuters. Het feit dat kinderziekten in het politiereglement terechtkwamen, was een uiting van een grotere occupatie met de kindersterfte. Het beleid was vooral gericht op het weren van ziektes uit scholen. In de stedelijke schoolreglementen die na de schoolwet van 1857 werden gemaakt, werd de verplichte melding van besmettelijke ziekten opgenomen.

De publieke zorg richtte zich in hoofdzaak op ziekten die zich snel konden verspreiden of waar een grote dreiging van uit ging. Dat was bij malaria, cholera en tyfus het geval. Deze ziekten leidden tot de meeste overheidsmaatregelen. Die aandacht viel de meeste kinderziekten nog niet te beurt. Voor difterie was men ook erg bang, maar die ziekte bleef in deze periode nog beperkt

van omvang. In deze paragraaf wordt de bestrijding vanuit de invalshoek van de publieke hygiëne bestudeerd. De sociale ondersteuning en medische hulp aan arme en behoeftige zieken door de armenzorg en liefdadigheidscommissies wordt in de twee volgende hoofdstukken behandeld.

De verplichtingen van de burgers bij het uitbreken van een besmettelijke ziekte bestonden uit het melden van zieke huisgenoten bij de autoriteiten en het uitvoeren van berokingen om de lucht te zuiveren. Verder moesten overleden patiënten binnen drie dagen worden begraven in de kleren waarin ze waren gestorven.²¹⁷ Berokingen werden al lang voordat het politionele regels waren, toegepast. Als een ziekteverschijnsel zich ontwikkelde tot een epidemie nam het stadsbestuur extra maatregelen. Het liet zich daarin adviseren door hogere overheden, geneeskundige commissies en lokale medici. Ernst, verloop en omvang van een epidemie bepaalden in welke mate extra maatregelen werden genomen. Hoe ernstiger een epidemie zich liet aanzien of ontwikkelde, hoe omvangrijker en verfijnder het pakket aan maatregelen was en hoe meer eisen aan de bevolking werden gesteld. De meest voorkomende waren het verbranden van beddengoed en stro, reinigen en witkalken van woningen van armen, verbieden van de kermis en de maskerade van de studenten, vervroegen van sluitingstijden van cafés, verbieden van de invoer en verkoop van onrijp fruit, begraven op speciale uren en plaatsen van leefregels in de kranten. Er werd meestal ook extra aandacht geschonken aan het reinigen van goten, straten en afwateringen. Dit waren ad hoc ge- en verboden en activiteiten. Ze brachten geen blijvende verbetering in de hygiënische omstandigheden. Houwaart kwalificeerde het overheidsbeleid bij epidemieën daarom als 'crisisbeleid'.²¹⁸ Dit oordeel kan ook voor Groningen gelden.



Wagentje voor het vervoer van cholera-patiënten, 1860

Bij cholera werden al op voorhand maatregelen genomen, terwijl dat bij malaria pas gebeurde als het aantal zieken heel groot werd. In de loop van de negentiende eeuw veranderde de beoordeling van het gevaar van de verschillende ziekten. De ernst die aan malaria werd toegekend, werd gaandeweg minder en isolatie in het ziekenhuis werd in 1860 nauwelijks nog nodig geacht. Bij tyfus ging het juist andersom. De endemische tyfus werd tot het begin van de negentiende eeuw nog genegeerd als een bedreigende ziekte.²¹⁹ Vanaf 1817 kreeg tyfus het label van een bedreigende ziekte. Medici drongen toen aan op isolatie, wat resulteerde in de oprichting van het ziekenhuis. Vanaf de jaren vijftig werden ook bij tyfus op voorhand hygiënische maatregelen getroffen. Tyfus 'steeg' in de hiërarchie van de besmettelijke ziekten.

Rond het midden van de eeuw vond men tyfus ernstiger dan cholera. De prevalentie was veel hoger en een tyfuslijder was meestal een aantal maanden uitgeschakeld. De ervaring was dat vooral de 'krachtige en arbeidende' bevolkingsgroep veel risico liep en

*veel meer nog dan bij de cholera ... [staat] ieder bloot om door den tyfus besmet te worden.*²²⁰

Tyfus kon lang doorwoekeren in de gemeenschap. De sterfte aan cholera was groter, maar een epidemie was in de regel sneller afgelopen.²²¹ Tyfus had een 'verderfelijken invloed op de maatschappij' meende De Vries Reilingh en in die opvatting stond hij niet alleen.²²² De toenemende onrust werd vooral gevoed door het ondermijnende effect op een economisch belangrijke groep in de lokale samenleving, de 'nijvere handwerkslieden'. Het aantal tyfusgevallen in deze beroepsgroep nam na het midden van de eeuw substantieel toe.

Het beleid bij tyfusedemieën was gericht op hospitalisatie van arme en behoeftige tyfuslijders. De armendokters en arbesturen indiceerden de individuele gevallen. De rest werd aan het particuliere initiatief overgelaten. Het belangrijkste, het reinigen van woningen en de uitdeling van stro voor bedden, deed de Tyfuscommissie (zie hoofdstuk 9). Het stadsbestuur subsidieerde deze commissie. Tijdens de ernstige epidemie van 1816-1919 bestond de Tyfuscommissie nog niet. De stad gaf toen enkele honderden guldens aan medici. Die konden daarvan schenkingen doen aan behoeftige gezinnen. Activiteiten op het gebied van de publieke reiniging, specifiek gericht op een tyfusedemie, werden niet genomen, maar de toenemende tyfusprevalentie droeg wel bij aan het bewustzijn dat infrastructurele voorzieningen noodzakelijk waren (zie hierna).

Cholera kwam eind jaren twintig voor het eerst in Europa voor. De ziekte verspreidde zich gestaag over het continent. Vanaf 1830 groeide de angst en onzekerheid in Nederland en in de loop van 1831 werd de kans dat Nederland niet verschoond zou blijven van de ziekte steeds groter. Men begon toen na te denken over protectiemaatregelen. Het Rijk stelde een sanitair cordon in langs de landsgrenzen. De provincie benoemde visiteurs voor inkomende schepen in de havens van Delfzijl, Termunterzijl, Uithuizerwad, Zoutkamp en Statenzijl.²²³ Vooralsnog ging men er van uit dat cholera een contagieuze ziekte was.²²⁴ Tot een feitelijke quarantaine van schepen is het waarschijnlijk niet gekomen. Dit is opmerkelijk omdat het eerste cholera-geval in de provincie zich in Zoutkamp voordeed.

Over het weren van verdachte of zieke personen uit de stad werd niet gesproken. Er heerste wel grote angst onder de bevolking. Inwoners drongen al vroeg aan op voorzorgsmaatregelen. In een ingezonden stuk in de *Groninger Courant* (7 juni 1831) vroegen ze het stadsbestuur om zorg te dragen voor voldoende ruimte voor isolatie van zieken. De redactie van de krant uitte eveneens haar zorgen:

Thans nadert ons eene ramp, oneindig erger dan de ziekte van 1826, en erger dan de ergste oorlog.

En, zo ging ze verder:

Onze soldaten en onze schutters staan aan onze zuidelijke grenzen ter afwerking van een' vijand, die ons daar bedreigt; doch hoe zullen wij onze noordelijke kusten tusschen Delfzijl en Zoutkamp verdedigen tegen deze vijand?

Anderen benaderden de plaatselijke geneeskundige commissie.²²⁵ Omdat Groningers handel deden met steden langs de Oostzee, waar inmiddels cholera was uitgebroken, sloot de commissie zich aan bij het verzoek uit de bevolking en vroeg B en W om een lokaal buiten de stad in te richten, zodat de eerste patiënten direct konden worden opgenomen. De koning werd verzocht om het Arsenal alvast beschikbaar te stellen.²²⁶ In juli stelde de raad een commissie in die zich moest buigen over het nemen van juiste voorzorgsmaatregelen.²²⁷ B en W wilden toen nog geen zichtbare maatregelen nemen om angst onder de bevolking te voorkomen. Hooguit konden alvast enige ongevaarlijke huismiddelen worden aanbevolen. De medici moesten zich ook gaan beraden op de juiste voorzorg.²²⁸ Dit was een nogal ambivalente houding en geheimhouding was een naïeve optie, omdat het verloop van de ziekte door Europa nauwgezet door de *Groninger Courant* werd verslagen. Het negeren van de onrust onder de bevolking werd nog een paar maand volgehouden.

In augustus beval de gouverneur, de adviezen van de provinciale geneeskundige commissie volgend, het stadsbestuur onder andere om 'in het belang en de welvaart van alle ingezetenen dezer stad' een lokaal buiten de stad in te richten voor de isolatie en verpleging van zieken en daarbij

eene anders prijzenswaardige, doch nu niet voegzame nauwe berekening van uitgaven ... in acht te nemen.

De ziekte van 1826, zo vervolgde hij, had geleerd dat het moeilijk was snel geschikte maatregelen nemen als er een ernstige ziekte heerste. Op voorhand maatregelen nemen was daarom nodig.²²⁹ De plaatselijke geneeskundige commissie gaf in september ook de hoogste prioriteit aan het inrichten van een ziekenhuis. Dit was een breed gesteunde wens en een uitdrukking van de opvatting dat isolatie de beste optie was om de ziekte binnen de perken te houden. De geneeskundige commissie veranderde van mening over de plaats waar het ziekenhuis moest komen. Men vond later dat het niet meer buiten de stad gesitueerd hoefde te worden. Dat zou de medici te veel reistijd kosten en voor de stad was het duurder. In de verandering van standpunt moeten de belangen van de medici een belangrijke rol hebben gespeeld. Het tweede voorstel sloot aan bij een eerder advies

van de geneeskundige commissie. Die had een intern verblijf van medici in het ziekenhuis tijdens het heersen van cholera – een idee van de stad – afgewezen.

Andere voorstellen van de commissie over voorzorgsmaatregelen waren zeer vergaand en onhaalbaar: het laten opnemen van niet-zieke, maar wel ‘verdachte’ personen, het afsluiten van huizen en eventueel straten en wijken met de gewapende macht, dagelijkse controle in de huizen om het verbergen van zieken te voorkomen en het op voorhand aanstellen van ziekenoppassers. Thomassen à Thuessink gaf op eigen gelegenheid een geschrift uit waarin hij sprak van ‘wijs Bestuur’ wanneer de handelsbelangen opzij zouden worden gezet en de keuze voor strenge isolatie, ook van gezonden, werd gemaakt.²³⁰ Medici verdedigden de oude gewoonte van het onder dwang isoleren van verdachte gevallen. B en W vonden ‘voorzorg door dwang’ echter niet wenselijk, omdat ze veronderstelde dat inwoners dan juist de regels zouden ontduiken en zieken verbergen. B en W bleven voorzorgsmaatregelen, op één uitzondering na, afwijzen. Medici kregen alvast speciale kleding om het ‘aankleven’ van smetstof te voorkomen (met was en olie doortrokken, afsluitende kleding). Dit was precies zoals de geneeskundige commissie had voorgesteld. Het stadsbestuur bleef zo lang mogelijk afzijdig en schoof het probleem voorlopig door naar de medici. Om hun tegemoet te komen werd de kleding ter beschikking gesteld en werd het hun mogelijk gemaakt om met hun eigen praktijk door te gaan door het voorgenomen verplichte, interne verblijf in het ziekenhuis weer af te schaffen. Het verschil in visie tussen stadsbestuur en medici was duidelijk: de opvatting van de medici dat de voorzorg moest worden opgevoerd, werd niet gedeeld door de stad. Voor het eerst in de onderhavige periode kwam de scheiding der geesten tussen stad en stand naar buiten.

Maar al snel (8-10-1831) gaf het provinciebestuur de stad opdracht om voorzorgsmaatregelen te treffen en zij tekende de kaders daarbij uit. Alle noodzakelijke medische en (intramurale) ziekenzorg moest direct door de stad worden geregeld en betaald. Hieronder vielen het aanleggen van voorraden voedsel, verpleegspullen en luchtzuiveringsmiddelen, het inrichten van het gebouw en het aannemen van personeel. Verder moest kennis over de ziekte worden verspreid. De gouverneur hield geen rekening met de schulden uit 1826 zoals de stad had gevraagd. Eind oktober – het was inmiddels viereneenhalve maand later – had het stadsbestuur het meeste geregeld. Dwang van hogerhand bleek nodig te zijn. Druk uit de bevolking, van de medische stand en de geneeskundige commissie was te weinig gebleken. De aankoop van drie verplaatsbare badkuipen voor de behandeling van particuliere patiënten werd niet geëist door de provincie. De stad had er evenwel het niet geringe bedrag van f 450,- voor over.²³¹ In december werd, naar Hamburgs voorbeeld, besloten om als cholera uitbrak, op het raadhuis een bureau voor medici in te richten. Daar zouden ook desinfectiemiddelen, draagbaren en dekens voorradig zijn. Twaalf geselecteerde studenten werden toegevoegd aan het bureau om medische hulp aan armen te verstrekken.²³² Van de epidemie van 1826 had men geleerd dat bij een omvangrijke epidemie te weinig medici in de stad waren en dat armen behandeling afdwongen, waardoor medici niet meer toekwamen aan hun particuliere patiënten. Het bureau bood de mogelijkheid om de medische zorg beter te regelen.

De stad was voorlopig klaar, ze wachtte alleen nog op de toezegging om het Arsenaal en de kazernes te mogen gebruiken. In het voorjaar van 1832 stelde het stadsbestuur, op instigatie van Den Haag, een stedelijke commissie in die de lokale zaken moest behartigen. De commissie verdeelde het werk over twee subcommissies. Ze richtte drie bureaus in waaraan medisch en verzorgend personeel werd verbonden en waar medicijnen, draagbaren en matrassen werden opgeslagen.²³³ In logementen en herbergen werden van Den Haag ontvangen boekjes met adviezen over het bewaren van de gezondheid en het voorkomen van cholera verspreid. Het besluit over het Arsenaal werd pas genomen toen de ziekte uitbrak. Uiteindelijk was de voorbereiding nog karig. Het besluit over de meest kostbare voorzorgsmaatregel, een extra ziekenhuis, werd naar het Rijk doorgeschoven. Vergeleken met de verzorging in Utrecht en Dordrecht was de Groningse beperkt.²³⁴

De stedelijke overheid voerde een traag en afhoudend beleid met betrekking tot de verzorging voor de dreigende ziekte.²³⁵ De angst voor nog grotere schulden – die van de ziekte van 1826 stonden nog open in de boeken – moet de achterliggende reden zijn geweest. In 1826 had de stad zich niet karig opgesteld, met alle gevolgen van dien. Waarschijnlijk leefde onder bestuurders en elite geenszins de idee dat alleen armen slachtoffer konden worden. Ook onder de bovenlaag heerste angst om besmet te raken. Het verschaffen van kleding aan medici, het veiligstellen van voldoende medische zorg voor particuliere patiënten en het garanderen van een goede badbehandeling wijst hier op. Standsverschillen en -motieven kleurden de verzorging.

Bij latere cholera-reeksingen werden ongeveer dezelfde voorbereidingen getroffen, met uitzondering van de quarantaine. In 1848 was men algemeen van mening dat tegen het uitbreken van de ziekte niets te doen was. Een sanitair cordon ('gezondheidsordon') vond men te kostbaar en onnodig, maar voorbereidingen voor de 'doelmatige verpleging als de ziekte uitgebroken is', werden wel nodig geacht.²³⁶ Het cholera-bureau op het stadhuis – permanent bezet door medici en studenten – kwam er bij elke uitbraak. Daar moesten besmette gevallen worden gemeld en werd de medische zorg geregeld. In 1849 werd ook nog een keurmeester voor het fruit aangesteld.²³⁷

De stad werd door grote cholera-epidemieën geteisterd in 1832, 1833, 1849 en 1866 en er waren kleinere uitbraken in 1834, 1848, 1853, 1854 en 1859. Rond de 40 procent van de zieken was jonger dan zestien jaar en tien à twintig procent boven de 60 jaar. Ongeveer de helft van alle zieken overleed. Waarschijnlijk stierven in de negentiende eeuw in totaal 2731 stedelingen aan de ziekte. De epidemie van 1866 met 1037 sterfgevallen was de ernstigste.²³⁸ Deze epidemie was een schok voor de gemeenschap en heeft de nonchalance weer getemperd. Het grote aantal weduwen en wezen als gevolg van deze uitbraak – een flink aantal van hen werd armenzorgafhankelijk – accentueerde de ernst van de ziekte. Ook tijdens deze epidemie vielen de meeste slachtoffers onder kinderen en bejaarden.

De grote epidemieën onderscheidden zich in drie opzichten van de kleinere. Ze begonnen eerder in het jaar, ook de gegoeden werden door de ziekte getroffen en de ziekte verspreidde zich geografisch gelijkmatiger over de stad. Cholera trof in hoofdzaak armen en mingevoeden en kwam het meest voor in de zuidelijke armenbuurten en langs de diepen. De verspreiding van de ziekte

verliep langs diepen en grachten.²³⁹ Beroepsgroepen die veel in aanraking kwamen met het besmette diepenwater waren oververtegenwoordigd onder de slachtoffers: dienstboden, dagloners, sjouwers, schippers(knechten) en zeelieden. In 1866 waren in de tien straten waar de gegoede burgerij woonde, slechts veertien van de 1037 overledenen te betreuren. De meeste sterfgevallen waren in dichtbebouwde en dichtbevolkte straten en steegjes, waar het met de hygiëne slecht was gesteld.²⁴⁰

Bij ernstige ziekten en epidemieën stelde de lokale overheid luchtzuiveringsmiddelen ter beschikking aan armen en mingevoeden, zorgde het voor de zuivering van de lucht in de openbare ruimte en regelde dat wegen, waterlopen en privaten vaker werden schoongemaakt.²⁴¹ De particuliere liefdadigheidscommissies deden de thuiszorg.²⁴² Tijdens de epidemie van 1826 werd de publieke hygiëne voor het eerst in de negentiende eeuw fors geactiveerd. De plaatselijke geneeskundige commissie constateerde in november dat inwoners niet meer in staat waren de straten en goten voldoende schoon te houden en dat de vuilverwijdering slecht verliep.²⁴³ De stad breidde daarop de straat- en waterhygiëne fors uit. De grachten werden enige tijd dagelijks geschoond en het vuilnis werd vaker opgehaald. Achterstallig onderhoud aan riolen en afwateringen en de aanleg van de pomp tussen het Boterdiep en het Lopende Diep hebben bijna f 47000,- gekost.²⁴⁴ In november werd een chlorinefabriekje geopend om voldoende productiecapaciteit van zuiveringsmiddelen te hebben. Het fabriekje was een stadsinitiatief, het beheer werd aan de apothekers overgedragen. Armen en mingevoeden kregen de chlorine gratis, de gegoede inwoners konden deze tegen betaling van een apotheker afhalen. Tijdens cholera-epidemieën werd het fabriekje weer opgestart. Door de grote aandacht die tijdens de epidemie van 1826 uitging naar de curatieve zorg en de isolatie van patiënten, is de hygiënische kant van de bestrijding onderbelicht gebleven. Het gegeven dat de hygiënische problemen ook niet blijvend opgelost werden – de dure pomp tussen het Boterdiep en het Lopende Diep werd later omschreven als ‘eenen halven en gebrekkigen maatregel’ – heeft hier aan bijgedragen.²⁴⁵

Tussen 1827 en 1849 werd bij epidemieën op het vlak van de publieke hygiëne nauwelijks actie ondernomen. Tijdens de malaria-epidemie van 1846-1847 werd niets extra's gedaan. Na de cholera-epidemie in 1849 werd opnieuw meer zorg aan de openbare hygiëne besteed. De epidemie was zeer omvangrijk en voor het eerst werd een flink aantal gegoeden getroffen.²⁴⁶ Berokingen en het aanscherpen van de regels voor het begraven werden niet meer voldoende geacht. Net als in 1826-1827 werden straten, goten en waterwegen vaker schoongemaakt en de vuilnisophaal geïntensiveerd. Dit werd hierna tijdens alle, ook de kleinere, epidemieën gedaan. Tevens werd er op een vroeger tijdstip mee begonnen. Het bleven echter, als hiervoor al is gezegd, ad hoc maatregelen. Het startschot voor de extra schoonmaakacties moest meestal door lokale medici of de geneeskundige commissie worden gegeven.²⁴⁷ In de loop van de jaren zestig kon ook buiten epidemieën om nog wel eens iets op de agenda komen. Soms waren enkele ziektegevallen al voldoende om de afwatering (in het centrum!) te verbeteren.²⁴⁸

In 1867 werden op instigatie van het ministerie in alle Groningse gemeenten bepalingen gemaakt over de te nemen voorzorgmaatregelen wanneer cholera dreigde. Wat in de stad sinds de

jaren vijftig al gewoonte was, werd toen vastgelegd. Het vrijwel eenzijdige accent dat in de eerste helft van de negentiende eeuw op isolatie in het ziekenhuis lag, werd verlaten. Het bevorderen van de openbare en privé-hygiëne werd ook een belangrijk onderdeel van de (voorzorgs)maatregelen.²⁴⁹ Intramurale ziekenhulp verdween niet als maatregel voor de bestrijding van besmettelijke ziektes. Voor de bestrijding van syfilis was de hospitalisering juist weer ingesteld. Maar naast protectie kreeg men steeds meer oog voor meer fundamentele vormen van preventie, in de zin van het wegnemen van schadelijke milieu-invloeden. Het publieke deel daarvan, de medisch-technische infrastructuurle voorzieningen, komt in de volgende paragraaf aan de orde.

