

# Artsen buiten de curatieve zorg

## De groei van het aantal niet-curatief werkzame artsen in Nederland, 1870-1930

A.H.M. Kerkhoff, S.A. van den Berg \*

Dit artikel beschrijft de groei van het aantal niet-curatief werkzame medici in Nederland tussen 1870 en 1930. Meer of minder officiële bronnen (zoals de verslagen van het Staatstoezicht, de registers van de (K)NMG en de publikaties van het CBS) bleken voor het gestelde doel niet toereikend. Derhalve werd gebruik gemaakt van de Geneeskundige adresboekjes die sinds de jaren zestig van de vorige eeuw jaarlijks werden uitgegeven. Deze vermelden voor een groot aantal Nederlandse gemeenten de aldaar werkzame geneeskundigen met naam, toenaam, adres en functie. Hoewel de boekjes niet alle gemeenten beschrijven, werpen zij toch een interessant licht op de ontwikkeling van de niet-curatieve functies. Uit het on-

derzoek komt in de eerste plaats naar voren dat de groei van het aantal curatieve functies sinds het midden van de vorige eeuw verloopt volgens een vloeiende lijn. Het relatieve aandeel van het aantal niet-curatieve functies op het totaal wordt daarbij steeds groter. In de tweede plaats blijkt duidelijk dat thans bestaande types niet-curatieve beroepen in verschillende periodes ontstonden en onder invloed van verschillende maatschappelijke factoren. Met name wetten op het terrein van geneeskunde en gezondheidszorg lijken daarbij steeds een belangrijke stoot te hebben gegeven. Deze bevindingen kunnen mede richting geven aan onderzoek naar de ontwikkeling van de medische professie.

Trefwoorden: geschiedenis, niet-curatief werkzame artsen, professionalisering, geneeskundige adresboekjes

**O**nlangs heeft het NIPG verslag uitgebracht van een uitgebreid onderzoek onder niet-curatief werkzame artsen. De studie levert een aantal uitkomsten op die op zijn minst opmerkelijk zijn. Ze vragen om een bezinning over de toekomst maar daarom ook om een historische beschouwing. Dat laatste klinkt wellicht vreemd, want kennis van het verleden biedt immers weinig mogelijkheden om toekomstige ontwikkelingen al extrapolerende te voorspellen. Daar staat echter tegenover dat die kennis ons wel kan helpen het zo complexe en caleidoscopische heden beter te begrijpen. En dat is nuttig want een goed begrip van het heden kan ons dan vervolgens weer (wel) helpen bij het uitstippelen van de toekomst. Het maakt immers duidelijk wat het vertrekpunt is.

In dit artikel (noot 1) wordt verslag gedaan van een poging de groei van het aantal niet-curatief werkzame artsen sinds het midden van de vorige eeuw te becijferen. Zoals bekend is, zijn gegevens hieromtrent moeilijk te vinden. De verslagen van het Staatstoezicht bieden in dezen geen soelaas. Ook de Gedenkboeken van de (K)NMG geven geen goed beeld. Evenmin doen dat de ledenlijsten der (K)NMG; zij hebben immers alleen betrekking op geneeskundigen die lid waren van de Maatschappij. Helaas leveren ook bronnen als de CBS-publikaties 'Statistiek der Geneeskundigen', 'Vademecum Gezond-

heidsstatistiek' en 'Zeventig jaren statistiek in tijdreeksen 1899-1969' de gewenste gegevens niet.

Een manier om toch tot een enigszins zuivere schatting te komen, werd ons aan de hand gedaan door prof. dr M.J. van Lieburg. Deze medico-historicus wees er op dat de bekende geneeskundige adresboeken, die vanaf de jaren zestig van de vorige eeuw door Van Hengel en Eeltjes te Rotterdam in opdracht van de Nederlandse Maatschappij der Geneeskunst werden uitgegeven, een doorgaans betrouwbaar beeld schetsen van de medische personen en instanties in de beschreven steden en gemeenten.

Met de becijfering van het aantal niet-curatieve artsen kan deze bijdrage niet meer zijn dan een aanzet tot de bestudering van het ontstaan van de groeperingen van medici die niet als behandelaar werkzaam zijn. Aan een nomothetische benadering van hun onderwerp hebben de auteurs zicht niet gewaagd. De vraag welke wetmatigheden achter de snelle groei van het aantal niet-curatieve artsen schuil gaan, laten zij gaarne over aan anderen en met name aan maatschappijwetenschappers die zich bezig houden met het verschijnsel professionalisering.