OPENBARE HYGIËNE

Inleiding

In de eerste decennia van de negentiende eeuw waren de medici Thomassen à Thuessink, Bakker en Baart de la Faille vanwege hun belangstelling voor epidemieën, gespitt op de levensomstandigheden van de lage sociale groepen. Thomassen à Thuessink en Bakker zagen het gebrek aan schoon drinkwater en de armoede als oorzaken van de epidemie van 1826. Baart de la Faille legde tijdens de explosie van tyfus in de jaren 1816-1819 de nadruk op armoede en slechte huisvesting. Tot een uitgewerkte visie op de publieke hygiëne en de sociale omstandigheden kwam het echter niet.

Vanaf ongeveer 1840 legden de hygiënisten een verband tussen volksgezondheid en milieuverontreiniging, armoede, voeding en woonomstandigheden. Aan de hand van cijfermateriaal brachten ze verschillen in het gezondheidspeil in kaart. Men kreeg op die manier meer zicht op de gezondheidsproblemen van bepaalde bevolkingsgroepen, zoals die van kinderen en vrouwen en op bepaalde ziekten als longtuberculose.²⁵⁰ De geneeskundige commissie vermeldde na 1850 in haar jaarverslagen herhaaldelijk dat diareeën bij jonge kinderen en 'tering' bij volwassenen belangrijke doodsoorzaken waren. Kraamvrouwenkoorts werd eveneens scherper in de gaten gehouden. De visie op de rol van sociale factoren blijkt uit een opmerking van de commissie over de verspreiding van cholera in 1854:

*Wij behoeven geen wetenschappelijk betoog te leveren, dat slechte voeding, huisvesting en verpleging, de voornaamste en zekerste verbreiders der Cholera zijn, zoo die eerst een plaats bezocht heeft.*²⁵¹

In de verslagen van de geneeskundige commissie kwam de slechte voeding van jonge kinderen en armen ook voortdurend aan de orde. In 1854 deed de afdeling van de Maatschappij onderzoek naar de voedingsgewoonten van de stedelijke bevolking.²⁵² Daaruit bleek de schrale en eenzijdige voeding van de lagere sociale groepen. De aandacht van de hygiënisten ging ook uit naar de risicofactoren in het milieu. Die van Groningen werden onder andere in de geneeskundige plaatsbeschrijving van Stratingh beschreven (1858).²⁵³ Het accent in dit werk ligt op geografische en omgevingsfactoren als ziektebronnen.²⁵⁴ Tyfus was vaak een 'buurtziekte'. Er waren haarden in de Prinsenstraat en het Koningsgangetje in wijk R en in de Violetsteeg in het noorden van de stad.

‘De topografie heldert hier veel op’ meldde de inspectie in 1870. Verontreinigde sloten en een vervuilde bodem werden als ‘vermoedelijke invloed’ gezien.²⁵⁵

Ali Cohen, de belangrijkste vertegenwoordiger van de hygiënisten in Groningen, schreef een handboek over de openbare gezondheidszorg en artikelen over nijverheid en gezondheidszorg in diverse tijdschriften. Hij adviseerde de nationale overheid inzake de volksgezondheid. De meeste Groningse medici stonden sympathiek tegenover de ideeën van de hygiënisten. Dat is onder andere af te leiden uit de hoge deelnamegraad aan de twee beroepsverenigingen en de verslaggeving van de geneeskundige commissie. Het Gezelschap van Groningsche Geneeskundigen en de afdeling van de Maatschappij ondersteunden in 1855-1856 het pleidooi van de twee geneeskundige commissies om een lokale gezondheidscommissie in het leven te roepen, die het stadsbestuur kon adviseren over de openbare gezondheidszorg en waarin naast medici ook andere deskundigheden waren vertegenwoordigd. Het voorstel werd ook door de Commissaris des Koning, de minister en de Cholera- en Tyfuscommissie gesteund.²⁵⁶ Ondanks de brede steun wees de stad het voorstel af.

Toen bleek dat er geen gezondheidscommissie kwam, stelde de plaatselijke geneeskundige commissie zich krachtiger op. Ze verdedigde het standpunt dat het geld dat aan epidemieën werd uitgegeven, beter kon worden besteed aan infrastructurele werken.²⁵⁷ ‘Reinheid, frisheid en zindelijkheid ... voorkomt ziekten en helpt genezen’, meende de commissie. In 1856 stelde de commissie een lijst van punten op waardoor de lokale publieke hygiëne kon worden verbeterd en presenteerde deze aan het stadsbestuur. De afwatering, stadsreiniging, fecaliënafvoer, bestrating en riolering, de toestand van mest- en lompenverzamelingen, enkele nijverheidsbedrijven (met name vellenbloterijen en -drogerijen), schoollokalen, publieke privaten, vuilnisbakken en publieke waterputten waren voor verbetering vatbaar. Verder pleitte ze voor een choleraziekenhuis, bouwvoorschriften voor armenwoningen en de noodzaak van geregeld armenbezoek. Ze wees ook nog op het afnemen van het aantal vaccinaties en de onhygiënische toestanden in de armenstegen. Het stadsbestuur deelde de mening dat aan alle genoemde zaken wat te verbeteren viel. Alleen het armenbezoek vond ze een zaak voor de armbesturen. In het belang van de volksgezondheid werden de ‘wenken van de deskundigen’ ter harte genomen en ‘zullen de geldelijke sommen opgebracht worden’.²⁵⁸ Vanaf 1856 tot 1870 werden diverse werken uitgevoerd (zie hierna).

Niet alleen geneeskundigen, ook andere Groningers waren aanhangers van het gedachtegoed van de hygiënisten. De Sitter, eerst raadslid en later burgemeester, hoorde daarbij. Hij spande zich in om het syfilisreglement aangenomen te krijgen en was de stuwende kracht achter het verbeteren van de toestand van de drinkwaterpompen. Ook de doopsgezinde predikant W. Gerhards, lid van de Tyfus- en de Cholera-commissie en raadslid G. Wouters, kleinzoon van Wijbe Wouters, kunnen we er toe rekenen.²⁵⁹ Gerhards beschreef in de verslagen van de Cholera-commissie de gebrekkige hygiëne en huisvesting van de armen.

De verdienste van de hygiënisten was volgens Houwaart vooral dat ze de openbare gezondheidszorg weer op de agenda kregen. Het peil van de volksgezondheid is door hun onderzoeken en pleidooien niet verbeterd. Voor een deel had dat te maken met een gebrekkige ziektekennis.

Anderzijds is de invloed van het hygiënisme in Groningen op een aantal punten te traceren. Het volledig negeren van de volksgezondheid werd steeds moeilijker, al stonden de argumenten die hiermee annex waren, tot het eind van de eeuw nog vaak op het tweede plan.²⁶⁰

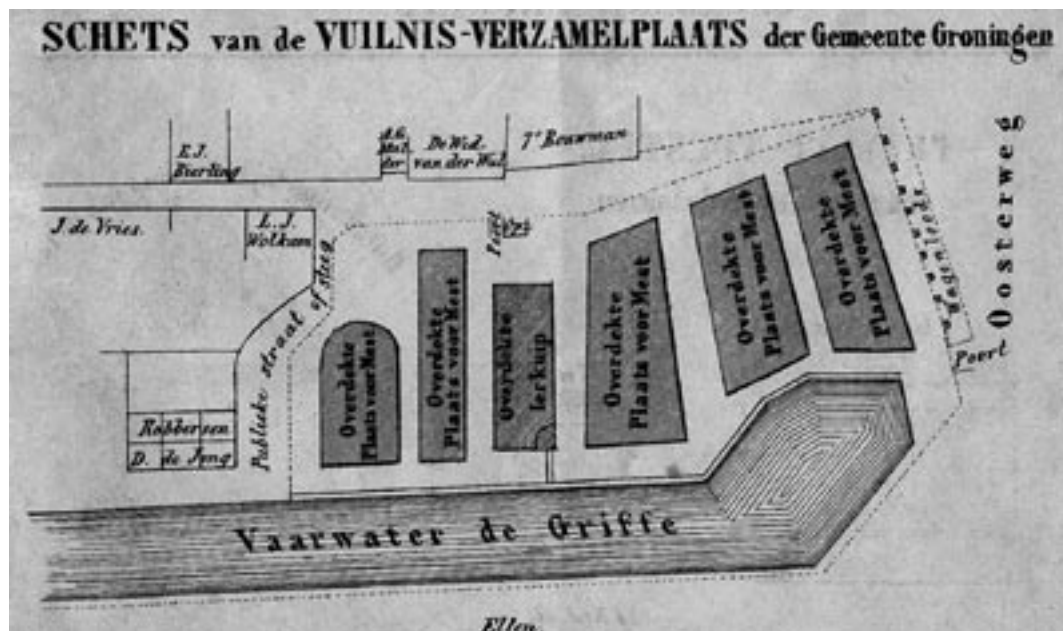
Hierna worden de belangrijkste onderdelen van de publieke hygiëne uit de periode 1800-1870 onderzocht. De inzameling en -verwerking van vuilnis maakte een belangrijke ontwikkeling door en de aanleg van nieuwe begraafplaatsen in de jaren twintig was een doorbraak. Daarna komen de drie nieuwe projecten uit de periode na 1850 aan bod.

Vuilnis- en mestophaal en opslag

Sinds de zestiende eeuw werden huisvuil, as en fecaliën door de stadsreinigingsdienst ingezameld.²⁶¹ De straten en goten rond de Grote Markt werden vaker schoongemaakt dan die welke verder van het centrum af lagen. De wijken buiten de grachten werden heel lang helemaal niet van stadswege gereinigd. In het centrum woonde de elite van de stad, stond het stadhuis, zetelde het provinciebestuur, waren de universiteit en de herensociëteit gevestigd, werd in de beurs de korenhandel gedreven en werden markten gehouden waar Ommelanders en handelslieden van verre op af kwamen. Het schoonmaken van de straten gebeurde lang niet altijd naar ieders wens. Er waren klachten over ‘ontsiering’, ‘ongerief’ en ‘hinder bij de passage’.²⁶² Het meeste vuil werd gecomposteerd en verkocht voor de landbouw. Er schortte veel aan het systeem,²⁶³ maar de situatie in Groningen stak lange tijd gunstig af bij andere steden.²⁶⁴ Het dichtslibben van grachten werd voorkomen, omdat de havens bereikbaar moesten blijven.²⁶⁵

De uitvoering van de reiniging veranderde in de negentiende eeuw verschillende keren. Men experimenteerde met het beloningsstelsel van het personeel, er was een capaciteitsuitbreiding en intensivering van de ophaal, sanering van opslagplaatsen en er werd een grotere en verbeterde opslag (drekstoep) aangelegd. Een en ander had invloed op de kwantiteit van de ingezamelde vuilnis en de kwaliteit van de verwerking.

Het nieuwe stadsbestuur besloot in 1796 om de inzameling te verpachten. Dat was geen succes.²⁶⁶ De vervuiling in de stad nam snel toe en twee jaar later kwam men er op terug. Om de opbrengst te vergroten, werd toen besloten om het personeel per lading ingezameld vuil te betalen. Deze prikkel werkte. Het aantal ingezamelde scheepsladingen steeg gestaag, maar de kosten van de dienst namen daardoor toe en in 1822 werd weer overgegaan op vast loon. Voor de meeste arbeiders betekende dit een loonsverlaging. Het gevolg laat zich raden, de hoeveelheid ingezameld vuil nam weer af. De werkelijke omvang was vanaf 1822 echter hoger dan wat officieel werd opgegeven, omdat de ‘mestdieverij’ toenam. Het personeel had de lucratieve handel ontdekt en ging voor eigen gewin inzamelen. Een deel van de vuilnisverwijdering verliep via illegale particuliere handel. Voor de openbare hygiëne was de wijziging daardoor minder nadelig dan zij leek. In 1835 zag de stad haar feilen in en werd weer overgegaan op uitbetaling per ingebrachte hoeveelheid. De omvang van het voor rekening van de stad opgehaalde vuilnis steeg hierna weer. Het volledig uitbannen van het ‘mestdieven’ lukte toen echter niet meer.



Plattegrond van de vuilnisopslagplaats (ca. 1870). De afloop van de gierput is op het oppervlaktewater.

De wijzigingen in de vuilnisophaaldienst in de eerste helft van de negentiende eeuw zijn voornamelijk ingegeven door financiële overwegingen. De stad streefde naar een zo hoog mogelijk rendement. Twee keer waren epidemieën aanleiding om de ophaal tijdelijk aan te passen. In de jaren 1826-1829 werden vanwege de malaria-epidemie meer wagens ingezet en in 1835 – de relatie met de tyfus en cholera daar voorafgaand is evident – tijdelijk meer personeel.

Tussen 1850 en 1870 breidde de capaciteit van de ophaaldienst substantieel uit. Vier keer, in 1851, 1858, 1862 en 1865, werd het aantal wagens uitgebreid. De personeelsomvang steeg evenredig met het aantal wagens. De uitbreiding van 1862 was de grootste, men ging toen van 16 naar 37 wagens. Op voorstel van wethouder De Sitter werd in de jaren zestig de hele vuilinzameling een stadstaak. Het werd toen beschouwd als een voorziening van ‘algemeen belang’ en de nog resterende particuliere wagens werden overgenomen.²⁶⁷ Daar was in 1858 al toe besloten maar de druk van De Sitter was nodig om het besluit uit te voeren. De uitbreiding van het aantal wagens genereerde een grotere hoeveelheid vuilnis. Tussen 1850 en 1865 is het aantal scheepsladingen met 59% gestegen, terwijl de bevolkingsgroei beneden de 10% bleef.²⁶⁸ In deze cijfers is geen rekening gehouden met een mogelijk hogere consumptie en toegenomen nijverheidsactiviteiten. Het is niettemin een indicatie voor de sterk gestegen omvang van de inzameling. Het rendementsmotief was ook na 1850 doorslaggevend, maar in 1862 legde de publieke hygiëne ook gewicht in de schaal.

De uitbreiding van de vuilnisdienst werd door wethouder Trip en reinigingsdirecteur Buttinger (1854-1871) breedvoerig bejubeld. In de ogen van andere stedelingen was de vuilverwijdering

nog lang niet voldoende. Tijdgenoten als Diest Lorgion, De Vries Reilingh en Stratingh meenden dat er nog veel moest gebeuren. Zij vonden dat de redenen om te klagen over het vuil in de stad nog niet waren weggenomen.²⁶⁹ Uit de geneeskundige plaatsbeschrijving van Stratingh valt op te maken dat op veel plekken in de stad vuilnis bleef liggen. Mestvaalten – in 1855 waren er een stuk of dertig – en bij elkaar geveegd straat- en huisvuil bleven lang liggen, vooral aan het eind van doodlopende stegen en gangen in de armenbuurten in het zuiden van de stad.²⁷⁰ De bakken die in de armenwijken werden geplaatst om vuilnis in te dumpen, hadden een averechts effect omdat ze verwerden tot nieuwe stortplaatsen.

Particuliere mestverzamelingen in de open lucht werden vanaf eind jaren vijftig strenger gecontroleerd. Gedurende enkele jaren werden verschillende mestbulten gedwongen verwijderd.²⁷¹ Op de grootte en plaatsing van mestbakken werd eveneens toegezien. Vanaf 1856 moesten de bakken overdekt zijn. Tussen 1856 en 1873 werden 56 vergunningen voor het plaatsen van mestbakken verleend.²⁷² Bij het plaatsen van nieuwe bakken werd rekening gehouden met de omringende bebouwing. De aanwezigheid van voldoende open ruimte voor de luchtverversing moest gegarandeerd zijn.²⁷³ Na een paar jaar verslaptte het strengere toezicht echter weer.

Eind jaren zestig werd het toezicht op de naleving van de verordeningen opnieuw gereactiveerd. Vooral van 1868 tot en met 1870 werden overtredingen scherp in de gaten gehouden en bestraft met geldboetes. De behandelde zaken geven inzicht in het vervolgingsbeleid en in de zaken die in de openbare ruimte niet werden geduld.

Tabel 7.2 Door het kantongerecht behandelde zaken betreffende de publieke hygiëne, 1868-1870²⁷⁴

overtreding	1868	1869	1870
houden van varkens binnen de wallen	14	2	--
ontlasten op de openbare straat	31	65	5
vuilnis werpen op straat of in water	12	9	13
niet reinigen van goten	70	38	--
gebreken in de mestopslag	9	16	4
totaal	136	130	22

Bron: Provinciale Bladen

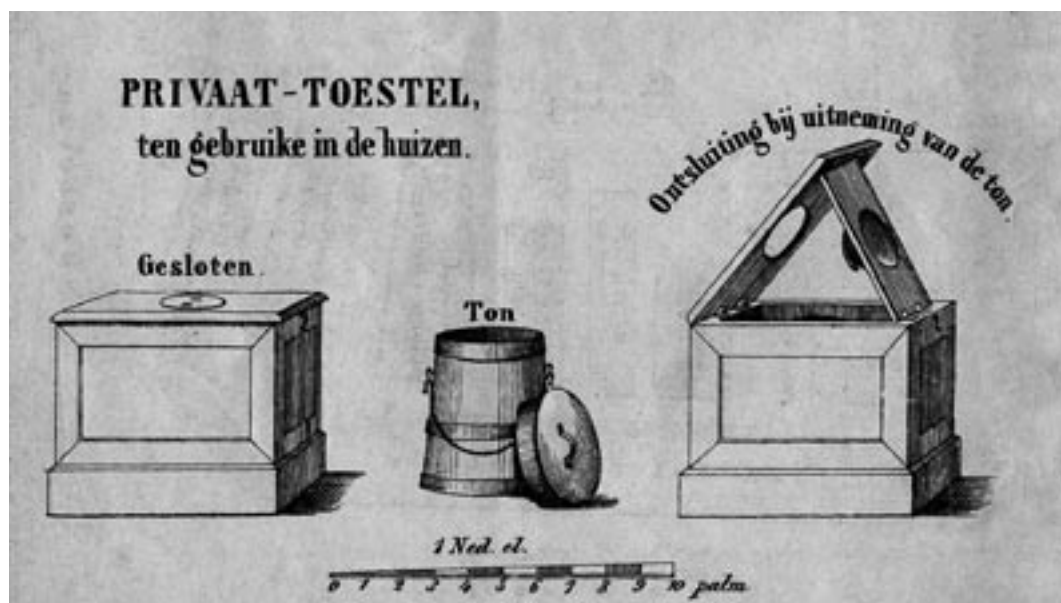
Het dumpen van vuilnis op straat of in het water en gebreken in de mestopslag waren niet de meest vervolgdte overtredingen, maar er werd wel langer aandacht aan geschonken dan aan de andere overtredingen. Die werden al snel na de cholera-epidemie minder of helemaal niet meer belangrijk geacht voor vervolging. Het reinigen van de goten was altijd een actueel thema tijdens en vlak na epidemieën. Enige tijd na een epidemie verslaptte de aandacht hiervoor weer. Dat was eind jaren zestig ook het geval. Het vervolgen van het ontlasten op straat werd waarschijnlijk ook geïnspireerd

¹‘DE ZOO ZEER GEROEMDE GEZONDHEID VAN GRONINGEN’

door de cholera-epidemie, maar de recente bouw van publieke privaten kan een extra reden zijn geweest om dit niet meer te dulden (zie hierna). Het houden van varkens was een inkomstenbron. Dit argument kreeg al eeuwen veel ruimte. Het vervolgingsbeleid in de jaren 1868-1870 is een mooie illustratie van het ad hoc beleid na een epidemie.