### PROBLEEMSTELLING

Voor het antwoord op de vraag wanneer de verschillende niet-curatieve vakken zijn ontstaan, komt men al spoedig terecht in het midden van de vorige eeuw. Dat was een tijd waarin grote veranderingen optraden op sociaal, economisch en politiek terrein; een ieder weet van de Industriële Revolutie die toen eindelijk ook in Nederland doortzette, van het ontstaan van de parlementaire democratie en van de opkomst van de verzorgingsstaat.

\* A.H.M. Kerkhoff, Faculteit Bestuurskunde, Universiteit Twente, Enschede  
S.A. van den Berg, TNO Preventie en Gezondheid, Divisie Arbeid en Gezondheid, Leiden

	1871	1888
Medicinae doctores	974	506
Artsen	52	667
Heelkundigen	1188	564
Officieren van gezondheid	34	46
Totaal	2248	1783

**Tabel** Aantallen geneeskundigen na de wetten van Thorbecke (1865)

Ook op het gebied van geneeskunde en gezondheidszorg deden zich belangrijke ontwikkelingen voor: de medische wetenschap bloeide en daardoor namen kennis en de kunde van de artsen krachtig toe. In hun streven om zich duidelijker te onderscheiden van kwakzalvers en beunhazen verenigden jonge progressieve medici zich in de Nederlandsche Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst (NMG). Hun streven resulteerde onder meer in de vier bekende wetten die Thorbecke in 1865 door het parlement loodste. De eerste van het viertal voorzag in de oprichting van het Staatstoezicht met zijn volambtelijke artsen-inspecteurs. De tweede bepaalde dat in de plaats van de bonte baaierd van medische en heelkundige hulpverleners van weleer voortaan slechts één type arts bevoegd zou zijn om de genees-, heel- en verloskunde te beoefenen.

#### DE WET VAN 1865

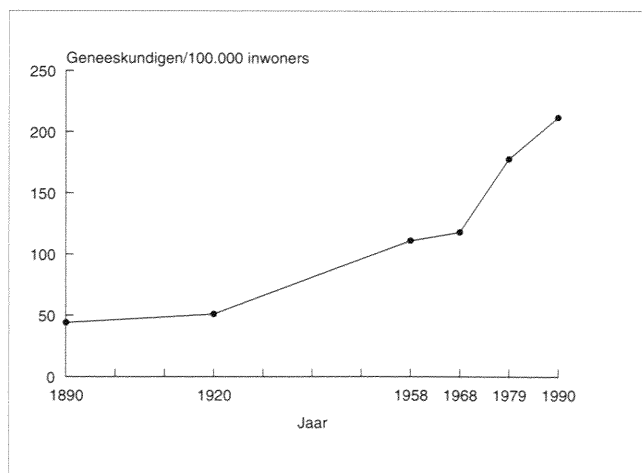
Deze Wet, regelende de uitoefening van de geneeskunst, liet niet na effect te sorteren. Iets daarvan blijkt uit de Geneeskundige adresboekjes die sinds het einde van de jaren zestig van de vorige eeuw werden uitgegeven. Deze boekjes bevatten de namen, adressen, spreekuurtijden en gegevens omtrent de opleiding van de genees-, heel- en verloskundigen in dertig grotere Nederlandse gemeenten. Zoals uit de tabel blijkt, traden aanzienlijke verschuivingen op in het palet van medische beroepsbeoefenaren.<sup>1</sup>

Het aantal medicinae doctores (dat wil zeggen geneeskundigen die voor 1865 academisch waren opgeleid) liep sterk terug. Zo ook het aantal niet aan de universiteit opgeleide heelkundigen. Hun plaats werd ingenomen door artsen die conform de nieuwe wetgeving waren opgeleid aan een universiteit en vervolgens naar landelijk geldende eisen werden geëxamineerd door de leden van een door de Kroon benoemde commissie (noot 2).

Uit de tabel kan ook worden afgeleid dat het totale aantal beoefenaren van de geneeskunde terug liep. Per 100.000 inwoners daalde het aantal nog sterker: van 2.248 op 3.595.229 naar 1.783 op 4.515.458 is van 63 naar 39 op 100.000 inwoners. Zowel de uniformering als de daling van het aantal zouden echter weldra in hun tegendeel verkeren. Zoals figuur 1 laat zien, begon het aantal artsen alweer snel toe te nemen.

Bovendien zorgden de snel toenemende kennis en kunde voor een differentiatie die de idee dat één arts de genees-, heel- en verloskunde in haar volle omvang zou kunnen beoefenen al spoedig logenstrafte. Algemeen is bekend dat vanaf het einde van de vorige eeuw in hoog tempo specialismen in de curatieve sfeer ontstonden.

Minder bekend is dat in dezelfde tijd ook de eerste niet-curatieve banen en beroepen ontstonden. Om wat meer inzicht te krijgen in het waar, het wanneer en het waarom van het ontstaan van deze niet-curatieve groepe-



**Figuur 1** Aantal geneeskundigen per 100.000 inwoners

ringen werden andermaal de geneeskundige adresboeken geraadpleegd. Zoals reeds gemeld, geven deze van een (langzaam groeiend) aantal steden precies op welke medicus zich op welk adres had gevestigd en voor welke problemen patiënten hem of haar konden raadplegen. Aangezien niet alle steden werden opgenomen, bieden de boekjes geen volledig overzicht van de situatie in heel Nederland. Niettemin geven zij een goede indruk van de toename van het aantal niet-curatieve artsen en de aard van de werkzaamheden die zij verrichtten. Men bedenke in dit verband dat geneeskundigen tot in de eerste decennia van deze eeuw ten plattelande überhaupt nauwelijks voorkwamen.

#### DE EERSTE NIET-CURATIEVE FUNCTIES

Omdat het slechts om een oriëntatie ging, hebben wij ons beperkt tot de bestudering van een beperkt aantal boekjes. Gekozen werden de jaargangen 1870, 1880, 1890, 1900, 1910, 1920 en 1930. Geteld werd het totale aantal artsen minus de medici in ruste. Vervolgens werd een onderscheid gemaakt tussen artsen die een al dan niet specialistische, curatieve praktijk voerden en artsen die geheel of gedeeltelijk werk vonden in niet-curatieve taken. Uit de tellingen werd al snel duidelijk dat tot het peiljaar 1900 de inspecteurs van het Staatstoezicht en de docenten in de niet-klinische vakken aan de universiteiten de enigen waren die zich voltijds bezig hielden met andere zaken dan het behandelen van patiënten. Daarnaast waren er echter talloze curatief werkzame artsen die één of meer niet-curatieve nevenfuncties verrichtten. Soms betrof het forensische taken als de doodschouw en het onderzoek van letsels door geweld, dan weer ging het om de organisatie van de pokkenvaccinaties of het adviseren van de besturen van de gemeenten en andere instellingen. Ook traden artsen op als adviseur van de vele verzekeringsmaatschappijen die in de tweede helft van de negentiende eeuw waren ontstaan.

Wie door de jaarboeken bladert, ziet dat tal van geneeskundigen één of meer niet-curatieve bijbanen had. Dat neemt niet weg dat sommige medici in het niet-curatieve werk meer schik hadden dan anderen. In Leiden was het omstreeks 1900 bijvoorbeeld de arts W.T. Weebers, die een hele serie van niet-curatieve nevenfuncties had. De man was stadsgeneeskundige, adviseur van het RK-weeshuis en adviseur van zeker zes verzekeringsmaatschappijen. Verder was de volijverige medicus belast met de doodschouw. Iets van de kenmerken van veel latere

sociaal-geneeskundigen klinkt door in het feit dat Weebers in tal van besturen zat. Zo was hij secretaris van het College van stads- genees- en heekundigen en lid van het bestuur van de NMG.

Een soortgelijke figuur was de stads-, heel- en vroedmeester J.A. Longepée. Deze was als stadsheekkundige onder andere belast met de uitwendige doodschouw en met de controle op geslachtsziekten bij publieke vrouwen. Ook deze sociaal-geneeskundige avant la lettre was in veel verenigingen en stichtingsbesturen actief. Hij was lid van de commissie besturende het Parc vaccinogène, lid van de Leidsche Maatschappij voor Weldadigheid, adviseur van het gereformeerde oude mannen- en vrouwenhuis en penningmeester van het college van stadsgeneeskundigen en heekundigen.