De afweging tussen het belang van openbare hygiëne en het niet hinderen van de bestaansmogelijkheden van burgers, bleef in de tweede helft van de negentiende eeuw een struikelblok: 'de nijverheid ... [moet] ook niet belemmerd worden'.²⁷⁵ Buttinger en Trip vonden dat nijverheidsbelangen zwaar moesten wegen, maar ze waren ook voorstanders van een grondige en goed georganiseerde vuilnisopruiming. Het stadsbestuur voerde bij de afvoer van mestvaalten en vuilnisophopingen echter niet het kloeke beleid dat Trip suggereerde.²⁷⁶ De tevredenheid van Buttinger over de publieke hygiëne en de medewerking van inwoners getuigde eveneens van een matig kritische instelling.²⁷⁷ Inwoners protesteerden regelmatig tegen de gedwongen opruiming en uit de tabel blijkt dat naleving van gemeentelijke voorschriften veel te wensen over liet.

Het huishoudelijke afval en de fecaliën werden afgevoerd in tonnen. Dit werd slordig uitgevoerd, maar de inspectie was enthousiast over het tonnenstelsel. Ze meende dat de gebreken wel konden worden verholpen. Het tonnenstelsel droeg bij aan de roem van de Groningse vuilverwijdering en werd door verschillende gemeenten, waaronder Leeuwarden, overgenomen.²⁷⁸ In de jaren zestig werd in de stad onderzoek gedaan naar het spoelstelsel van Liernur, maar dat werd niet ingevoerd omdat het tonnenstelsel 'uitmuntend' was. In 1870 maakte de Groningse apotheker



Ontwerptekening van een wisselton voor gebruik in een privé-woning, ca 1870. Deze constructie voorkwam de verspreiding van stank door de woning.

Post, in samenwerking met de inspecteur, betere wisseltonnen, de 'fosses mobiles'. Maar ze werden elders meer afgezet dan in de stad. 'Velen ... te Groningen merken de gebreken van de gewone tonnen niet, of nauwelijks op!' was de conclusie.²⁷⁹ De macht der (slechte) gewoonte was sterk en verplichte invoering werd niet overwogen. Later in de eeuw was er meer belangstelling voor.²⁸⁰

Het ingezamelde vuilnis werd naar de gemeentelijke drekstoep bij de Oosterpoort gebracht. In die omgeving mochten aan het begin van de eeuw (1813-1814) ook de meeste particuliere mestopslagplaatsen worden ingericht. Van de bijna 1200 vierkante meters die toen werden vergeven, waren bijna 1000 in de buurt van de Ooster- en Steentilpoort.²⁸¹ Ook in schepen die in de buurt van de Bloemstraat lagen, was aan het begin van de eeuw nog vuilnis- en mestopslag toegestaan. Dat mocht vanaf 1820 niet meer, maar werd nog gedoogd tot 1835. De epidemie van 1826 was de aanleiding om de drekstoep naar het zuiden, verder weg de stad uit, te verplaatsen. Dit was al langer de bedoeling vanwege 'ontsiering van de wandelavenue en ter verfraaiing van de binnenkomst van de stad', maar was steeds uitgesteld.²⁸² In 1829 werd het uitgevoerd. De opslagplaats werd ook beter omheind en er werd beplanting aangebracht. De bomen moesten de luchtverplaatsing bevorderen zodat de stank zoveel mogelijk afgevoerd werd.²⁸³ De nieuwe opslag was een onderdeel van een groter plan waarin ook de verbetering van goten, riolen en sloten langs de wallen was opgenomen.²⁸⁴ Pressie van de gouverneur en de koning waren nodig om de uitvoering ter hand te nemen.²⁸⁵

In het 'hygiëneplan' van de geneeskundige commissie uit 1856 werd onder andere aangedrongen op het verbeteren van de drekstoep. Dit werd vanaf 1857 tot en met 1868 stapsgewijs uitgevoerd. De capaciteit werd groter en de opslagplaats werd bestraat om de bodemvervuiling te verminderen. Houten schotten en overkappingen moesten de stankontwikkeling beperken en putten vingen weglappend gier op.²⁸⁶ Hierdoor werd minder op het oppervlaktewater geloosd. In de raad werden publieke hygiëne, hogere opbrengsten, het nut voor de landbouw en het aanzien van de stad als argumenten naar voren gebracht om deze verbeteringen door te voeren.²⁸⁷ Deze motieven, uitgezonderd het aanzien van de stad, kwamen overeen met die van de hygiënisten.²⁸⁸ De geneeskundige commissie beperkte zich in haar pleidooi tot de volksgezondheid. In 1862 constateerde de stad met vreugde dat de drekstoep ook nog werkgelegenheid bood aan een aantal arbeiders. Welke motieven voor het stadsbestuur het zwaarst wogen bleek in de praktijk. De gieropvang werd gebrekkig uitgevoerd en als de opbrengsten terugliepen werd de opvang gestopt en werd alles weer op het oppervlaktewater geloosd.

Hoewel veel meer vuilnis werd opgehaald en de opslag verbeterde, viel er vanuit het oogpunt van publieke gezondheidszorg nog wel wat aan te merken op de vuilnisinzameling. In de armenwijken, vooral in het zuiden en noordoosten van de nieuwe stad, bleef veel vuilnis en mest liggen. Het verplaatsen van de opslag naar het zuiden, vlakbij deze wijken, is spreekwoordelijk voor de beperkte zorg voor de armenwijken. De ophaalcapaciteit is voor 1870 substantieel vergroot, maar de uitbreiding werd in een traditionele vorm gegoten: meer wagens en mannen. In 1879 werden modernere middelen ingezet. Toen schafte men veegmachines aan.

Nijverheid en publieke hygiëne

Enkele vormen van nijverheid, bijvoorbeeld leerlooierijen, mandenmakerijen en slagerijen, waren bekende verontreinigers van waterlopen, goten en lucht. Aan het begin van de negentiende eeuw kwam nationale wetgeving tot stand, die milieuoverlast door nijverheidsactiviteiten moest beperken. Het Franse decreet van 1811 had maar een beperkte werking; het regelde alleen stankoverlast en bestaande bedrijven konden niet worden verplicht tot het treffen van voorzieningen. Het KB van 31 januari 1824 was tot 1875 van kracht. Hierin werd bepaald welke nijverheidsbedrijven een vergunning nodig hadden in verband met mogelijke schade, stank of hinder. Schade en hinder waren nu toegevoegd.

De Groningse vergunningaanvragen zijn door Blijham geïnventariseerd.²⁸⁹ De meest vervuilende bedrijven vielen in klasse 1.²⁹⁰ Volgens de wettelijke criteria was in de stad geen zeer ernstig vervuilende nijverheid, want er werd geen vergunning aangevraagd voor een bedrijfsvestiging die in deze klasse viel. Van de 280 verzoeken uit de periode 1824-1870 vielen 155 (55%) in klasse II. De meeste nijverheidstakken werden op grond van deze classificering als enigszins verontreinigend beschouwd. De tabaksindustrie was het vaakst vertegenwoordigd (39x), maar deze was in feite niet erg milieuverontreinigend.²⁹¹ De twee loodwitfabrieken vielen ook in klasse II, maar die waren veel schadelijker.²⁹² Op grond van deze aanvragen lijkt het of er in deze periode nauwelijks milieuverontreiniging door nijverheidsactiviteiten was. In de praktijk was dat echter wel het geval.

De geneeskundige commissie werd maar een paar keer om advies gevraagd. In de eerste helft van de negentiende eeuw maar één keer. Het betrof een verzoek om een stijfelmakerij te mogen vestigen (1826). De commissie adviseerde negatief vanwege de te verwachten lucht- en waterverontreiniging. Een van de argumenten was dat het bedrijf dichtbij het ziekenhuis was gepland. Stijfselfabricage 'zonder onophoudelijk rottige uitdampingen te veroorzaken' was onmogelijk en voor de genezing van de patiënten was dat nadelig.²⁹³ Drie bedrijven (twee slagerijen en een huidendrogerij) moesten op last van B en W in 1826 en 1827 sluiten omdat ze geen vergunning hadden.²⁹⁴ Hiervoor was geen advies van de geneeskundige commissie nodig. Van stadswege was toen tijdelijk extra aandacht voor verontreinigende bedrijven. Het valt onder het 'crisisbeleid'.

Het stadsbestuur had bij de weigering om een gezondheidscommissie in te stellen het argument naar voren gebracht dat de geneeskundige commissie deze functie wel kon vervullen. Het leidde ertoe dat vanaf 1857 het aantal adviesvragen aan de commissie toenam. Die oordeelde negatief over enkele stijfselfabrieken, lompenmagazijnen en een huiden- en vellenopslag. Ze vond de toename van het gebruik van petroleum ook zorgelijk, maar hier kon niet veel aan worden gedaan.²⁹⁵ Soms kon een vestiging worden tegengehouden, maar dat lukte niet altijd. De raad stond de vestiging van een lompenmagazijn toe tegen de adviezen van de commissie en B en W in.²⁹⁶ De commissie werd ook wel gepasseerd. In 1859 richtte het stadsbestuur zich tot de commissie van toezicht van het Academisch Ziekenhuis, omdat een ondernemer in de buurt van het ziekenhuis een huidendrogerij wilde vestigen.²⁹⁷ Gezien de toename van het aantal bedrijven na het midden van de eeuw

werd maar naar een beperkt aantal onderzoek gedaan. Stratingh vond in 1858 de vellenbloterijen, leerlooierijen en blauwververijen, de gasfabriek en een loodwitfabriek schadelijk voor het oppervlaktewater.²⁹⁸ Hij legde in zijn plaatsbeschrijving hogere maatstaven aan dan de geneeskundige commissie en het stadsbestuur.

Toen Ali Cohen in 1869 inspecteur werd, liet hij kritische geluiden horen over de nijverheidsvestigingen. Hij stelde hogere eisen aan het verlenen van vergunningen en de controle op de naleving van de verordeningen werd strenger.²⁹⁹ Een paardenslagerij mocht alleen worden gevestigd als de gemeenteveearts toezicht hield. Huidenmagazijnen zonder vergunning werden bekeurd.³⁰⁰ De gang van zaken bij slagerijen en vellenbloterijen werd extra in de gaten gehouden en de vestiging van een lompenmagazijn werd geweigerd.³⁰¹ Deze houding getuigde van een grotere voortvarendheid vergeleken met de periode daarvoor. Na 1870 groeide bij de stedelijke overheid de behoefte aan deskundige adviezen, vooral over de vlees- en beenderenverwerkende industrie.³⁰² Dit sloot aan bij wat de geneeskundige commissie en Ali Cohen daarvoor al hadden gedaan.

Begraafplaatsen

Een belangrijke structurele verbetering van de publieke hygiëne in de eerste helft van de negentiende eeuw was de aanleg van twee nieuwe begraafplaatsen buiten de stadswallen (1827). Er is een voorgeschiedenis van bijna 50 jaar te traceren. De epidemie van 1826 was de katalyserende factor. De koning, overheden, medici, geneeskundige commissies en belanghebbende inwoners hebben hun geluid in deze zaak laten horen.

Gegoeden lieten hun verwanten in hun kerken begraven. Wanneer het aantal sterfgevallen door een besmettelijke ziekte en als gevolg daarvan het aantal begrafenissen in de kerken toenam, groeide de angst voor 'besmette lucht'. De kerkdeuren werden dan wijd opengezet om zo veel mogelijk frisse lucht aan te voeren. Dit gebeurde in 1826 ook.³⁰³ De lagere sociale lagen begroeven hun verwanten op kerkhoven, die binnen de stadswallen lagen. Hierdoor werd het grondwater c.q. het water dat uit de nabije waterputten kwam verontreinigd. Professor Van Doeveren wees in 1771 op de gevaren van het begraven in de kerken en binnen de stadswallen. In de periode 1783-1785 hield professor Verschuur over dit onderwerp drie keer een voordracht in het gezelschap *Pro Excolendo Iure*.³⁰⁴ De hoge sterftcijfers in de periode 1779-1783 vormden de aanleiding tot deze referaten. Maar het bleef zoals het was. Als vanouds beperkte men zich tijdens epidemieën tot het snel en diep begraven van overledenen.³⁰⁵ Over de plaats van begraven maakte de stad zich nog lange tijd niet druk.

De weerstand tegen het begraven in kerken en binnen de wallen groeide aan het eind van de achttiende eeuw uit tot een bredere beweging. Hier en daar begon men in de Republiek begraafplaatsen buiten de wallen aan te leggen.³⁰⁶ In Groningen leefde de zaak na ruim tien jaar ook weer op. Naar aanleiding van een voordracht van Jacob van Geuns in 1797 werd door een aantal stedelingen een plan voor een begraafplaats buiten de wallen gemaakt (1798). Dit plan werd niet uitgevoerd. Het moment was niet gunstig. Het stadsbestuur wisselde in deze jaren een paar keer

van samenstelling. Men had het ook te druk met het uitvoeren van Haagse directieven en het vinden van voldoende legitimiteit.³⁰⁷ Een ander punt was dat de verschillende denominaties niet gelijk over de zaak dachten. Onder doopsgezinden en katholieken waren de meeste pleitbezorgers voor ‘buitenbegraven’.³⁰⁸ De Groningse elite, overwegend hervormd en vertegenwoordigd in het stadsbestuur, kon zonder veel tegenstand aan haar wensen en oude gewoontes vasthouden.

De Franse wetgeving verbood met ingang van 1804 het begraven in kerken. Hierop nam het Departementale Bestuur het besluit om begraafplaatsen buiten de steden en dorpen aan te leggen (1806).³⁰⁹ Het stadsbestuur delibereerde er enkele keren over, maar in 1812 werd het inmiddels ‘minder noodzakelijk’ gevonden.³¹⁰ Het vervroegen van het tijdstip van begraven bleef praktijk bij een epidemie. Dit gebeurde bijvoorbeeld nog bij de epidemie van rode loop in 1810.³¹¹ In 1811 liet de geneeskundige commissie zich voor het eerst kritisch uit over het grote aantal teraardebestellingen bij de Nieuwe of Noorderkerk.³¹² Langzamerhand veranderde de stemming ten gunste van ‘buitenbegraven’.

Tijdens de Franse bezetting is een mooi plan ontworpen door stadsarchitect Doornbosch (1813). Het plan behelsde een begraafplaats van 37024 m² voor de hervormde en katholieke doden ten westen van de Hereweg buiten de poort tegenover het Sterrebosch. Voor de kleinere denominaties, de doopsgezinde, joodse en lutherse, was in het noorden, buiten de Boteringepoort, 4007 m² ‘aan de westzijde achter de warmoestuinen’ gereserveerd. De eerste was ruimer van opzet en had veel meer allure dan de tweede. Net als het ziekenhuisplan van Busch dat ook uit deze periode stamde, was dit ontwerp ambitieus en kostbaar. Doornbosch had het, nog zonder de aankoop van de grond, begroot op meer dan een ton.³¹³ Het bleef dus bij een plan.

In 1814 mengde het Rijk zich in de kwestie. Eerst vroeg zij de mening van de provinciale geneeskundige commissie over het begraven in kerken. De commissie was tweeslachtig: afschaffen zou wenselijk zijn maar het bewijs dat er een besmettelijke ziekte door kon ontstaan, had ze niet. De commissie dacht wel dat de vele begrafenissen tijdens een epidemie schadelijk waren en adviseerde daarom het begraven in kerken in grote steden te verbieden. In dorpen kon het wel blijven doorgaan.³¹⁴ Dit advies is door de stad niet opgevolgd.

Intussen bleef het onder goeuden gewoonte om verwanten in hun kerk te begraven en werd ongeveer de helft van de mingevoerde overledenen op kerkhoven in de oude stad ter aarde besteld.³¹⁵ Van 1816 tot en met 1826 kregen 184 lutheranen hun laatste rustplaats in de kerk.³¹⁶ Voor deze kleine gezindte was dit een behoorlijk groot aantal, wat betekent dat een betrekkelijk brede groep van dit kerkgenootschap, zowel de elite als de bovenlaag van de middengroepen, in de kerk werd begraven. Overledenen wezen uit het Roode Weeshuis werden tot 1826 op de binnenplaats begraven.³¹⁷ Men hechtte binnen bepaalde groepen kennelijk aan een laatste rustplaats op eigen (grond)gebied. De joden hadden een eigen begraafplaats vlakbij de dwinger bij het Boterdiep, het Jodenkampje. Overledenen uit de lage sociale groepen werden hoofdzakelijk op de begraafplaats bij de Noorderkerk ter aarde besteld.³¹⁸ Vanaf juni 1814 mochten diaconie-armen uitsluitend ten noorden van de kerk worden begraven.³¹⁹ De armsten kregen hun laatste rustplaats zo ver mogelijk

van het centrum en de chique Ossemarkt, die ten zuiden van de kerk lagen, af. Ten noorden van de kerk lagen alleen armenwijken. De sociale segregatie bij het begraven werd hierdoor een stapje verder doorgevoerd.

De nationale overheid heeft nadrukkelijk en waarschijnlijk meer dan in andere plaatsen, druk uitgeoefend op de aanleg van begraafplaatsen buiten de wallen. Een staatscommissie van medici had in 1825 geconcludeerd dat begraven in kerken schadelijk was (KB 24 mei 1825). Dit heldere oordeel liet geen ruimte meer voor het ambivalente advies van de provinciale geneeskundige commissie uit 1814. Maar tussen het besluit en de uitvoering zat een stedelijke elite die zich haar privileges niet zomaar liet afnemen.

De epidemie bracht de zaak in Groningen in een stroomversnelling. Medio september 1826 klaagden stedelingen die rond de Noorderkerk woonden, dat het putwater onbruikbaar was. De gouverneur, het ministerie, de geneeskundige commissies en hoogleraar Bakker waren voorstanders van een snelle aanleg van begraafplaatsen buiten de stad.³²⁰ Het stadsbestuur vertraagde dit op allerlei manieren. Ze gaf aan geen grond te bezitten buiten de stad, bagatelliseerde de klachten van de inwoners, vroeg de gouverneur en de geneeskundige commissie nog eens om advies en kwam met onhaalbare voorstellen, zoals de idee om de dwingers als begraafplaats te gaan gebruiken. Ze was zo wijs dit zelf weer aan de kant te schuiven. De veronderstelling dat het op weerstand bij het publiek zou stuiten omdat de begraafplaats voor misdadigers zich daar bevond, was waarschijnlijk terecht.