#### AANTALLEN

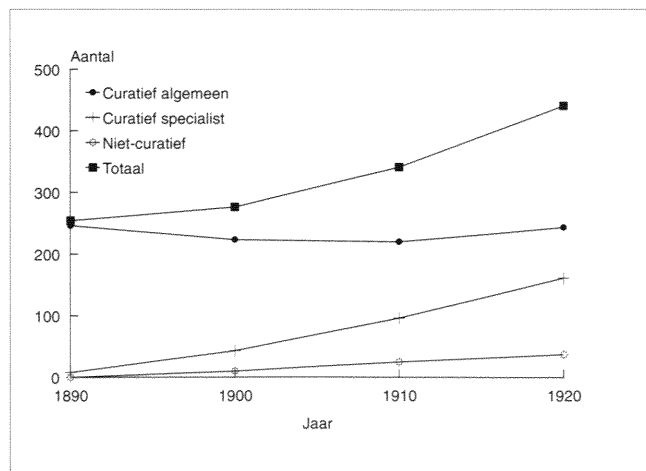
De eerste adresboekjes hebben alleen betrekking op de grootste en een aantal middelgrote steden: naast Amsterdam, Den Haag en Utrecht, vindt men de universiteitssteden Groningen en Leiden en verder middelgrote steden als Amersfoort, Breda en Dordrecht. Telling van het aantal medici in de drie grootste steden levert voor het jaar 1890 een totaal op van 414 medici. Voor de eeuwwisseling waren er onder hen nog nauwelijks artsen die zich uitsluitend met een specialistisch onderdeel van de geneeskunde bezig hielden: slechts 6.6%. Nog minder artsen wijdden zich voltijds aan niet-curatieve taken: 0%.

Hoe snel de ontwikkelingen na de eeuwwisseling gingen, blijkt uit de situatie in het jaar 1920, dit andermaal in de drie genoemde grote steden. Duidelijk is dat het aantal specialisten (37%) ten opzichte van het aantal algemene artsen (54%) aanzienlijk is toegenomen. Belangrijker in verband met het onderhavige onderwerp is echter dat de niet-curatieve artsen nu ook een eigen plaats hebben ingenomen: hun aandeel is opgelopen tot 9%, dit op een totaal van 1.309 artsen. In de kleinere steden verliepen de ontwikkelingen minder snel. Het resultaat van een telling in de kleinere steden Apeldoorn, Breda, Delft, Deventer, Dordrecht, Eindhoven, Enschede en Gouda laat de volgende verhoudingen voor het jaar 1920 zien. Algemeen curatief is 67% werkzaam, specialistisch 32%. Niet-curatief werkzaam is 1,2%. Het totale aantal artsen in de kleinere steden was in absolute zin veel kleiner: 172. Relatief waren de verschillen minder groot. Respectievelijk betrof het 1 op 1.540 en 1 op 1.338 inwoners.

De verhouding tussen specialisten en algemene artsen verschilt niet zo veel van de situatie in de grootste steden. Daarentegen ligt het aandeel van de niet-curatieve artsen met drie procent veel lager.

Hierboven werd al opgemerkt dat de boekjes geen mogelijkheid bieden om de aantallen en de veranderingen daarin voor heel Nederland te bepalen. Beperken wij ons tot de ontwikkelingen in Amsterdam dan zien we dat er sprake is van snelle veranderingen. Figuur 2 geeft de ontwikkeling van het aantal algemene artsen, specialisten en niet-curatieve artsen in Amsterdam

Nederland is in de afgelopen honderd jaar zeer sterk verstedelijkt. In die omstandigheid was een zekere rechtvaardiging te vinden voor een globale vergelijking van de verhoudingen tussen de verschillende geledingen in het



**Figuur 2** Aantallen geneeskundigen in Amsterdam van 1890 tot 1920

artsenbestand in Amsterdam in de oude tijd met latere gegevens die het gehele land betreffen. Gekozen werd voor cijfers van het CBS<sup>2</sup> over het jaar 1958 en de meest recente gegevens uit het ABC-rapport. Het beeld dat uit deze methodologisch zeker niet geheel zuivere operatie naar voren komt, is dat zich niet alleen in het aantal curatief werkzame specialisten maar ook in het aantal niet-curatief werkende artsen een vloeiende, meer dan lineaire groei heeft voorgedaan, dat wil zeggen dat het aantal niet-curatieve geneeskundigen zowel absoluut als relatief krachtig is gegroeid.