De (besturende) elite hoefde zich in de eerste fase van de epidemie ook nog niet ongerust te maken. De slachtoffers vielen aanvankelijk hoofdzakelijk onder de armen. Het begraven in kerken werd in deze fase niet ter discussie gesteld. In november was de toestand echter heel anders. Het noodlot sloeg ook onder gegoeden toe. In vijf kerken werden in korte tijd 388 personen begraven. Dat gaf veel overlast, maar het stadsbestuur verbood niets. De koning nam het noodzakelijke besluit: het begraven in de kerken werd met ingang van 1 december verboden.³²¹

In december 1826 was de stad klaar met het plan voor nieuwe begraafplaatsen buiten de stadswallen. Ze waren op de plekken die in de Franse tijd al waren uitgezocht, gepland. Maar het stadsbestuur maakte geen haast met de uitvoering. De gouverneur oefende verschillende keren forse druk uit

*opdat deze gewichtige zaak, waarop het oog des Konings zoo zeer gevestigd is, met den meest mogelijken spoed ... ten einde [wordt] gebracht.*³²²

Het duurde nog negen maanden voordat de begraafplaatsen konden worden gebruikt. Eind augustus 1827 – het aantal sterfgevallen nam op dat moment weer toe omdat de malariakoortsen de kop weer opstaken – voerden de gouverneur en B en W een pittige briefwisseling. De derde aanschrijving van de gouverneur binnen vier dagen was een bevel: ‘Ter vermindering van de indruk die bij het gouvernement bij een langer uitstel zou kunnen ontstaan’ dienden met ingang van de volgende dag (!) de gratis begrafenissen binnen de stad te stoppen.³²³ Het was menens. B en W kondigden toen af dat bedeelden met ingang van 30 augustus niet meer binnen de stad mochten

worden begraven.³²⁴ Twee maanden later gold het verbod voor de hele stedelijke bevolking.³²⁵ Na 1 november 1827 mochten alleen de twee nieuwe begraafplaatsen buiten de wallen nog worden gebruikt. Hiermee kwam een eind aan het begraven in kerken en binnen de stadswallen. De sociale verschillen die voorheen tot uitdrukking kwamen in de plaats van begraven binnen de stad, werden vanaf dat moment zichtbaar op het kerkhof, door de invoering van een vijf klassensysteem.³²⁶ De nieuwe begraafplaatsen werden door de lokale elite al vrij snel als een verbetering gezien.³²⁷

Het begrafenisreglement van 1 oktober 1827 bevatte een paar artikelen die betrekking hadden op lucht- en bodemverontreiniging. De diepte van de graven werd precies omschreven en het graf mocht 20 jaar niet ‘geroerd’ worden. Aarde van de begraafplaats mocht niet buiten de omheining terechtkomen. Hoe de relatie tussen hygiëne en armoede volgens tijdgenoten was, zien we in de bepaling dat de graven van de armsten (klasse vijf) om en om geopend moesten worden. Dit was bij de andere klassen niet vereist. Aan de laagste sociale groepen, waaronder de meeste slachtoffers vielen bij epidemische en besmettelijke ziekten, werd zelfs na hun overlijden nog een hogere mate van verontreiniging toegedicht. Verder mochten geen hoge bomen en muren rond het hof worden geplaatst om de toevoer van frisse lucht niet te hinderen.

De begrafenis moest normaliter binnen vier dagen plaatsvinden en wanneer het overlijden het gevolg was van een besmettelijke ziekte binnen drie dagen. Medici werden uitgenodigd indicaties voor het vervroegen van begraven zo spoedig mogelijk te melden. Tijdens de epidemie van 1826 werd besloten dat begrafenissen om 8 uur ’s morgens moesten plaatsvinden en daarna is dit zo gebleven. Dit besluit riep een reactie op uit de bevolking. Niet minder dan 677 personen, waaronder medicus Busch, vroegen het stadsbestuur om het tijdstip te verschuiven naar de middag.³²⁸ Nadeligheid voor de gezondheid – verschillende mensen zouden al ziek geworden zijn door de ochtendkou – werd als motief aangevoerd. Het oordeel over wat voor de gezondheid goed was, leidde tot tegengestelde conclusies. Het protest heeft de rekwestranten niets opgeleverd.³²⁹

De nieuwe begraafplaatsen en het reglement waren een direct gevolg van de epidemie. Groningen nam op het punt van het begraven buiten de kerken en buiten de stad een voorhoede-positie in het land in. Zwolle en Amsterdam zijn voorbeelden van steden waar nog lange tijd in kerken werd begraven.³³⁰ In 1827 stelde het Rijk de oude Franse regels weer in werking. Hierin werd onder andere bepaald dat binnen een afstand van 35 meter van een waterput niemand mocht worden begraven. De Zwolse en Amsterdamse praktijk zijn illustratief voor het feit dat het decreet op veel plaatsen niet werd nageleefd. De Begrafeniswet van 1869 maakte definitief een einde aan de oude gebruiken. Het was de eerste wet op het vlak van de openbare hygiëne na de instelling van het staatstoezicht.³³¹ Een provinciaal onderzoek in Groningen in 1870 leverde veel begraafplaatsen op die niet aan de wettelijke criteria voldeden. Die in de stad vormden een gunstige uitzondering. Daar was het al sinds 1827 in orde.³³²

In 1856 werd het politiereglement aangepast. Het was voor raadslid en medicus Baart de la Faille dé gelegenheid om in het belang van de volksgezondheid veranderingen voor te stellen in het hoofdstuk over het begraven. Hij pleitte voor het verkorten van de termijn voor het begraven naar drie

dagen en het bewaren van overledenen in de woningen niet langer toe te staan. Daar zouden aparte verblijven voor moeten komen. Het lukte hem niet dit aangenomen te krijgen. Voor hem waren deze punten zo belangrijk dat hij daarom, als enige raadslid, het hele politiereglement verwierp.³³³

Uit voorgaande is voldoende gebleken dat het stadsbestuur en de stedelijke bovenlaag nauwelijks bereid waren om op grond van motieven van publieke hygiëne en volksgezondheid tot nieuwe begraafplaatsen te besluiten. Kleine aanpassingen aan de oude omstandigheden ter bescherming van de eigen woonomgeving en levensomstandigheden waren wat hen betreft voldoende. Daarin weken ze niet af van wat elders gebruikelijk was. De nieuwe begraafplaatsen waren gunstig voor het leefmilieu van alle bevolkingsgroepen. Op de hygiënische omstandigheden rond de Noorderkerk heeft het waarschijnlijk de meeste invloed gehad. De nieuwe begraafplaatsen werden aan de stad opgedrongen door de hogere overheden. Die waren 'dwangactor'. Toen ze er eenmaal waren, bleken het mooie voorzieningen om het imago van de stad mee op te vijzelen.

Naar een nieuw stedelijk beleid

In de eerste drie decennia van de negentiende eeuw was de invloed van het Rijk doorslaggevend op het besluit tot de aanleg van begraafplaatsen en de nieuwe drekstoeep, in het stimuleren van de vaccinatie en op een aantal punten in de bestrijding van besmettelijke ziekten. De rol van het nationale bestuur in de stedelijke omstandigheden was in deze periode van betekenis. Begin jaren dertig werd bij de pokkenpreventie en de cholerabestrijding, vanuit landelijke perspectief gezien, een hogere mate van integratie bereikt dan bij de begraafpraktijken en de vuilverwerking. Dat bleven toch vooral lokale aangelegenheden. De lokale verschillen in de bestrijding van syfilis en rabiës, het begraven en de vuilnisverwerking waren groot. Na de cholera-epidemie van 1832 kwam een eind aan dit 'staatsdirigisme'.

In de jaren dertig en veertig was de aandacht van het Rijk gericht op de perikelen in de zuidelijke Nederlanden en de overheidstekorten. Bemoeienis met lokale volksgezondheidszaken was toen niet aan de orde.³³⁴ De stad kampte in deze periode eveneens met grote financiële tekorten. Het bleek dat wanneer het van het lokale bestuur moest komen, er niet veel gebeurde. Het stokken van de syfilis- en rabiësbestrijding, het verwaarlozen van de zorg voor het oppervlaktewater en het bemoeilijken van de toegang tot het ziekenhuis zijn daarvan voorbeelden. De plaatselijke geneeskundige commissie stond in de tweede helft van de jaren dertig en de jaren veertig onder leiding van de alerte en werkzame professor Sebastian. Hij trachtte het stadsbestuur tot een actiever beleid in de gezondheidszorg te porren. Maar dat lukte niet.

Lokaal initiatief op het vlak van de openbare hygiëne bleef beperkt tot zaken waarvan verwacht kon worden dat de baten hoger waren dan de kosten. Een stedelijk project van een andere orde uit deze periode was de oprichting van bewaarscholen voor kleuters. Men vond deze scholen belangrijk 'omdat er voor de lichamelijke vorming dezer kinderen en hunne gezondheid dan beter kon worden gezorgd'. Heelmeester Einthoven meldde dat onder jonge kinderen veel ongevallen, met name verbrandingen, voorkwamen, omdat er slecht op hen werd gepast. Het belangrijkste voordeel

van de bewaarscholen was dat moeders konden werken als de kinderen onderdak hadden. Als de moeders wat verdienden hoefden ze geen beroep op de diaconie te doen. Een verder liggend doel was dat de kinderen

*sterker wordende, ook beter geschikt zijn, om te arbeiden ... en zij zoo reeds vroeg aan orde, ondergeschiktheid en vooral aan werkzaamheid gewend worden.*³³⁵

De stad wilde ook niet achter blijven bij andere, 'zelfs kleine', steden. In overeenstemming met

de behoeften van de stad, en den rang, dien dezelve onder de Nederlandsche steden wenscht en behoort te bekleden

behoorden er bewaarscholen te zijn.³³⁶ De schooltjes dienden nogal wat doelen: preventie armenzorgafhankelijkheid op korte termijn, disciplineren van jonge kinderen, gezondheidspromotie met het oog op preventie van armenzorgafhankelijkheid op langere termijn en stedelijke trots.

De eerste school was bestemd voor 48 kinderen uit de 'fatsoenlijke klasse' (1838). In 1841 en 1849 werden scholen voor de kinderen van de armen gebouwd. Elke school kon 300 kinderen opvangen. In de armenscholen werden tuimelramen aangebracht en werd gezorgd voor ruime lokalen om voldoende luchtverversing te garanderen. Een ruime speelplaats droeg ook bij aan de gunstige condities.³³⁷ De katholieken stichtten in 1850 hun eigen bewaarschool voor 100 jeugdigen.³³⁸ Alles bij elkaar werd in de jaren veertig voor 750 kinderen een betere dagopvang tot stand gebracht.

Van particuliere zijde waren er ook twee initiatieven. In 1844 begon het Nut met gymnastiekonderwijs. Groningen was een van de weinige plaatsen in Nederland waar in de jaren veertig al gymnastiekonderwijs werd gegeven.³³⁹ De ouders moesten voor dit onderwijs een kleine vergoeding betalen, zodat we kunnen aannemen dat alleen kinderen uit de midden- en hogere sociale lagen hier naar toe gingen. De Groningse onderwijzer Rijkens was de inspirator van dit gymnastiekonderwijs. Vanaf 1839 gaf hij ook lichamelijke oefening op Groningse scholen. Hij genoot landelijke bekendheid, onder andere door zijn boek (1843). Een ander particuliere initiatief uit de periode voor 1850 betrof de bouw van armenwoningen door het diakengezelschap (zie hierna).

Hiervoor zagen we dat de vuilnis- en mestinzameling en -opslag en de controle op de nijverheid na het midden van de eeuw werd geïntensiveerd. De pokkenpreventie verslaptte echter, terwijl de rabiësbestrijding weer op de rol werd gezet. In het liberale klimaat van na het midden van de eeuw werden andere accenten gelegd. Voor 1850 was het stadsbestuur ook kritisch in het aannemen van taken, maar de keuzes werden vooral door financiële en standsmotieven bepaald. Na 1850 toetste het stadsbestuur alles aan het criterium van het 'algemeen belang'. Er werd een meer principiële discussie gevoerd over wat tot de taak van het openbare bestuur hoorde. Wat onder 'algemeen belang' verstaan moest worden en wat er toe behoorde, leverde de nodige discussie op. Een heldere definitie of criteria ontbraken. Soms werd het omschreven als 'voor alle klassen'. Een viertal zaken viel in ieder geval onder de norm van het 'algemeen belang': (gymnastiek)onderwijs en drie tech-

nisch-hygiënische voorzieningen.

Het gymnastiekonderwijs van het Nut werd vanaf 1855 door de stad gesubsidieerd en in een stedelijk lokaal gegeven. Het onderwijs droeg er toe bij dat de oorzaken van ‘zwakke en ziekelijke lichaamsgestellen’ werden weggenomen en dat de schooljeugd tot een ‘krachtig en gezond volk’ opgroeide.³⁴⁰ Men verwachtte dat de leefwijze van de armen door het gymnastiekonderwijs zou verbeteren. Het directe toezicht op de armen (armenpatronaat) dat hetzelfde doel nastreefde, moest volgens de stad door liefdadigheidscommissies en de armenzorg uitgevoerd worden. Dat vond zij een particuliere taak, in tegenstelling tot de geneeskundige commissie en de Choleracommissie, die het een ‘openbare taak’ vonden. Het stadsbestuur verwachtte meer van het onderwijs: ‘de volksopvoeding vermag veel in dezen’, waaronder het ‘bevorderen van de humaniteit bij alle klassen’.³⁴¹ Het stadsbestuur beloofde in 1856 de schoollokalen te verbeteren – nog voor de nieuwe schoolwet van 1857! – wat ook gebeurde. Men hechtte gaandeweg meer waarde aan het reinigen, luchten, verlichten en verwarmen van de lokalen. Kinderen waarbij ‘grote onzindelijkheid’ werd geconstateerd, konden van school worden verwijderd. De lokalen van het gymnasium kregen in 1863 extra aandacht. Als gevolg van de nieuwe schoolwet werd in 1864 de subsidie van het gymnastiekonderwijs fors verhoogd.³⁴² In 1870 werd het helemaal door de stad overgenomen.

De drie technisch-hygiënische voorzieningen die ‘de gezondheid en de zindelijkheid der gemeente [moesten] bevorderen’, waren geen ad hoc voorzieningen.³⁴³ De riolering, publieke privaten en de uitbreiding van het aantal publieke waterpompen waren bedoeld om de openbare hygiëne blijvend te verbeteren (zie hierna). Deze zaken waren opgenomen in het plan dat de plaatselijke geneeskundige commissie in 1856 aan het stadsbestuur voorlegde. De leden van de Cholera- en Tyfuscommissie hadden ze ook meermalen aangestipt en in landelijk perspectief werden ze door de hygiënisten regelmatig onder de aandacht gebracht.

Welke publiek-hygiënische zaken kwamen op de agenda van de raad maar werden niet gerealiseerd? Waar trok de lokale overheid grenzen tussen publieke en private verantwoordelijkheid? De huisvesting van armen en mingevoeden werd als een taak voor diaconieën en particulieren beschouwd. Het Algemeen Diaken Gezelschap van de Hervormde Kerk bouwde begin jaren veertig met particulier geld honderd woningen in armenbuurten. De huisjes waren bestemd voor hervormde bedeeden. Volgens tijdgenoten waren het ‘uitmuntende kamers’ met twee ‘slaapsteden’, kasten, een zolder en een secreet, maar ze hadden een slechte reputatie. Er was een gemeenschappelijke waterput, veel open ruimte en voldoende frisse lucht om de woningen.³⁴⁴ De huur was lager (50 à 55 cent per week) dan wat gebruikelijk was bij andere arbeiderswoningen (70 à 90 cent), die bovendien vaak nog slechter waren. De huisjes werden gebouwd om de gezondheidstoestand in de betreffende buurten te verbeteren. Deze buurten waren brandhaarden van epidemieën en hoge ziektepercentages waren er gewoon. En ... ‘ziekten der bedeeden drukten zwaar op de armenkassen’.³⁴⁵ De verwachtingen werden waargemaakt, want in deze huisjes kwam bijna geen cholera voor en het aantal lijdens aan andere besmettelijke ziekten daalde eveneens aanzienlijk. Goede wonin-

gen bleven echter schaars. De stad wilde er niet in investeren, ondanks aandringen van medici en filantropen als De Vries Reilingh en Gerhards. De Vries Reilingh hekelde de bewoningsdichtheid in de arbeidershuizen, omdat die tot veel ziekteoverdracht leidde.³⁴⁶

In de jaren zestig werd op een andere basis een nieuw initiatief ontplooid. Een particuliere bouwvereniging bouwde 44 'goede woningen voor de handwerkersstand'. Deze woningen waren voor de betere arbeidersgezinnen van alle gezindten bestemd en niet voor armen en bedeeden zoals bij de huisjes van het Diaken Gezelschap. De vereniging wilde 'zuivere, gezonde, aangename woningen aanbieden aan die klassen ... die niet in staat zijn zelf een woning te bouwen'. De huurprijzen lagen juist hóger dan die van andere arbeiderswoningen. Deze vereniging had in de statuten opgenomen dat het rendement voor de investeerders voldoende moest zijn. Men hield de rentabiliteit van het geïnvesteerde geld scherp in de gaten. Het derde oogmerk was om het aanzien van de stad te verbeteren.³⁴⁷ In deze periode werden in Groningen geen bouwverordeningen aangenomen. De geneeskundige commissie bekritiseerde de te grote vrijheid in het bouwen en de 'schrappzucht' van de huiseigenaren.³⁴⁸ Op initiatief van de Vereeniging ter Bevordering van de Volksgezondheid en de inspecteur werden in 1871 enige globale richtlijnen voor het bouwen geformuleerd.³⁴⁹

Het toezicht op de kwaliteit van de levensmiddelen was beperkt. De controle op brood en vlees werd vanaf 1822 door de bakkers en slaggers uitgeoefend. De verkoop van melk moest in potten met een deksel gebeuren. De functie van stedelijk groenschrijver – deze zag toe op de verkoop van groene etenswaren die per schip de stad binnenkwamen – werd in 1817 afgeschaft omdat er een groentemarkt kwam. Tijdens cholera-epidemieën werd de invoer van onrijp fruit verboden. Daarvoor werden tijdelijk controleurs aangesteld. De visafslag stond onder controle van een stedelijke 'visschrijver'. In 1807 werd de controle, die uit de zeventiende eeuw stamde en in de Bataafse tijd enkele jaren afgeschaft was geweest, weer ingesteld. De controle liet echter vaak te wensen over. Aan de hygiëne op de visbanken werd maar één artikel gewijd.³⁵⁰ In de jaren vijftig werd, tot ongenoegen van de geneeskundige commissie, deze toch al minimale viskeur afgeschaft.³⁵¹

Met de controle op vlees ging het anders. Het slachten van vee en verkopen van vlees werd gaandeweg meer gereguleerd. In 1822 werd het slachten van te jong vee verboden en in 1831 werd daar ziek vee aan toegevoegd. Het verkopen van het vlees van deze dieren werd eveneens niet toegestaan.³⁵² Vanaf 1861 – een belangrijk jaar voor de vleescontrole – mocht vlees van ziek vee niet meer worden ingevoerd en moest men, als men vlees over straat vervoerde, keuring gedogen.³⁵³ Vanaf 1839 drong de geneeskundige commissie verscheidene keren aan op het aanstellen van een keurmeester, omdat de standscontrole te wensen overliet. Maar ze kreeg het niet voor elkaar. Er kwam wel een commissie van vier 'voornamen veehouders' die, in verband met de heersende longziekte, het vee in de stad moest controleren.³⁵⁴ Ruim twintig jaar later (1861) stond de zaak er beter voor. Op aandrang van inwoners werd voor de vleescontrole 'in het gebrek van een kundige veearts ... voorzien'.³⁵⁵ De draagwijdte van dit beleid wordt duidelijk als we weten dat vlees vrijwel uitsluitend door de bovenlaag werd gegeten en de lagere sociale groepen hoofdzake-

lijk brood en aardappelen en soms spek aten. Vis werd meer door de armen dan door gegoeden geconsumeerd.³⁵⁶ De controle op het voedsel van de armen werd minder, terwijl het voedselpakket van de bovenlagen aan meer controle werd onderworpen.

Volgens de Groningse afdeling van de Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst kwamen voedselvervalsingen zelden voor. Dit is te rooskleurig voorgesteld. Vervalsingen waren een wijdverbreid verschijnsel en het is onwaarschijnlijk dat dit in Groningen anders was. De geneeskundige commissie deed enkele keren wegens vermoeden van vergiftiging onderzoek naar voedingswaren, maar slechts zelden kon dit worden bevestigd. In 1859 ontstond onrust omdat in verschillende plaatsen in het land vergiftigd anijszaad was gevonden. In opdracht van de stad en de provincie onderzochten de geneeskundige commissies de hele voorraad in de stad en de provincie. In de stad verkochten 60 winkels anijszaad en in zeven winkels werd giftig zaad gevonden. De producten van drogisterij Catz kwamen als zeer slecht uit de bus. De bevolking en de verkopers werden uitgebreid gewaarschuwd om voorzichtig te zijn.³⁵⁷ Een dergelijk grootschalig onderzoek was een uitzondering. Melkvervalsing werd in 1855 door de afdeling van de Maatschappij en in 1863 door de redactie van de *Groninger Courant* aan de kaak gesteld.³⁵⁸

Het aantal Groningse lotelingen dat werd afgekeurd voor de militaire dienst, steeg na 1836. Algemeen wordt dit gezien als een indicatie van een verslechterde voedselsituatie. Het verband was in de negentiende eeuw al bekend.³⁵⁹ De stad bemoeide zich nauwelijks met de vraag of de lagere sociale groepen over voldoende voedsel beschikten. Zij subsidieerde de spijscommissie die in de winter soep aan de armen uitdeelde en stond elk jaar garant voor 600 porties soep. Verder gold een maximumprijs voor brood (de broodzetting). Tweemaal werd de broodprijs extra aan banden gelegd. In 1817 en in 1847 waren de broodprijzen exceptioneel hoog. In 1847 ging een gewelddadig oproer vooraf aan de prijsregulering. Zes jaar later waren de opvattingen fundamenteel veranderd. De maximumprijs werd in 1853 op grond van 'het beginsel van vrije mededinging' afgeschaft. Men verwachtte dat de afschaffing van de accijnzen gunstig voor de lagere sociale lagen zou uitpakken.³⁶⁰ Kort daarop stegen de voedselprijzen door de Krimoorlog, maar de magistraat kwam niet terug op haar besluit.

Uit voorgaande valt te concluderen dat huisvesting en voeding als particuliere zaken werden gezien. Voor grote groepen van de bevolking verbeterde op deze twee levensgebieden nauwelijks iets. Alleen op het vlak van de voedselbescherming van enkele 'rijkeluis-producten' werden garanties geschapen. Een vergiftigingszaak die omvangrijk leek te worden, werd wel tot op de bodem uitgezocht. In de jaren vijftig openbaarde het verschil in visie tussen overheid enerzijds en medische stand en particuliere liefdadigheidsorganisaties anderzijds, zich ook op deze gebieden. De lokale overheid hield zich verre van zaken die in de privé-sfeer lagen.

Over een zwem- en badinrichting werd langdurig gesproken. De discussie hierover illustreert fraai de marges waarbinnen de stad wilde opereren. De belangstelling voor baden, we zagen het al in hoofdstuk 6, groeide allengs vanaf de jaren dertig. Het eerste concrete plan voor een 'bad-, was- en verwarmingsinrichting' kwam van medicus Verwey (1854). Hij ontwierp een naar

negentiende-eeuwse normen prachtige voorziening, waarbij het Utrechtse badhuis als voorbeeld diende.³⁶¹ Volgens Verwey moest het een gemeentelijke voorziening worden. Het doel was de gezondheid en zindelijkheid onder armen te bevorderen en 'ijverige minvermogende werklieden' verantwoorde vrijetijdsbesteding aan te bieden.³⁶² De armen moesten met een verwijsbriefje van de armendokter gratis gebruik van het badhuis kunnen maken. Patiënten die aan huidziekten leden – een veel voorkomend gezondheidsprobleem – konden tegen gereduceerd tarief gebruik maken van het badhuis. Het plan was doorspekt met opvoedings- en disciplinerings-elementen en het laat zich raden dat het voorstel in dit tijdsgewricht werd afgekeurd. De motivering van de raad is interessant. Een 'zuinige huisvrouw' kon de was thuis goedkoper doen en er zou daarom geen behoefte aan een wasinrichting zijn. Verder verwachtte men dat de exploitatie te duur zou worden. Een principieel punt was dat de raad vond dat het een zaak van particulieren behoorde te zijn.³⁶³

Het tweede plan – gemaakt door Barghoorn in 1859 – werd door de plaatselijke geneeskundige commissie positief beoordeeld, alleen de waterdoorstroming kon beter. Over dit veel eenvoudiger plan, waarbij het accent op een zweminrichting lag, werd lange tijd geen besluit genomen. In 1863 werd het plan eindelijk in de raad besproken. Tussen 1859 en 1863 begon de visie op de rol van de lokale overheid te schuiven. In de syfilisbestrijding en de subsidiëring van het vaccinatiebureau kwam dat al tot uiting. De raad stelde in 1863 dat de 'hygiene publique' een zaak van 'algemeen belang' was en een badinrichting werd zowel nuttig als in het 'algemeen belang' geacht. Wanneer we het baden plaatsen binnen het domein van wonen, huisvesting en individuele lichaamsverzorging, dan zien we dat het voorheen nauw bemeten gebied van de publieke gezondheidszorg verbreed werd. In de jaren zestig werd het vrij ongezuiverde liberale standpunt uit de jaren vijftig genuanceerd. Of, zo men wil, er werd een bredere invulling aan het begrip 'algemeen belang' gegeven.

Barghoorn kreeg geen toestemming om zijn plan uit te voeren. Hij wilde de zweminrichting zelf exploiteren, terwijl de raad vond dat het een stadsvoorziening moest worden. De raad was verder van mening dat, wilde het iets goeds worden, het voor meer mensen toegankelijk moest zijn en meer functies moest krijgen. Het zou ook een bad- en washuis moeten zijn, waar kleding en dergelijke gewassen konden worden. Daarvoor was situering in de stad vereist en niet erbuiten, zoals door Barghoorn was gepland. Men had de badhuizen in Utrecht en in Engelse steden voor ogen. Zo'n uitgebreide bad- en wasvoorziening, geëxploiteerd door de stad naar het voorbeeld van Utrecht, was nu juist in 1854 door Verwey bedacht. De raad had moeite de consequenties te trekken uit de gewijzigde opstelling. Kennelijk was de tijd er nog niet rijp voor of schrok men terug voor de financiële gevolgen. In 1889 waren de tijdgeest en de stedelijke omstandigheden inmiddels anders en werd een nieuw zwembad gebouwd. Tot die tijd bleef men als vanouds in het Hoornse Diep baden en werd de was thuis gedaan.

De drie medisch-hygiënische infrastructurele projecten – al was ook hierbij het hygiënische aspect niet het enige moverende punt – komen nu aan de orde.

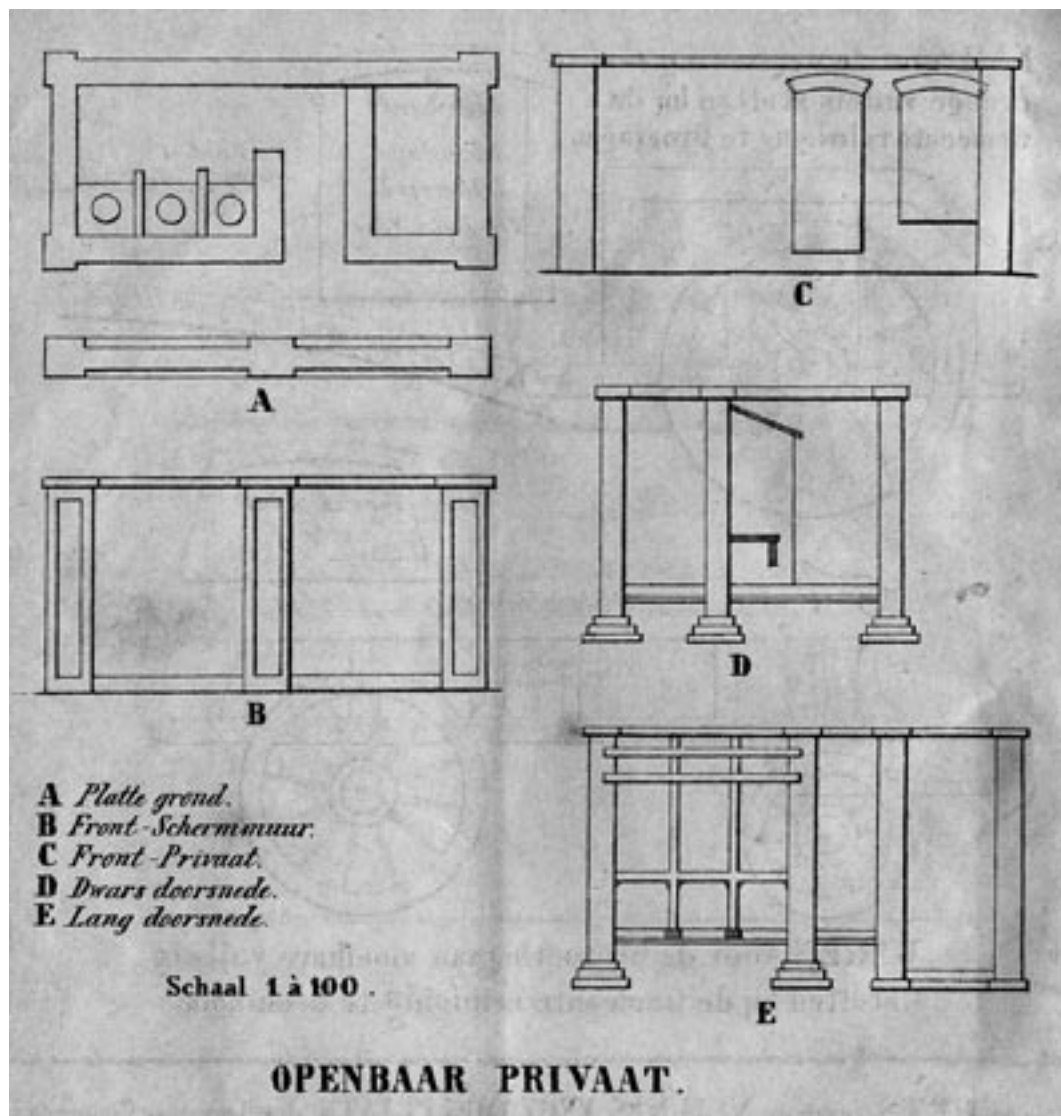
Publieke privaten

Huiseigenaars hadden sinds 1735 de verplichting om aan huurders vaten verschaffen voor het verzamelen van urine en fecaliën. In 1822 werd besloten dat bewoners zelf voor tonnen dienden te zorgen.³⁶⁴ Veel inwoners hadden thuis echter te weinig ruimte. Wat in 1822 was bepaald, was lang niet voor iedereen haalbaar. De privé-privaten die er wel waren, werden als ronduit nadelig voor de gezondheid beschouwd, omdat de stank zich door de hele woning verspreidde.³⁶⁵ De ‘menselijke drekstoffen’ verdwenen veelal in de goten, die op het oppervlaktewater uitkwamen. De bevolking in de armenbuurten had boven de sloten langs de wallen privaten geplaatst. Dit was niet toegestaan maar werd lange tijd gedoogd. De sloten werden hierdoor in feite open riolen.

In de achttiende eeuw werden de eerste publieke privaten voor algemeen gebruik in de stad geplaatst. Aan het begin van de negentiende eeuw waren ze onder de bruggen over de diepen en op enkele publieke plaatsen, zoals bij kerkhoven en in kazernes, te vinden.³⁶⁶ Het aantal was beperkt. Uit de situering valt op te maken dat ze bedoeld waren voor de bewoners van de binnenstad en mensen die tijdelijk in de stad verbleven. De aanwezigheid van publieke privaten in het centrum voorkwam niet dat het verbod om het zich ontlasten in het openbaar vooral op marktdagen slecht werd nageleefd.³⁶⁷ In de armenwijken waren geen publieke privaten. Het hygiënemotief speelde een ondergeschikte rol, want veel publieke privaten loosden op het oppervlaktewater.

In de negentiende eeuw werd het beleid door hygiënische en financiële motieven bepaald. Tussen 1819 en 1821 werd de toestand van de openbare privaten enigszins verbeterd. Tien privaten onder de bruggen werden van vaten voorzien die door de reinigingsdienst werden geleeqd. Tijdens de epidemie van 1826-1827 werden de particuliere privaten boven de sloten langs de wallen opgeruimd. Ter compensatie werden elf nieuwe houten publieke privaten onder de wallen geplaatst (1828). De meeste kwamen tussen de Steentilpoort en de Marwixdwinger (in het zuiden) en enkele ten noorden van de Kranepoort. Aan het einde van de Jonkerstraat, waar Renske Wolf woonde, kwam ook één. In 1865 werd dit privaat als ‘vervallen’ omschreven en opgeruimd.³⁶⁸ Het plaatsingspatroon kwam overeen met het verspreidingspatroon van tyfus in de jaren 1817-1819 en van malaria in 1826-1827. Voor het eerst kwamen in de wijken tussen de diepenring en de wallen publieke privaten. Ze waren bestemd voor de eigen bevolking en niet voor passanten. Door de armenbuurten van publieke privaten te voorzien werd het bereik fors groter. Het belangrijkste motief voor het opruimen van de oude particuliere privaten en de uitbreiding van het aantal publieke privaten was het bevorderen van de publieke hygiëne dat wil zeggen het verminderen van de mogelijkheid van besmetting door bedorven lucht. Het financiële rendement speelde toen nauwelijks een rol. Ondanks deze investeringen bleef de capaciteit laag en de kwaliteit slecht. Na deze uitbreiding bleef de situatie drie decennia, tot in de tweede helft van de jaren vijftig, nagenoeg hetzelfde. De cholera-epidemieën van 1848 tot en met 1854 hebben niet tot initiatieven geleid.

Op de lijst van te nemen hygiënemaatregelen die de geneeskundige commissie in 1856 had opgesteld, stond ook de verbetering en uitbreiding van de publieke privaten.³⁶⁹ Het stadsbestuur was eind jaren vijftig ook van mening dat ‘ter bevordering der reinheid der straten en van de



Bestektekening van een publiek privaat, ca 1870

gezondheid der bewoners' een 'groot aantal' publieke privaten nodig was.³⁷⁰ Men concentreerde zich eerst op de bestaande privaten in scholen, kazernes en het Groene Weeshuis, waar door de stad vaten in werden geplaatst. De oude houten publieke privaten uit de jaren twintig waren inmiddels kostbaar in onderhoud en ontsierden de omgeving en omwonenden klaagden er over.³⁷¹ Ze werden tussen 1857 en 1865 opgeruimd. Die in de Jonkerstraat was dus een van de laatste.

Om de stad te voorzien van voldoende nette publieke privaten zijn twee plannen gemaakt. Het plan van Buttinger (1856) bestond uit de bouw van 46 nieuwe privaten en het plaatsen van één openbare mestbak. Vijf privaten zouden in steegjes en gangen binnen de diepenring moeten komen en geen enkele in het centrum. De andere 41 waren in de dichtbevolkte armenbuurten in de nieuwe stad of in de vestingwal op militaire grond geprojecteerd.³⁷² Een vergelijking met de inventarisatie van de mestverzamelingen in de geneeskundige plaatsbeschrijving van Stratingh wijst uit dat Buttinger ze op precies dezelfde plekken had gepland als waar Stratingh twee jaar later de meeste mesthopen vond.³⁷³ Buttinger wilde de mesthopen uit de straten verwijderen en voorzieningen voor armen creëren. Hij hield geen rekening met passanten en de belangen van veehouders. Dat laatste was een misrekening, want die groep kon nog lang rekenen op de steun van de stedelijke overheid.

Wethouder Trip was verantwoordelijk voor de keuze van de bouwplaatsen en de uitvoering. Hij volgde aanvankelijk een andere koers. Met de minister van Oorlog kwam hij overeen dat negentien privaten in de wallen (militaire grond) werden gebouwd. Dat was een gezamenlijk belang. Het Rijk kreeg de beschikking over privaten voor de militairen en de stad was goedkoper uit. Het besluit was snel genomen en in 1857 werden de eerste vier gerealiseerd.³⁷⁴ In 1859 waren er al tien. Tegen die tijd wilde de raad ook privaten in 'het bebouwde gedeelte der gemeente'.³⁷⁵ Stadsbouwmeester Beusekom maakte daarvoor op verzoek van de raad een plan (1859). Hij onderwierp de bestaande privaten ook aan een onderzoek.³⁷⁶ Slechts twee oude konden de toets van zijn kritiek doorstaan. Beusekom tekende naast de al tot stand gekomen nieuwe, nog 48 privaten in op de plattegrond. Het netwerk van Beusekom was dichter dan dat van Buttinger. Een tweede verschil was dat Beusekom ook privaten in het centrum van de stad plande. Hier pleitte Stratingh, die inmiddels zijn geneeskundige plaatsbeschrijving had gepubliceerd, ook voor. De privaten in het centrum moesten dicht bij de markten komen.³⁷⁷ Beusekom liet het oog vallen op een plaats tussen de Beurs en de A-kerk: daar kon een 'net achtkant gebouwde' komen *à raison* van f 900,-. De anderen kregen een soberder aanzien of kwamen in aangekochte kamers, die voor het nieuwe doel geschikt werden gemaakt (begrote kosten f 200,- à f 400,- per stuk).

De raad ontving het voorstel van Beusekom gematigd positief. Het plan was 'ruim' en het was niet nodig om het volledig uit te voeren. Met name enige nieuw te bouwen exemplaren konden achterwege blijven. Nummer 26, de mooie achter de Korenbeurs, was ook niet nodig, 'althans niet op de voorgestelde wijze'.³⁷⁸ De uitvoering kon soberder. Het plan hoefde niet volgens een vastgesteld rooster uitgevoerd te worden, maar kon aangepast worden aan de 'billijke voorwaarden' waarop bouwterreinen konden worden verkregen. De raad wilde dat eerst de privaten in de omgeving van de vestingwallen, 'in verband met de onreinheid van de daarbij gelegen buurten', zouden worden gebouwd. Deze privaten waren goedkoper omdat er geen grond voor hoefde te worden gekocht. Daarna konden die bij de diepen er komen. Het belang van deze privaten lag in de vermindering van de verontreiniging van het oppervlaktewater en de hogere opbrengst aan mest. Als laatste konden de privaten in buurten waar dat voor de publieke hygiëne wenselijk was, worden

gebouwd. Rendement en hygiëne werden nauw aan elkaar verbonden. Het rendementsstreven – door kosten te drukken en opbrengsten te verhogen – ging zwaarder wegen dan voorheen.³⁷⁹ De raad verhoogde op de begroting de gebruikelijke f 1000,- per jaar voor onderhoud van de oude privaten naar f 2000,- om de nieuwbouw te kunnen realiseren. Men dacht binnen 10 à 12 jaar klaar te zijn met het plan.³⁸⁰

In de gemeenteverslagen kunnen we van jaar tot jaar volgen wat eind jaren vijftig en in de jaren zestig is gerealiseerd. De grote lijn van de ‘gewenste volgorde’ is aangehouden. Het mooie exemplaar achter de Korenbeurs is er niet gekomen. In plaats daarvan kwamen twee eenvoudiger exemplaren achter de Martinikerk. In verband met de toenemende bedrijvigheid werd in de buurt van de A-poort ook een privaat nodig geacht (1870). Aanvankelijk was daar niets gepland. De rest kwam hoofdzakelijk in de armenbuurten in het zuiden en noordwesten van de stad. Vlak achter de wallen van de Steentilpoort tot de Ebbingepoort kwam als het ware een ring van privaten. In het zuiden was de dichtheid groter. Aan de noordkant van het Zuiderdiep kwamen er ook nog een paar. De oude privaten onder de bruggen werden verwijderd. Het verschil met de oude situatie was dat de nieuwe privaten dichterbij de bevolkingsgroepen kwamen die ze nodig hadden, dat het netwerk veel dichterbij werd en dat nu in steen werd gebouwd. De meeste privaten werden gebouwd in de buurten waar tyfus en cholera altijd hevig woedden.³⁸¹

In de eerste jaren, van 1857 tot en met 1859, werden zestien gebouwtjes met publieke privaten gerealiseerd. De meeste privaten werden tussen 1860 en 1862 (26) en in 1866 (10) gebouwd. In 1868 stond de teller inmiddels op 63. De bouwpieken kunnen onmiskenbaar gekoppeld worden aan epidemieën. De start van de bouw golf (1857) was na een ernstige tyfusepidemie, de twee andere pieken vielen na de malaria-epidemie van 1859-1860 en na de cholera in 1866. In 1866 maakten sommige raadsleden bezwaar tegen de hoge post op de begroting, maar dat werd snel aan de kant geschoven. ‘In het belang van de reinheid en gezondheid kan aan vermindering thans niet gedacht worden’ was de stevig klinkende conclusie.³⁸² Er werden toen bij alle privaten vuilnisbakken geplaatst. In 1869 vond men het aantal inmiddels voldoende. De post kwam ‘pro memorie’ op de begroting.³⁸³ Tot 1876 werden nog enkele bijgebouwd.³⁸⁴ Eind jaren zeventig werd door de slechting van de wallen een groot aantal privaten weer opgeruimd.³⁸⁵ Het feilen bleek toen ook steeds meer, omdat ze verwerden tot nieuwe vuilnisverzamelingen.³⁸⁶ Een aantal privaten zou echter nog verscheidene tientallen jaren blijven staan.