#### DE AARD VAN HET NIET-CURATIEVE WERK

Uit het voorgaande moge duidelijk zijn geworden dat zich vanaf het einde van de vorige eeuw een gestaag groeiend aantal artsen ging bezig houden met niet-curatieve zaken. Voor een moeilijk te kwantificeren deel deden ze dat in nevenbetrekking, voor een toenemend deel echter ook voltijds. Wat deden deze medici nu precies voor werk? Ook ter beantwoording van deze vraag, bieden de adresboekjes waardevolle informatie.

Voor 1870 waren het alleen medewerkers van universiteiten die voltijds niet-curatief werk verrichtten. In het boekje over 1870 ontmoeten we voor het eerst de (in 1865 of 1866 aangestelde) inspecteurs van het Staatstoezicht. In het jaarboek 1900 verschijnt een nieuwe groep van niet-curatief werkzame artsen. Thans is het niet de universiteit of de overheid die de medici in dienst neemt, maar de grote stad. Daar verschijnen de eerste al dan niet in deeltijd ambtelijk aangestelde gemeenteartsen.

In 1910 blijken er twee nieuwe groepen te zijn bijgekomen, te weten de schoolartsen (de eersten werden in 1904 aangesteld) en de adviserend/controlerend geneeskundigen van de Rijksverzekeringsbank.

Ongeveer tien jaar later verschijnen de bedrijfsartsen in de adresboekjes. Met hun komst zijn de belangrijkste vooroorlogse groepen de revue gepasseerd.

Een groep die als zodanig niet goed kon worden terug gevonden, bestaat uit de CB-artsen. Ook adviserend geneeskundigen van ziekenfondsen lijken, als we op de adresboekjes afgaan vóór de oorlog nog geen rol van betekenis te hebben gespeeld.

Overigens zal het niet verbazen dat ook de tuberculose-artsen en de milieu-artsen in de vooroorlogse jaren niet worden gevonden. Het ontstaan van deze takken van de sociale geneeskunde dateert van veel latere datum.

## CONCLUSIE

Wat leert deze korte historische excursie? In de eerste plaats dat het aantal niet-curatieve artsen in het laatste kwart van de vorige eeuw is gaan groeien en dat het relatieve aandeel van deze groep daarbij steeds groter is geworden. De bevindingen uit het ABC-onderzoek behoeven in dat licht gezien dan ook niet te verbazen: het op het eerste gezicht opzienbarende grote aandeel dat de niet-curatieve artsen vormen in het huidige totaal, is de resultante van een vloeiende beweging die al bijna een eeuw geleden inzette.

Zeker zo belangrijk is voorts dat de verschillende niet-curatieve functies betrekkelijk onafhankelijk van elkaar ontstonden. Aan verschillen in het karakter van de onderscheiden functies is in dit – explorerende – artikel amper aandacht besteed. Toch kan geconcludeerd worden dat de groep van niet-curatieve artsen bestaat uit diverse deelgroepen die in verschillende perioden en vanuit een verschillende maatschappelijke context ontstonden. Deze bevinding maakt begrijpelijk waarom er in de huidige situatie nog steeds verschillende groepen naast elkaar bestaan die elk in een eigen fase van ontwikkeling verkeren.

Men ontkomt niet aan de indruk dat het ontstaan van de verschillende vakken steeds samenhang met bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen. Achtereenvolgens waren het verschillende instanties die artsen aantrokken ter vervulling van niet-curatieve taken: de universiteit, de staat c.q. het Staatstoezicht, de gemeenten, de Sociale Verzekeringsbank en, indien we ons beperken tot de periode voor de Tweede Wereldoorlog, de fabrikanten.

## BESCHOUWING

Zoals in de inleiding reeds werd gemeld, wil deze bijdrage niet meer zijn dan een aanzet tot de bestudering van de ontwikkeling van de verschillende niet-curatieve beroepen. Zij beperkt zich daarbij tot de weergave van een aantal gegevens die als bouwstenen kunnen dienen bij het zoeken naar verklaringen. Zelfs op de interessante vraag hoe de verschillende groepen van niet-curatieve artsen met meer of minder succes probeerden hun vak te professionaliseren, zal hier niet nader worden ingegaan. Wel zij tot slot van deze bijdrage een korte beschouwing vergund inzake de vraag in welke richting het professionaliseringsonderzoek zich naar de mening van de auteurs zou moeten bewegen. Een vertrekpunt zou de al vaak aangesneden kwestie kunnen zijn of het nu de samenleving was die de nieuwe niet-curatieve vakken creëerde of dat het de artsen zelf waren.