Vergeleken met het oorspronkelijke plan werden uiteindelijk in de wijken L en R veel meer privaten gebouwd en in wijk O (omgeving Boterdiep) en in het zuiden van wijk P minder. Wijk S werd ook ruim voorzien, maar dat was gepland. De toename in wijk L is verklaarbaar vanuit het feit dat in de jaren zestig toenemende zorg werd geuit over de ‘kapitale gebreken’ in en rond de Violetsteeg. Die omgeving stond, zoals we hiervoor al zagen, ook bekend als ‘tyfusbuurt’.

In 1857 en 1858 werden 33 urinoirs gebouwd. Daarover kwamen veel klachten van omwonenden binnen, zodat ze snel weer werden opgeruimd. De klachten over de privaten vonden B en W wel gegrond, maar ze werden niet gehonoreerd omdat de ervaring in 1863 inmiddels was dat



Moeskersgang, ca 1915. Links van de bewoonde huizen een voormalig publiek privaat met mestbak. Deze zijn in 1902 buiten werking gesteld.

de buurten schoner werden. Dat kwam doordat er nu op één plaats werd verzameld, wat vroeger verspreid in gangen en stegen terecht kwam.³⁸⁷ Hieruit valt op te maken dat de privaten en bakken door de bevolking veel werden gebruikt.

Van 1857 tot en met 1870 heeft de stad f 25.916,- uitgegeven aan bouwkosten en grondaankoop. Buttinger schatte dat elk privaat na aftrek van de kosten jaarlijks f 100,- opbracht. Dit waren voor de stadskas 'aanzienlijke voordelen'. De bouwkosten waren er al binnen vier jaar weer uit. De weerstand tegen verdere uitbreiding in 1866 moet ingegeven zijn door andere motieven, want het langere termijn voordeel was toen al bekend. In 1870 werd nogmaals door het stadsbestuur geconstateerd dat veel gebruik werd gemaakt van de privaten. Anderen ondersteunden het positieve oordeel. Buttinger vond dat de hygiëne in de armenbuurten aanzienlijk was verbeterd.³⁸⁸ Ali Cohen stelde in zijn *Handboek* de Groningse publieke privaten en de wijze waarop deze werden geleegd ten voorbeeld aan andere steden.³⁸⁹

De schatting van Buttinger was gebaseerd op de veronderstelling dat 10% van de vuilnisopbrengst uit de publieke privaten kwam, wat voor de periode 1861 tot en met 1870 neerkwam op

826 scheepsladingen.³⁹⁰ Dat was een flinke hoeveelheid die niet meer of in ieder geval veel minder in de diepen en grachten en in de bodem terecht kwam. Er staat tegenover dat het nodige nog bleef liggen. Dat nog niet alles even ‘rein’ was, is ook af te leiden uit het feit dat de privaten maar drie keer per week werden schoongemaakt. Alleen tijdens epidemieën werden ze dagelijks geleegd. De potentiële gebruikersgroep van sommige privaten bestond uit enkele honderden personen. Die combinatie van omstandigheden kan niet anders dan onhygiënische situaties teweeg hebben gebracht.³⁹¹ Bovendien kwamen via andere routes ook nog veel fecaliën in de bodem en het oppervlaktewater terecht.

De publieke privaten zijn een exponent van het gebrekkige inzicht in de wijze waarop een gezonder leefmilieu kon worden bereikt, in een periode waarin het draagvlak voor collectieve voorzieningen in de publieke hygiëne groeide. Omdat ze nadrukkelijk in het stadsbeeld aanwezig waren en er een grote hoeveelheid fecaliën en vuilnis werd ingezameld, werd ogenschijnlijk in hygiënisch opzicht veel verbeterd. Maar het was een klassieke oplossing en niet meer dan een uitbreiding van de oude, gebrekkige manier van verzamelen van huisvuil en fecaliën. Aan de keuze die al lang daarvoor was gemaakt – die voor het tonnenstelsel – werd vastgehouden. Door de capaciteitsuitbreiding werd een grotere bevolkingsgroep bereikt, maar er waren geen technische verbeteringen. De organisatorische verandering bestond er uit dat in de armenwijken de eerste stap in de inzameling door de bevolking werd gedaan. De bevolking bracht fecaliën en vuilnis op één punt bij elkaar, waar de reinigingsdienst het verzamelde zaakje vervolgens weghaalde.

De publieke privaten legden nauwelijks beslag op de openbare ruimte. Er werden zo veel mogelijk armenkamers aangekocht omdat dat goedkoper was dan nieuwbouw. Daarnaast maakte de stad gebruik van Rijksgronden. In de andere dan de armenwijken werden de privaten goed verstoppt. Ze tastten het woongenot van de gegoede burgerij niet aan en het aanzien van de binnenstad leed er evenmin onder. De mogelijkheid die de privaten boden om disciplinerend op te kunnen treden – het bestraffen van het ontlasten in het openbaar – werd pas eind jaren zestig benut.

Publieke privaten waren voorzieningen voor armen en voor het reizende publiek. De drijfveer om deze publieke voorzieningen te creëren was gelegen in de angst om besmet te raken door ziekten die voortkwamen uit de onzindelijkheid onder de armen. Het startmoment van de bouw, de bouwgolven na de epidemieën, de combinatie met verzamelbakken voor vuilnis en de situering maken dit duidelijk. Dat de publieke privaten nog lang bleven, kwam doordat ze wat opleverden en omdat er geen bouwverordeningen waren die betere voorzieningen in de woningen afdwongen.

De aanleg van riolering

Aan het begin van de negentiende eeuw kwamen hemelwater, vuilnis, drek en huishoudelijk afval via de open goten in de diepen en sloten terecht. Als het niet veel regende was er onvoldoende doorstroming en verstopte de zaak geregeld.³⁹² De in 1827 ‘ter salubriteit der stad’ afgedwongen opschoning van de wateropen had op de lange termijn nauwelijks effect.³⁹³

Na de cholera-epidemieën van eind jaren veertig barstte de kritiek over de ‘onreinheid’ in de stad, die onder meer door het open afvoersysteem werd veroorzaakt, opnieuw los. Medio jaren vijftig werd met de aanleg van ondergrondse afvoer begonnen. De eerste rioleringen werden door particulieren aangelegd. Van 1854 tot en met 1856 werden de plaatsen waar de wateroverlast het grootst was voorzien van ondergrondse buizen.³⁹⁴ Op de lijst van de geneeskundige commissie uit 1856 stond riolering bovenaan. De commissie pleitte voor een versnelling van de aanleg, met name in wijken waar de afwatering slecht was en stank en ‘uitwasemingen’ het ontstaan van ziektes bevorderden. Zij doelde daarbij op de armenbuurten in de nieuwe stad. Het stadsbestuur vond riolering ook ‘boven alles van het grootste belang’.³⁹⁵ De openbare hygiëne kon volgens haar het beste worden behartigd door riolering ... van de binnenstad. Bouwmeester Beusekom – hij had in deze jaren een enerverende betrekking – presenteerde in 1859 een rioleringsplan dat in tien à twaalf jaar gerealiseerd kon worden. Het plan behelsde de aanleg van riolen in nagenoeg de hele binnenstad en delen van de armenwijken P, Q en R. De magistraat nam het plan aan, met uitzondering van bijna alles wat Beusekom in de wijken P, Q en R had getekend.³⁹⁶ De aanleg van riolering was daar niet nodig, omdat in deze lager gelegen stadsdelen voldoende afloop was om het water weg te laten stromen. Eventueel kon de aanleg in deze wijken later nog wel. Dit was een eufemistische uitdrukking voor ‘niet nodig’.³⁹⁷ De stad hield vast aan haar oorspronkelijk plan om alleen de binnenstad te voorzien van nieuwe riolering. De geneeskundige commissie benadrukte, met een beroep op het ‘algemeen belang’, nog de noodzaak van een betere afvoer in wijk P, maar dat mocht niet baten. De opvatting dat vooral het centrum ontlast moest worden van vuil was niets buitengewoons. In Glasgow ging het exact het zelfde.³⁹⁸ Het beleid sloot aan bij de oude praktijk van een intensievere reiniging van de binnenstad.

De aanleg van riolering, inclusief het plaatsen van zinkputten, werd volgens ‘vastgesteld plan’ uitgevoerd.³⁹⁹ Dit gebeurde zoveel mogelijk in samenhang met het leggen van gasleidingen en de herbestrating van de binnenstad.⁴⁰⁰ Vanaf 1860 werd het tempo opgeschroefd. Het aantal meters dat jaarlijks werd aangelegd, was beduidend meer dan in de zes jaar daarvoor.⁴⁰¹ De stad lag door de infrastructurele werken zo nu en dan behoorlijk overhoop, waar de bevolking veel ongerief van ondervond. Het neringdoende deel van de bevolking protesteerde soms, omdat klanten de winkels niet konden bereiken. Om diezelfde reden waren particulieren in de jaren vijftig juist begonnen met riolering in de straten waar ze hun zaken hadden. De protesten hielpen niet. De raad vond dat riolering een algemeen belang diende en voor ging op individuele belangen van de middenstanders.⁴⁰²

Voor het stadsbestuur en de elite waren publieke hygiëne (met op de achtergrond de angst voor besmettelijke ziekten) en de verfraaiing van de stad (‘netheid en sierlijkheid’) de belangrijkste drijfveren om riolering aan te leggen.⁴⁰³ Het belang dat aan de verfraaiing van de binnenstad werd gehecht, kan afgeleid worden uit de gemeenteverslagen. In de toelichting bij de uitvoering werden steeds belangrijke gebouwen genoemd die langs de straten lagen, die in het betreffende jaar werden gerioleerd. De gebouwen hadden een belangrijke functie voor de handel, het leger, de openbare

besturen, als woonplek van de elite of waren door hen anders gebruikte locaties. In 1856 werden de hoofdwacht, de Waag en de Korenbeurs genoemd en een jaar later de markten en de Guldenstraat, het 'voornamen deel der gemeente'. Verder werden nog vermeld: 'de school voor jonge juffrouwen in de Hofstraat', het raadhuis en in 1863 de Herestraat, zodat deze straat 'een zeer net aanzien heeft gekregen'. Aan het provinciehuis werd ook gedacht. Het verzoek van de lutherse kerk om riolering in de Haddingestraat werd eveneens gehonoreerd.⁴⁰⁴ Eind jaren zestig was het grootste deel van de binnenstad van riolen voorzien. De hoofdstraten en markten waren eerst gedaan en vervolgens de kleinere en minder aanzienlijke straten, precies volgens 'vastgesteld plan'.

Tabel 7.3 Aangelegde ellen riolering en aantal zinkputten, 1854-1880

periode	aangelegde ellen	aantal zinkputten
1854-1859	1402,45	
1860-1870	8273,97	180
1871-1880	8434,38	268

Bronnen: archief gemeentesecretarie, inv.nr. 7331; Verslag van den toestand der gemeente Groningen, diverse jaargangen

Voor 1870 werden duizenden meters open goten bedekt en riolen gegraven. Het oppervlaktewater werd door de opvang van vuilnis in de zinkputten met minder vaste stoffen vervuild, maar vloeibare stoffen bleven evengoed in de diepen en sloten lopen.⁴⁰⁵ Enkele prominente stedelingen, waaronder medici, hadden na de cholera-epidemie van 1866 kritiek op de zinkputten vanwege de stank die er, vooral door de vele verstoppingen, uit opsteeg. Hierdoor waren de riolen volgens hen geen afvoerkanaal, maar 'bewaarplaatsen van vuil' en dus 'voor de gezondheid ... niet dan nadeelig'.⁴⁰⁶ De critici vonden de riolering geen deugdelijke preventieve maatregel meer en legden een relatie tussen de uitbraak van de cholera en de aanleg van de riolering. Binnen tien jaar was hun visie in het tegendeel omgeslagen. Zij wilden weer open goten. De raad liet een onderzoek instellen en schroefde vooralsnog het tempo van de aanleg wat terug. Dit is ook te zien aan de lagere uitgaven in de eerste jaren na 1866. Beusekom stelde voor een proef te nemen met een pomp om de doorspoeling te bevorderen. De eerste proef mislukte, maar de tweede (in de jaren zeventig) lukte wel. Toen was de aanleg al weer op hetzelfde niveau als voorheen. Het aantal geplaatste zinkputten was in de jaren tachtig zelfs hoger dan in het decennium daarvoor. Het geluid van de critici was snel verstomd, het kwam uit een oude en voorbijge tijd.

De stad heeft aanzienlijke uitgaven gedaan aan de riolering. De pendant van de uitgaven, het klinkt bekend, waren de opbrengsten. Daarmee werd het plan aanvaardbaar:

*terwijl in de kosten deswege ook eenigermate zal worden tegemoet gekomen, doordien meer vuilnis in de zinkputten wordt opgevangen, die vroeger in de diepen verloren ging.*⁴⁰⁷

Eind jaren zeventig werden delen van het zuiden en zuidoosten van de nieuwe stad – het gedeelte dat oorspronkelijk niet nodig werd geacht – gerioleerd. De stad ging toen opnieuw op de schop door de slechting van de wallen en de demping van het Zuiderdiep. Eind jaren zestig dacht men klaar te zijn met de riolering, maar tien jaar later werd deze visie herzien omdat de woonwijken van de elite in het zuiden kwamen.

Geografisch gezien waren de riolering en de publieke privaten in de onderhavige periode complementair. De riolering was een voorziening voor het centrum, bedoeld om het vuil uit het centrum af te voeren naar de grachten en de drekstoept. De privaten verzamelden het vuil in de armenwijken. Dat kwam niet in de diepen terecht, maar werd rechtstreeks naar de drekstoept gebracht. In de armenwijken van de nieuwe stad kwam geen riolering. Wel werden in de jaren zestig enkele sloten langs de wallen gedempt. In de hier behandelde periode was riolering geen collectieve voorziening voor de hele bevolking. De diepen vormden letterlijk en figuurlijk een waterscheiding. Aan het eind van de negentiende eeuw werden steeds meer wijken gerioleerd, ook de nieuwe. In het derde decennium van de twintigste eeuw was de hele stad van ondergrondse buizen voorzien en was de riolering een voorziening waar de hele bevolking van profiteerde.

De riolering was een kenmerkend product van de jaren vijftig en zestig, in die zin dat men gericht was op de afvoer van vuilnis, de opbrengsten van het systeem en de kostenbeheersing bij de uitvoering. Dat laatste werd onder andere bereikt door de aanleg samen te laten vallen met ander infrastructurele projecten. Statusmotieven (woongenot) en stadsallure vormden eveneens belangrijke motieven. Doordat ook meer vuilnis werd afgevoerd, was de riolering tevens een capaciteitsuitbreiding van de vuilverwijdering. De riolering was een technische noviteit. Een ondergronds buizenstelsel voor de afwatering bestond voorheen niet in de stad. Dat van de afwatering in de diepen vooralsnog geen probleem werd gemaakt, kwam wellicht ook doordat gegoeden het diepenwater niet voor consumptie gebruikten.

Drinkwatervoorzieningen

Vóór de aanleg van de waterleiding (1881) kon men in Groningen op drie manieren aan drinkwater komen. Water uit de diepen en sloten (oppervlaktewater) werd gebruikt voor privéconsumptie, huishoudelijk gebruik en nijverheidsdoeleinden. Het werd direct opgeschept of met een pomp op de kade naar boven gehaald. Hemelwater was voor consumptie het meest geschikt, maar daarvan kon men te weinig opvangen om aan alle behoefte te voldoen.⁴⁰⁸ Vaak hadden alleen gegoeden een regenbak. Grondwater, naar boven gehaald met putten en pompen, was de derde mogelijkheid.

In de negentiende eeuw waren er nog maar een paar open putten. De meeste waren gesloten of van een zwengelpomp voorzien.⁴⁰⁹ Voor 1800 werden de meeste putten en pompen voor gemeenschappelijk gebruik door particulieren gebouwd en slechts enkele door de stedelijke overheid. Buurtgenootschappen konden vanaf 1731 subsidie krijgen voor het slaan van nieuwe pompen of voor groot onderhoud. Drie partijen, inwoners, huizenbezitters en lokale overheid, hadden belang bij schoon drinkwater en voldoende bluswater. De openbare gezondheid en veiligheid werden

gediend met dit beleid. Voor 1800 waren epidemieën meermalen aanleiding geweest om de toestand van de pompen weer op te vijzelen.

Het tekort aan drinkwater was aan het begin van de negentiende eeuw geen nieuw verschijnsel. Een verband tussen water(gebrek) en epidemieën was al eerder gelegd. De eerste negentiende-eeuwse berichten hierover stammen uit 1809, toen een koortsepidemie dreigde. In 1826 weet Thomassen à Thuessink het chronische drinkwatertekort in de zomer aan twee oorzaken: er waren te weinig putten en de putten die er waren stonden vaak droog. Capaciteit en kwaliteit waren onvoldoende. In sommige stadsdelen was helemaal geen putwater te krijgen.⁴¹⁰ Illustratief voor de slechte drinkwatervoorziening waren de problemen van de spijscommissie. De commissie haalde nog regelmatig water uit de diepen omdat de put van het weeshuis waar ze het water van betrok, droog stond. Nog in 1884 werd voor de bereiding van de soep water uit het Boterdiep gebruikt.⁴¹¹ Eind jaren vijftig werden in enkele warme zomers wegens groot watergebrek op de kades langs de diepen pompen geplaatst.⁴¹² In die tijd schetste Stratingh de drinkwatervoorziening in sombere beelden. De vervuiling van het diepenwater was zo erg, dat vissen er in de zomer niet meer in konden leven. Dit water was

*niet alleen ongeschikt, maar ook voor de gezondheid hoogst nadeelig ... daargelaten het onaangename voor het gevoel dat er gelegen is in de gedachte om zich te moeten wasschen en de spijszen gereed te maken met water, dat bijna voor een aftreksel van uitwerpselen mag gehouden worden.*⁴¹³

Beeldender is het haast niet uit te drukken. De kwaliteit van het pompwater was door de bodemvervuiling ook lang niet altijd goed, maar die van het diepenwater was zonder meer abominabel en verslechterde ook nog in de loop van de eeuw.

In de onderhavige periode waren er ongeveer 50 gemeenschappelijke of buurtpompen in de stad. In de eerste helft van de negentiende eeuw kwamen er geen nieuwe bij. Waarschijnlijk wel enkele particuliere, onder andere bij gasthuizen. Omwonenden die bij een buurtpomp waren aangesloten (gerechtigden), konden water krijgen in ruil voor onderhoudsplicht. Een putmeester was verantwoordelijk voor het toezicht. Het recht op water was gekoppeld aan adressen. Nieuwe bewoners op de aangesloten adressen waren verplicht deel te nemen. Met een hangslot werden de pompen voor niet-gerechtigden afgesloten. Het verspreidingspatroon van de pompen over de stad en het aantal aangesloten adressen is een indicatie voor de toegang die de bevolking in de verschillende stadsdelen had tot pompwater.

In het westelijke stadsdeel rond de Sledemenerstraat (wijk T) was geen enkele buurtpomp. In het oostelijke deel (wijken P en Q) was maar één en in het noorden was ook nauwelijks pompwater beschikbaar voor een groter publiek. De pomp met de meeste deelnemers was in wijk S aan de Heerepoortenmolendrift met 282 gerechtigden. Op de pomp aan de Rademarkt (wijk R) waren 230 adressen aangesloten, waaronder de huisjes van de katholieke diaconie. De 'grootste' pomp in de binnenstad was aan de Torenstraat met 253 aansluitingen. Die op de Nieuwstad had 196 deelnemers. De pompen met de meeste deelnemers waren in de armenbuurten in het zuiden aan weerszijden van het Zuiderdiep. Wanneer we het aantal gerechtigden relateren aan de bevolkings-

omvang dan blijkt dat pompwater vooral te krijgen was in het zuiden en in de binnenstad. Het netwerk in de binnenstad was echter veel dichter dan in de zuidelijke wijken. In het centrum was altijd een pomp dichtbij. In het zuiden was de 'actieradius' van een pomp veel groter. Sommige inwoners moesten enkele straten lopen. Het diepenwater was voor velen dichterbij. Bovendien hadden deze pompen de reputatie dat ze slecht water gaven en vaak droog stonden. Een minpunt in het zuiden was ook dat buiten het bedieningsgebied van de twee pompen niets anders te krijgen was. Het hoge aantal aansluitingen in het zuiden is misleidend voor wat betreft de toegang tot pompwater en de kwaliteit van het water.

Tabel 7.4 Verspreidingspatroon buurtpompen en aantal gerechtigden, 1841

	A	B	C	D	E
binnenstad	34	1317	13680	2133	62
wijk L, M, N en O	10	106	5580	1116	9
wijk P	1	9	2314	411	2
wijk R en S	2	512	4562	898	57

Bronnen: gemeentesecretarie; archief buurt- en brandputten

Toelichting:

A = aantal pompen

B = aantal gerechtigde adressen

C = aantal inwoners volgens Stratingh in 1858

D = aantal huizen volgens Stratingh in 1858

E = percentage huizen met pomprecht

De toegang tot pompwater had ook een sociaal-economische dimensie. Dat kunnen we zien als we inzoomen op buurt- en straatniveau. De pompen in de wijken R en S lagen midden in armenbuurten, maar hadden vrijwel alleen gerechtigden in de bredere en doorgaande straten. De bewoners van de kleine straatjes en steegjes waren niet gerechtigd. Laten we wijk S als voorbeeld nemen. De gerechtigden woonden in de Herestraat (van de poort tot het diep), Prinsenstraat (tot de tweede Drift), zuidzijde van het Zuiderdiep (gedeeltelijk), Grote en Kleine Raamstraat, Ruitersstraat en Molendrift. De inwoners langs de wallen, in de driften, gangetjes en steegjes en ten oosten van de Ruitersstraat waren niet gerechtigd om de pomp te gebruiken.⁴¹⁴ Dat was het grootste gedeelte van de wijk. De laagste sociale groepen – er van uitgaande dat de armsten op de slechtste plekken woonden – konden geen pompwater krijgen. Bij de andere pompen waarvan de aansluitnummers bekend zijn, was hetzelfde patroon te zien.

Als we er van uitgaan dat op een adres gemiddeld zes personen woonden, dan zouden bijna 12000 stedelingen pompwater uit de buurtpompen kunnen nuttigen.⁴¹⁵ Ongeveer 12% van de

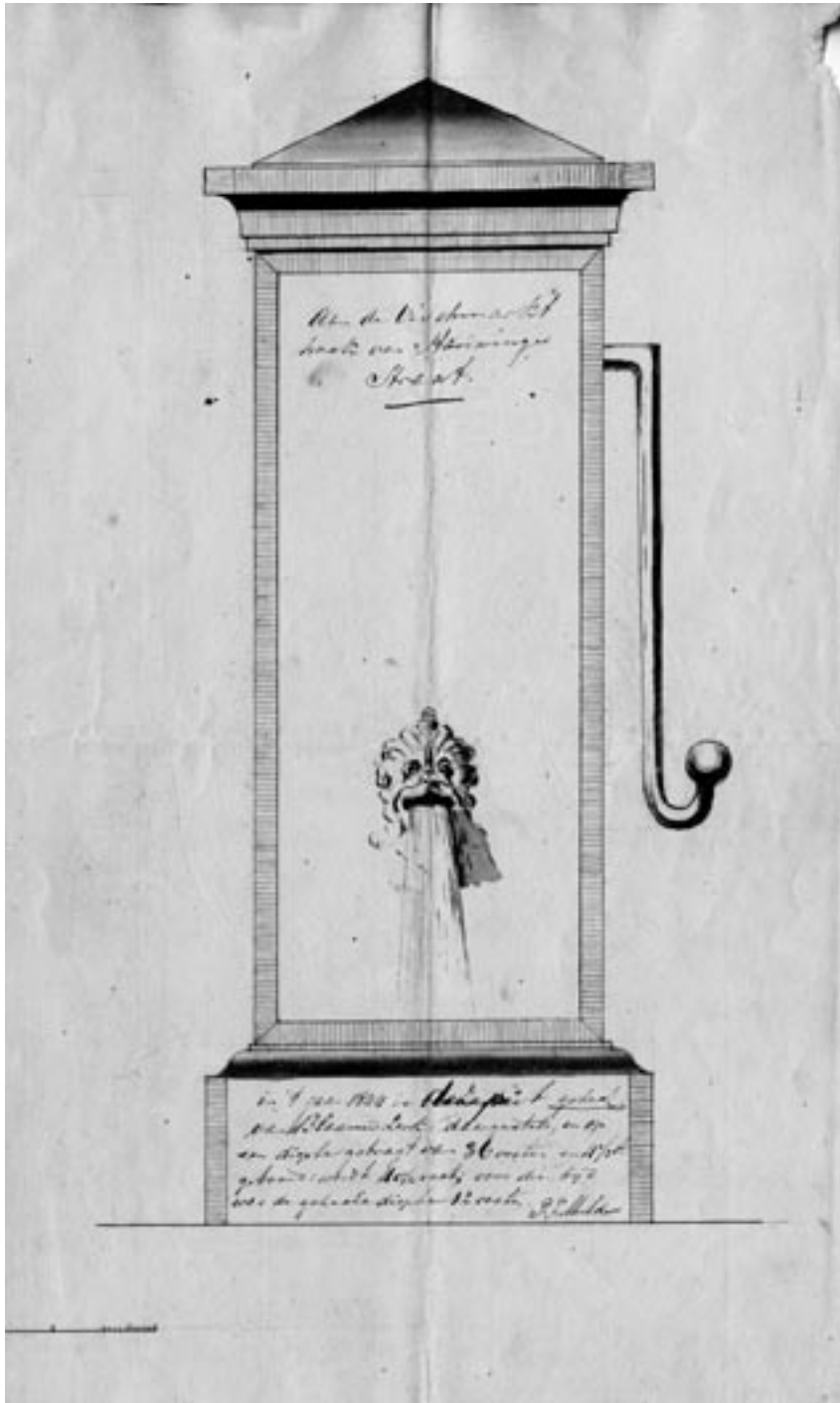
bevolking (4000 inwoners) behoorde tot de drie bovenste sociale lagen van de bevolking. Deze hadden doorgaans zelf een pomp. In het meest gunstige geval zou maximaal 50% van de bevolking de beschikking hebben over pompwater. De meeste bewoners van de armenbuurten in de nieuwe stad konden voor de consumptie alleen over diepenwater beschikken.⁴¹⁶ De bewoners van de armenbuurten in de binnenstad die geen pompwater hadden, waren beter af dan hun evenknieën in de nieuwe stad. De stad had een zestal stadspompen voor algemeen gebruik op de markten in het centrum geslagen. Voor hen was de afstand tot een van deze pompen niet zo groot.⁴¹⁷ Er was ook nog een kwaliteitsverschil. De omstandigheden in het centrum (de hogere ligging) waren beter voor het slaan van pompen en door de zandgrond had het water een betere kwaliteit. De bevolking in het centrum was ook in dezen beter af.⁴¹⁸

De toegang tot pompwater verliep, als gezegd, via de woning. De huurprijzen van de pompge-rechtigde woningen waren waarschijnlijk hoger vanwege de betere stand. Er was een dubbele drempel voor de armsten om toegang tot pompwater te krijgen, omdat bovenop de hogere huur de jaarlijkse deelnamekosten van de pomp kwamen. Regelmatig was een rij aaneengesloten huisnummers met pomprecht in het bezit van één persoon. Raadslid Warren had bijvoorbeeld de nummers 81 tot en met 85 aan de zuidzijde van de Molenstraat op zijn naam staan. Op de pomp aan de Ebbingepoort waren dertien adressen aangesloten, alle in eigendom van een zekere weduwe De Wit.

De jaarlijkse deelnamekosten waren niet hoog als er geen bijzondere reparaties uitgevoerd hoefden te worden. De pomp aan de Haddingestraat kostte iedere deelnemer rond 1830 ruim f 1,- per jaar. Die op de hoek van de Vismarkt – Haddingestraat was een beetje duurder, f 1,50 à f 2,-. Wanneer speciaal onderhoud was vereist, liepen de kosten echter flink op. Onder de gerechtigden van de pomp in de Haddingestraat waren verscheidene ‘wiens middelen van bestaan niet te ruim [mogen] worden geacht’. Daarom verleende de stad in 1835 subsidie voor een reparatie. Desalniettemin liepen de kosten in dat jaar voor iedere deelnemer nog op tot ruim f 5,-. De draaglast was soms nog veel hoger. Een reparatie aan de pomp aan de Vismarkt kwam iedere gerechtigde in 1844 op f 33,- te staan. Onder de gerechtigden waren waarschijnlijk veel mingevoeden. Bij die pomp waren ook gegoede burgers aangesloten. De raadsleden Tresling en Hora Siccama en de professoren Stratingh en Sebastian behoorden in 1841 tot de gerechtigden.⁴¹⁹

Wanneer we de drie gezinnen uit het eerste hoofdstuk in het verspreidingspatroon van de pompen plaatsen, dan zien we dat de woning van bakker Hensema aangesloten was bij de pomp op de stoep van juffrouw Paping, Kijk in ‘t Jatstraat, nr. 41. Dat was dicht bij zijn eigen huis. Toen Hensema in de Haddingestraat woonde, was hij aangesloten bij de pomp in de Haddingestraat.⁴²⁰ Renske Wolf had geen recht op het gebruik van een pomp. In het westelijke deel van wijk S, waar de Jonkerstraat lag, was geen pomp. Renske zal het nabijgelegen Zuiderdiep als waterbron hebben gebruikt. De familie Wouters had naar alle waarschijnlijkheid een pomp aan huis.

De kwaliteit van het pompwater liet nog al eens te wensen over. Men gooide vervuild water in een lenze pomp om deze weer aan de gang te krijgen⁴²¹ en binnendringend vervuild grondwater verontreinigde het water. Geregeld kon men niet diep genoeg graven.⁴²² Aan het onderhoud



Bouwtekening van
 de pomp op de hoek
 Vismarkt –
 Haddingstraat ten
 behoeve van de
 renovatie, 1844.

schortte het ook vaak. Het stadsbestuur nam vanaf 1820 verschillende maatregelen om greep te krijgen op het beheer van particuliere pompen. In dat jaar liet de stad alle pompgerechtigden registreren om hen te kunnen aanspreken op hun onderhoudsplicht.⁴²³ Vanaf 1822 benoemde zij de putmeesters. Die moesten vervolgens jaarlijks de rekening inleveren op het stadskantoor.⁴²⁴ De stad gaf, als zij dat nodig vond, opdracht om onderhoudswerkzaamheden te verrichten en bemiddelde bij conflicten tussen gerechtigden.⁴²⁵ De cholera-epidemie van 1849 activeerde de stadsbemoeienis ook. Er werd subsidie voor twee nieuwe pompen verstrekt en veel onderhoud op stadskosten uitgevoerd.⁴²⁶ In de liberale jaren vijftig paste deze handelwijze niet meer en in 1856 schafte men het toezicht op de particuliere pompen af. De inning van de onderhoudsbijdrage verliep hierna moeizaam en het onderhoud stokte weer, net als voor 1820.⁴²⁷

Ook op het gebied van de drinkwatervoorziening nam de medische stand in de jaren vijftig een ander standpunt in dan de stad. Stratingh pleitte in 1858, zoals Thomassen à Thuessink dertig jaar daarvoor had gedaan, voor uitbreiding van het aantal buurtpompen, met name in de armenbuurten, want het 'allerslechtste putwater [is] ... doorgaans te verkiezen boven het water in de diepen'. Men had inmiddels diverse keren geconstateerd dat de verspreiding van cholera langs de waterwegen verliep. Op grond van ervaring had men ondervonden dat het diepenwater niet goed was, en

*Goed water voorkomt ziekten ... dat is bekend genoeg uit de geschiedenis van de epidemien.*⁴²⁸

Was de veronderstelling dat het gebruik van pompwater, ondanks de gebreken die er aan kleefden, een lagere kans op besmetting gaf terecht? Een vergelijking van de adressen van de cholerazieken in 1854 en 1855 geeft inderdaad een hoger percentage zieken op de adressen zonder pomprecht. Respectievelijk 58 en 57% van de zieken was niet pompgerechtigd en 42 en 43% wel. Het verschil was substantieel en in beide jaren ongeveer gelijk.⁴²⁹

Eind jaren vijftig kwam de stad terug op haar liberale beleid. Vanaf 1859 ging de stad pompen slaan, omdat ze tot de 'voorwerpen van algemene dienst' behoorden.⁴³⁰ In de twee jaar daarvoor hadden zich door droge zomers ernstige watertekorten voorgedaan. De eerste pomp kwam in de Jobsgang bij een privaat (!) en in 1860 kwam bij twee scholen, in het Klooster en achter de Prinsenschool, een pomp. De bouw van scholen was een mooie gelegenheid er een publieke waterpomp bij te plaatsen. In de tweede helft van de jaren zestig werd weer voor deze combinatie gekozen.⁴³¹ Ook in deze zaak zien we, net als bij de riolering en de bouw van de privaten, bij de totstandkoming een koppeling van twee openbare, infrastructurele voorzieningen. Al snel na 1860 werden de witte vlekken in het westen en oosten van de stad opgevuld. Het tempo zat er toen goed in, jaarlijks werden twee nieuwe pompen geslagen. Tot en met 1869 kwamen er 17 en van 1870 tot en met 1881 28 nieuwe pompen bij. Deze nieuwe pompen waren voor iedereen toegankelijk, ze kenden geen systeem van pompgerechtigdheid gekoppeld aan een woonadres met de verplichting van onderhoud. De stad droeg de kosten van bouw en onderhoud.

Naast de nieuwbouw was er een ander initiatief. In zijn eerste zittingsjaar (1863) stelde burgemeester De Sitter voor de particuliere pompen over te nemen. De snel verslechterende toestand

van de buurtpompen na het vervallen van het stedelijke toezicht baarde hem zorgen. Met zijn appel op het algemene belang kreeg hij de raad achter zich.⁴³² Bijna alle pompeigenaren gingen op het aanbod van de stad in. In 1863 werden elf pompen overgenomen en verbeterd. De gemeentepompen werden ‘in baksteenklinkers in sterken tras gemetseld’. Het moesten ondoordringbare stenen muren worden, waar geen grondwater doorheen kon sijpelen.⁴³³

De beschikbaarheid en het bereik van pompwater werd fors uitgebreid. Voor veel meer inwoners werd de fysieke afstand tot een pomp kleiner en financiële drempels werden weggenomen. Een uitzondering vormden de wijken O, B en C waar verschillende boringen mislukten.⁴³⁴ Het spreidingspatroon was daardoor nog lange tijd ongelijk. In de binnenstad waren relatief meer pompen. Dat kwam door de overname van de particuliere pompen, die als vanouds meer in de binnenstad stonden. De nieuwe stadspompen werden in de nieuwe stad of in de armenbuurten in de binnenstad geslagen. Uit 1866 en 1875 stammen berichten dat de meeste inwoners welwater of regenwater voor consumptie gebruikten. Alleen door bewoners van schepen of ‘in bijzondere omstandigheden’ werd nog diepenwater gebruikt.⁴³⁵ Binnen tien jaar maakten grote groepen van de bevolking, met name de lage sociale groepen, voor hun consumptie de overgang van grachtwater naar pompwater, dat wil zeggen van oppervlaktewater naar grondwater.

De kwaliteit van het pompwater stond in de tweede helft van de jaren zestig opnieuw ter discussie. Men boorde meestal niet dieper dan acht tot elf meter en het probleem van binnendringend grondwater werd dan niet opgelost. Nieuwe economische activiteiten en de introductie van een nieuw product als petroleum, vervuilden het grondwater nog eens extra. De pomp bij het Oude Bosch moest weer gesloten worden in verband met binnendringend gaswater.⁴³⁶ Een pomp in de Poelestraat werd verontreinigd door een vlakbij gelegen petroleumopslag. Tijdens de cholera-epidemie van 1866 werd het water van enkele pompen door apothekers scheikundig onderzocht.⁴³⁷ De uitslag was tweeslachtig: het water van verschillende pompen in de laag gelegen stadsdelen vond men niet goed, maar kon ook niet als nadelig voor de gezondheid worden beschouwd. Het water uit de pompen in de hoog gelegen stadsdelen was goed. De pomp in de Herestraat, waar veel om te doen was vanwege de vele cholera-patiënten in die omgeving, werd op een later moment als goed beoordeeld.⁴³⁸ Het bleek dat nieuwe pompen die aanvankelijk goed water gaven, na verloop van tijd toch weer verontreinigd waren. Volgens Ali Cohen kon welwater in oudere steden maar zelden goed zijn, omdat uitwerpselen in de grond het grondwater verontreinigden. Welwater was

*hoe walgelijk het denkbeeld ook moge zijn – in meerdere of mindere mate het aftreksel van de uitwerpselen van ons en onze medemenschen.*⁴³⁹

Deze kritiek lijkt veel op die Stratingh twaalf jaar daarvoor over het diepenwater had geventileerd. Beide waterbronnen werden vervuild door mest, fecaliën en ander vuilnis dat niet goed werd opgeslagen en afgevoerd.

De cholera-epidemie van 1866 droeg bij aan de grotere aandacht voor de watervoorziening en -kwaliteit.⁴⁴⁰ Dit had een tweeledige uitwerking: uitbreiding van het aantal pompen en technische

experimenten om de kwaliteit te verbeteren. Dat week af van wat het Rijk adviseerde. De landelijke commissie voor drinkwateronderzoek uit 1866 adviseerde de stad om een waterleidingsysteem aan te leggen, water uit de Drentse riviertjes te gebruiken en om artesische putten te slaan. Artesische putten gingen tot een diepte van 150 à 200 meter en hadden daardoor geen last van binnendringend grondwater. De haalbaarheid van deze adviezen werd door De Sitter in twijfel getrokken en hij ried het gebruik van filters aan. Verschillende initiatieven volgden elkaar nu snel op.⁴⁴¹ In 1867 werden proeven gedaan met filters. Maar uit vrees voor de hoge kosten kreeg dit experiment aanvankelijk geen vervolg. In 1868 werd proeven gedaan met artesische putten.⁴⁴² In 1869 en 1870 werden nortonboringen, die tot 28 à 30 meter diepte gingen, gedaan. Deze proeven mislukten.⁴⁴³ Over het filtersysteem was men wel tevreden. Door een Groningse kuiper werd een verbeterd filter ontworpen. Het werd in de raad gedemonstreerd en in gebruik genomen.

De cholera-epidemie zaaide twijfel over de pompen als voorziening voor goed drinkwater, maar men ging eerst nog door op de weg die al ingeslagen was. Er werd gezocht naar een verbetering van het bestaande systeem van het oppompen van grondwater. In de jaren zeventig werd het drinkwater, meestal juist naar aanleiding van het slaan van nieuwe pompen, onvoldoende gevonden. De kentering in het denken over deze vorm van watervoorziening begon zich toen af te tekenen. De Vereeniging ter Bevordering van de Volksgezondheid adviseerde de raad begin jaren zeventig eveneens om een waterleiding aan te leggen.⁴⁴⁴ In 1881 werd deze, net als de riolering, gerealiseerd door particulieren. Het slaan van nieuwe pompen stopte toen.

Na een periode van ruim twintig jaar waarin de publieke drinkwatervoorziening werd beschouwd als een taak van de lokale overheid, kwam deze weer in handen van particulieren. Niet helemaal, want de openbare pompen bleven vooralsnog naast de waterleiding bestaan. Aan het eind van de eeuw waren veel pompen verdwenen. Want 'door de wetenschap voorgelicht' wist men toen zeker dat pompwater slecht was voor de gezondheid.⁴⁴⁵ De periode 1860 -1880 was het tijdperk van putten en pompen en niet van de aanleg van waterleiding.⁴⁴⁶ Wat betreft de pompenbouw sloot Groningen aan bij een landelijke ontwikkeling. Dat gold ook voor de aanleg van een waterleiding.⁴⁴⁷

In de periode 1820-1856 oefende de stad in toenemende mate toezicht en controle uit op de particuliere buurtpompen. Toen dat abrupt stopte, kelderde de kwaliteit razendsnel. Kenmerkend voor het Groningse pompensysteem was vooral dat rond 1860 vrij abrupt van een systeem van particuliere buurtpompen met een geografische beperkte reikwijdte en een beperkte toegang, overgegaan werd naar een systeem van openbare pompen die beter bereikbaar waren en waar geen toegangseisen voor het gebruik voor bestonden. Achteraf gezien valt te concluderen dat de periode 1859-1881 een overgangsfase was. De bevolking ging massaal 'aan de pomp' en het leeuwendeel van de drinkwatervoorziening was een publieke taak. Vanaf de jaren zestig was drinkwater niet meer weg te denken als object van publieke zorg.⁴⁴⁸ De stadspompen kunnen niet gezien worden als een verzorgingsarrangement zoals De Swaan dat bedoelde. De pompen vormden geen samenhangend netwerk dat grote delen van de stad besloeg. Deze drinkwatervoorziening werd geen onderdeel van

een 'aderlijk-slagaderlijk stelsel' waarbinnen vuil en schoon water werden gescheiden. Het was ook geen systeem waar iedereen op werd aangesloten zoals dat bij de waterleiding zou gaan gebeuren. Het gebruik van pompwater kon ook niet worden afgedwongen en er waren geen sancties op niet-gebruik.

De niet-geringe investering die de stad zich op dit vlak getroostte, werd door twee motieven aangedreven. Besmettingsangst speelde een rol: ziekten, met name cholera, verspreidden zich steevast langs de waterlopen. Beroepsgroepen die met water in aanraking kwamen, werden het meest door de ziekte geteisterd. De feiten spraken steeds duidelijker taal. Tekortschietend inzicht verhinderde een effectievere oplossing. Men ging nog steeds van het niet-correcte, miasmatische principe uit. Het oppervlaktewater stonk en men ging daarom over tot het gebruik van een andere waterbron. Door de stank te omzeilen dacht men de ziektemakerende oorzaak te hebben vermeden. Het afkeuren van pompen gebeurde op basis van reuk (gas, petroleum). Een ander motief lag op het vlak van de openbare veiligheid. Permanente beschikbaarheid van voldoende water op vele punten in de stad was nodig voor het blussen van branden.

Om het kostenaspect te beheersen, volgde de stad een weg die inmiddels bekend is. Het combineren van (de aanleg van) infrastructurele projecten verlaagde de kosten. Vanaf eind jaren vijftig werden in verband met de nieuwe onderwijswet (1857) nieuwe scholen gebouwd. De koppeling aan de stadsscholen was goedkoper en nuttig. Deze nieuwe stadsgebouwen waren dan in ieder geval bij brand verzekerd van de nabijheid van water en schoolkinderen werden tot pompwatergebruik aangezet.

SAMENVATTING

In de periode 1800-1870 werd het uit de achttiende eeuw overgeleverde beeld van het gezonde Groningen gaandeweg genuanceerd. De rampzalige, gecompliceerde malaria-epidemie van 1826 en de toenemende prevalentie van besmettelijke ziekten, met name tyfus en cholera, waren op het vlak van de volksgezondheid belangrijke evenementen. Bevolkingsomvang en nijverheidsactiviteiten namen toe en genereerden een vollere stad en een smeriger leefmilieu. Volgens de hygiënisten werd dit onvoldoende gecompenseerd door hygiënische voorzieningen. Het gedachtegoed van de hygiënisten vond aanhang onder de Groningse medici, prominente filantropen en de stedelijke elite. Zij ventileerden vanaf ongeveer 1840 geregeld hun opvattingen over de ongezonde, stedelijke levensomstandigheden en activeerden de thematiek van (het gebrek aan) publieke hygiëne. Ze traden daarmee in de voetsporen van hun voorgangers uit de laatste drie decennia van de achttiende eeuw en het begin van de negentiende eeuw.

De politieke context waarbinnen de openbare gezondheidszorg gestalte kreeg, vormde een wisselend decor. In de hier behandelde periode had de gemeente de verantwoordelijkheid voor de lokale gezondheidszaken. Aan het begin van de negentiende eeuw oefende het nieuwe nationale bestuur, geïnspireerd door Verlichtingsideeën en Franse politieke mores, op enkele gebieden echter

bepalende invloed uit op het stedelijke beleid. Een dergelijke invloed vanuit het Rijk was een nieuw gegeven. Een ander, nieuw verschijnsel in dit tijdsbestek waren de vele lokale bestuurswisselingen. Deze hinderden een consistente politiek, wat bijvoorbeeld te zien is aan het zigzagbeleid bij de vuilnisinzameling en de introductie van de vaccinatie.

In de eerste helft van de negentiende eeuw trad de nieuwe nationale staat regulerend op bij de pokken-, rabiës- en syfilisbestrijding en de dreiging van cholera. De bestrijding van deze ziekten was voor het hele land en alle garnizoenssteden in het bijzonder, van belang. Het Rijk bemoeide zich in de jaren twintig ook met specifiek Groningse zaken: de ziekenzorg en het schonen en dichtten van sloten tijdens de epidemie van 1826, de aanleg van begraafplaatsen en de verplaatsing van de drekstoeper. Deze collectieve voorzieningen hadden een lokaal bereik. Er was geen sprake van een hoger integratieniveau.

De koepokinenting werd geïnitieerd door medici en gepropageerd door medici, predikanten en andere vooraanstaande figuren. De preventie van pokken, rabiës en syfilis kreeg na 1806 een impuls vanuit Den Haag en Brussel. In verband met de dreiging van cholera moesten lokale besturen in 1831 van Den Haag de ziekenverzorging voorbereiden en ziekeninrichtingen opzetten. Het Groningse stadsbestuur was zeer afhoudend en traag met deze voorbereidingen. Dat was bij de aanleg van de begraafplaatsen ook het geval (1826). Het Rijk moest zware druk uitoefenen en kan in deze kwesties worden gezien als 'dwangactor'. De tegenstellingen tussen lokale voor- en tegenstanders waren in deze gevallen ook het grootst. De hoge kosten van deze voorzieningen zonder dat er verdiensten tegenover stonden, de behoefte om de stedelijke medici voor de eigen bevolking te reserveren, besmettingsangst en statusmotieven – een begrafenis in de kerk gaf aanzien – werden verschillend gewogen door diverse groepen stedelingen.

De vaccinatie van niet-bedeelde mingevoeden werd door de stad georganiseerd. De stadsvacinateur entte kinderen van mingevoeden gratis in. Bij epidemieën schiep de stad eveneens hulpmogelijkheden voor mingevoeden. De verplaatsing van de drekstoeper en het opschonen van sloten vlotten ook beter. Deze voorzieningen beperkten de luchtverontreiniging, die door tijdgenoten als een belangrijke oorzaak van ziekten werd gezien. Niet onbelangrijk was ook dat ze bijdroegen aan de stadsverfraaiing en het wandelgenot. Bovendien stonden tegenover de kosten van de drekstoeper verdiensten. Tegenstellingen onder elites waren hier minder sterk, hooguit bestonden over enkele details nog meningsverschillen, bijvoorbeeld over de omvang van de drekstoeper en de aard van de beplanting.

Tussen de twee belangrijkste domeinen van de openbare gezondheidszorg, de bestrijding van epidemische en besmettelijke ziekten en de publieke hygiëne, was een verband. Tijdens of na een ernstige epidemie werd de openbare gezondheidszorg geactiveerd en kwamen nieuwe initiatieven tot stand. Na de tyfusepidemie van 1816-1819, de malaria-epidemie van 1826-1828, de cholera-epidemie van 1849, de tyfus, cholera en pokken in 1856, de malaria van 1859-1860 en de cholera van 1866 kwamen de meeste voorzieningen in de publieke gezondheidszorg van de grond. De endemische ziekten tyfus en malaria hadden in de eerste helft van de negentiende eeuw

meer invloed op de Groningse gezondheidszorg dan cholera. Ook na 1850 veroorzaakte tyfus veel onrust. Tyfus steeg in de hiërarchie van bedreigende ziekten. Cholera riep vooral in 1849 en 1866 reactie op. Toen heersten de twee grootste epidemieën en vielen onder de gegoeden ook veel slachtoffers, al was dat veel minder dan onder de lagere sociale groepen. Angst voor besmetting door ziekten onder de armen was voor de bovenlagen de prikkel om aandacht te schenken aan openbare hygiëne en isolatie van zieken.

Men trachtte het verspreiden van besmettelijke ziekten in te dammen door het isoleren van zieken en nauwelijks door publiek-hygiënische maatregelen. De medisch-technische infrastructuur die in de eerste helft van de negentiende eeuw tot stand kwam, werd door het Rijk afgedwongen. Onder gegoeden was toen nog weinig angst voor besmetting door armen als er geen ziekte was. Het beleid was meer gericht op protectie van gezonden dan op preventie van ziekten door uitbanning van schadelijke factoren. Na 1850 kwamen hygiënische maatregelen vaker op de agenda en vond de isolatie van zieken systematischer plaats. Een strengere risicoweging van de ziektebeelden en mogelijkheden van thuiszorg door particuliere commissies vervingen deels de overbrenging naar ziekeninrichtingen. Op de beleidswijziging om meer aandacht aan de publieke hygiëne te besteden werd door de plaatselijke geneeskundige commissie, lokale medici, filantropen en hygiënisten aangedrongen. Preventie kreeg vanaf het midden van de eeuw meer accent ten opzichte van protectie.

In de jaren dertig en veertig was gezondheidszorg in de nationale en lokale politiek geen belangrijk agendapunt. Het dirigisme uit de Bataafs-Franse periode en de regeerperiode van koning Willem I ebde weg na de cholera-epidemie van 1832. In Groningen was in deze twee decennia geen enkele impuls of activiteit van belang. Rond 1850 veranderde het politieke klimaat. Het traditionalisme – ‘den ouden slenter’ – werd door een frisse liberale wind weggeblazen. Het stadsbestuur liet zich leiden door het beginsel van het ‘algemeen belang’. Plannen die betrekking hadden op de openbare gezondheidszorg werden hieraan getoetst. De aanleg van riolering, uitbreiding van de vuilnisophaal en -opslag, bouw van publieke privaten en het slaan van stadspompen vielen onder dit ruim geformuleerde criterium. De hygiënische infrastructuur werd, naar negentiende-eeuwse normen, vanuit stedelijke perspectief na 1850 aanmerkelijk uitgebreid. Het bereik van de verschillende voorzieningen verschilde echter fors. Geografische en sociaal-economische factoren bepaalden wie tot de gebruikersgroepen behoorden.

De riolering kwam in de onderhavige periode aan de bewoners (en bezoekers) van de binnenstad ten goede en werd niet in de nieuwe stad, waar vrijwel uitsluitend armen en mingevoeden woonden, aangelegd. In de binnenstad, met voorrang voor de betere buurten, is vooral de straathygiëne er op vooruit gegaan. De publieke privaten werden hoofdzakelijk buiten het centrum gebouwd. Het waren voorzieningen voor armen en mingevoeden. De nieuwe stadspompen werden vooral door de armen, die voorheen alleen oppervlaktewater tot hun beschikking hadden en door mingevoeden die niet op een buurt pomp waren aangesloten, gebruikt. In weerwil van de verwachting bleek dit echter geen hygiënische verbetering te zijn, omdat het grondwater evenmin als het opper-

vlaktewater geschikt was voor consumptie. De capaciteitsuitbreiding van de vuilnisinzameling was een algemene stedelijke activiteit, zij het dat in de armenbuurten de verantwoordelijkheid voor de eerste stap in het inzamelingsproces bij de bevolking werd gelegd (het verzamelen bij de publieke bakken). Omdat ophalen, opslaan en afvoeren gebrekkig verliepen, werd vanuit hygiënisch oogpunt ook op dit gebied geen feitelijke verbetering bereikt. De grotere ophaalcapaciteit heeft wel een grotere berg ingezameld vuilnis opgeleverd en een hogere financiële opbrengst. Die kwam via de stadskas rechtstreeks ten goede aan de belastingbetaler en meer indirect aan iedere stedeling.

Van de riolering en de inzameling van vuilnis genoten alle sociale groepen, zij het dat men aan de belangen van de bovenlaag meer en met voorrang tegemoet kwam. De lagere sociale lagen in de armenwijken werden vooral betrokken in het verwijderen van zoveel mogelijk afval, het gebruik van publieke privaten en het kunnen beschikken over pompwater. De elite heeft niet specifiek in deze voorzieningen geïnvesteerd. Ze werden bekostigd uit de algemene middelen. De meeste leverden meer op dan ze kostten en voor de stadskas was dat voordelig. Het probleem van de verhouding tussen investeerders en rechthebbenden deed zich niet voor.

De nieuwe voorzieningen hielden geen technische verbetering in, met uitzondering van de riolering. Voor de andere voorzieningen gold dat oude systemen uitgebreid (capaciteitsvergroting) of ruimer toegankelijk gemaakt werden voor de bevolking. Het was kortom 'meer van hetzelfde voor meer inwoners', maar het werd structureel niet veel beter. Er was geen consequente scheiding van afvoer van vuil en verontreinigd water en de aanvoer van schoon water. Hierdoor bleef een belangrijke oorzaak van besmettelijke ziekten en kindersterfte, het gebruik van verontreinigd drinkwater, bestaan. De kwaliteit van de voorzieningen werd ook gehinderd door zuinigheid bij de investering (onder meer bereikt door ze in samenhang met andere infrastructurele projecten uit te voeren), gebrekkige kennis over de relatie tussen volksgezondheid en verontreiniging en de belangen van specifieke groepen. In Groningen lag voor 1880, zoals Houwaart dat voor Nederland concludeerde, het accent op de bodem- en oppervlaktehygiëne. Hiervoor werd gekozen, zo meende hij, omdat dit aan de hele bevolking ten goede kwam wat voor de waterleiding niet gold. Dat kan voor Groningen niet zo eenduidig worden gezegd. In Groningen waren nogal verschillen in de voorzieningen die aan iedereen ter beschikking stonden. De intensiteit van de reiniging verschilde bijvoorbeeld aanzienlijk per stadsdeel. Er kwam geen waterleiding maar in de aanleg van de vele nieuwe pompen, juist bedoeld voor de armen, werd wel behoorlijk geïnvesteerd. Bijna de helft van de bevolking maakte binnen tien jaar de overgang van oppervlaktewater naar pompwater.

Het accent op de bodem- en luchtverontreiniging werd vooral ingegeven door de heersende medische denkbeelden en de niet-correcte veronderstellingen van de miasmaleer, waarbinnen ook de hygiënisten nog gevangen zaten. De these van De Swaan dat voorzieningen tot stand kwamen omdat elites zich bedreigd voelden door ziekten onder de armen, kan worden bevestigd. Maar niet alleen van cholera, veel meer nog ging van tyfus en malaria een aanjagende invloed uit. Er waren nog meer motieven in het spel. De bestrijding van pokken en syfilis werd ook ingegeven door de vrees voor de ondermijning van het leger. Een van de redenen om de syfilisbestrijding in de jaren

vijftig weer op te gaan zetten was het voorkomen van een grote toestroom naar de armenzorg. Zowel een hogere ziekteprevalentie als de vermeende toename van onwettige kinderen kon, zo dacht men, het beroep op de armenzorg doen toenemen. Pedagogische motieven, door hygiënisten meermalen benadrukt, vonden in dit liberale tijdsgewricht geen ingang bij het stadsbestuur. Bemoeienis met het ‘interne van het huisgezin’ was uit den boze. Ziekteverspreiding onder gegoeden gaf in 1861 de doorslag om terug te komen op het liberale standpunt. Armenzorgpreventie werd ook beoogd door de bevordering van vaccinatie, isolatie van zieken, het opzetten van bewaarscholen en het geven van gymnastiekonderwijs. Door het naar school gaan van jonge kinderen en de gymnastiekbeoefening te stimuleren, werd geprobeerd gunstige condities te scheppen voor een gezonde, gehoorzame en deugdzaame arbeidersbevolking (gezondheidspromotie).

Bij de rabiësbestrijding werd na 1850 het niet hinderen van de bedrijvigheid een drijfveer om (aanpassingen in de) verordeningen te maken. Dit aspect en het bevorderen van werkgelegenheid werden altijd nauwgezet in de gaten gehouden. Bij de mest- en vuilverwijdering en -opslag werden de belangen van agrariërs niet geschaad.

Stadsverfraaiing, stadsallure en woongenot waren voor de gegoeden in de negentiende-eeuwse standenmaatschappij prikkels om de publiek-hygiënische voorzieningen te initiëren. Bij de begraafplaatsen, bewaarscholen, riolering, vuilverwijdering, drekstoep, privaten en prostitutiebestrijding speelden deze motieven een rol. Dat bij de aanleg van begraafplaatsen het Rijk beslissende pressie moest uitoefenen, deed er voor de stedelijke elite achteraf niet meer toe.

De toenemende belangtegenstelling tussen stad en medische stand vanaf de jaren dertig spiegelde zich af in de openbare gezondheidszorg. Onenigheid over de honorering van het vaccineren werd pas na enkele decennia opgelost door de subsidiëring van een pokkenbureau. De afstand tussen medische pretenties en ambities enerzijds en stedelijke preferenties anderzijds waren in de liberale jaren vijftig het grootst. De stand en de hygiënisten – met enkele personen in de raad vertegenwoordigd – wensten een interventiebeleid op meerdere gebieden in de openbare gezondheidszorg, onder meer in de syfilis- en rabiësbestrijding, vaccinatiebevordering, begrafenissen en woningbouwverordeningen en het toezicht op het voedsel. De interventie zou, als het aan hen lag, veel ingrijpender kunnen zijn. Daar werd nauwelijks aan tegemoet gekomen. In de praktijk bleek dat ‘algemeen belang’ synoniem was met zorg die zich beperkte tot de publieke ruimte en ‘alle klassen’ moest dienen. De publieke ruimte (en de stadsbemoeienis) hield op bij het tuinhok en de voordeur. Maar dolle honden konden over tuinhokken springen en spelende kinderen bijten en privé-handelingen als baden en wassen konden naar publiek toegankelijke ruimten worden verplaatst. Dat waren dan ook de twee zaken waar om principiële redenen breedvoerig over werd gedebatteerd in de raad, hoewel ze achteraf en in relatie tot de problemen die zich voordeden, als kleine zaken kunnen worden beschouwd.

Sanctionering en disciplineren als instrumenten om het hygiënische besef te versterken zien we aan het begin van de eeuw en na 1865 opnieuw langzaam opkomen. Met drang, dwang en bestraffing werd aan het begin van de eeuw onder de Franse invloed regelgeving ingevoerd en

gehandhaafd. In het tweede kwart van de eeuw zakte deze werkwijze weer weg. Na 1865 maakte de inspectie van het staatstoezicht een nieuwe start met een stringenter naleving van bestaande en nieuwe verordeningen. Maar het duurde nog wel even voordat dat beleid zichtbare resultaten opleverde.

De staatsinvloed op het gezondheidswezen kwam pas na 1870 echt van de grond. De wetgeving van 1865 bood de mogelijkheid om lokale besturen te dwingen verordeningen te maken. De Besmettelijke Ziektenwet was een belangrijk momentum. Daarvoor waren de Begrafeniswet (1869) en de Veewet (1870) al tot stand gekomen en in 1875 werd een nieuwe Hinderwet aangenomen. Deze wetten zouden de thema's van de openbare hygiëne die voor 1870 aan de orde waren, in het laatste kwart van de eeuw een nieuwe impuls geven.