Zoekend in de literatuur treft men een bonte veelheid van hypothesen aan. Grosso modo kunnen deze in twee groepen worden verdeeld. Aan de ene kant staat de opvatting dat de opkomst van de niet-curatieve artsen een uitvloeisel is van kenterende maatschappelijke omstandigheden en vooral ook van de daaruit voortkomende sociale wetten. Een markante vertegenwoordiger van deze opvatting toonde zich de Amsterdamse hoogleraar A. Querido die in een artikel (dat helaas enigszins verstopt staat in een gedenkboek van de Amsterdamse specialistenvereniging) eens heeft betoogd dat de sociaal-geneeskundigen zich

ten onrechte beroemen op de afstamming van de grote hygiënisten uit de negentiende eeuw zoals Penn, Ali Cohen en Coronel, daar zij slechts uitvoerders zijn in het kader van wetten die door toedoen van anderen tot stand zijn gekomen.<sup>3</sup> Men kan het optreden van niet-curatieve artsen als het gevolg zien van zich wijzigende maatschappelijke omstandigheden en daarop voortbouwende wetten. Te denken valt in dat verband aan de vier geneeskundige wetten van 1865, de Epidemiewet (1872), de Arbeidswet (1889), de Leerplichtwet (1901), de Ongevalwet (1901) enz.

De tegenpool van deze opvatting vormen de benaderingen waarin artsen en hun organisaties worden gezien als (verzamelingen van) rationele, calculerende, hun eigen belang nastrevende individuen die proberen hun territorium c.q. werkgebied te vergroten om zo hun macht, invloed, aanzien, inkomen en persoonlijk welbevinden te doen toenemen.

Het is duidelijk dat deze opvattingen sterke verwantschap vertonen met bepaalde stromingen in de sociologie. Zo roept de opvatting van Querido associaties op met structureel-functionalistische opvattingen, terwijl het beeld van de terrein veroverende medici doet denken aan actor-sociologische uitgangspunten. De hier genoemde opvattingen lijken min of meer tegenover elkaar te staan. Bij een historische beschouwing van het ontstaan van de verschillende groepen van niet-curatief werkzame artsen ontstaat echter de indruk dat de verschillende theorieën elk hun eigen bijdrage leveren aan de verklaring van het ontstaan en de verdere ontwikkeling van de niet-curatieve beroepen.

De geschiedenis van het ontstaan van de functie van inspecteur van het Staatstoezicht geeft aanknopingspunten voor beide opvattingen.<sup>4</sup> Kort gezegd komt het er op neer dat actieve jonge artsen aandrongen op de totstandkoming van het Staatstoezicht. Toen dat er eenmaal was, werden deze artsen vervolgens gevraagd om de functie van inspecteur te vervullen. Uit deze gang van zaken kan echter niet worden afgeleid dat de medici de actoren waren die voor zichzelf een nieuw domein creëerden. Het bleek zelfs niet zo gemakkelijk om de posten van inspecteur vervuld te krijgen, want er was onder artsen weinig animo voor een volambtelijke functie. Na de 'actoren' kwamen vervolgens de wetten, die als beïnvloedende factoren aan de verdere ontwikkelingen richting gaven.

Een iets ander beeld laat de jeugdgezondheidszorg zien. Het optreden van de schoolartsen wordt veelal rechtstreeks gerelateerd aan de Leerplichtwet van 1901. De idee dat medici via de schoolgaande jeugd hun werkgebied trachtten uit te breiden, lijkt niet houdbaar: de artsenorganisatie NMG was, zoals door Bergink is beschreven, niet eens voor het aanstellen van schoolartsen.<sup>5</sup> Daar hun aanstelling een te grote aanslag op de schatkist zou betekenen, stelde het bestuur van de NMG voor dat artsen het onderwijzend personeel zouden bijbrengen hoe zelf de kinderen te screenen. In dezen reageerde de NMG dus als een echte maatschappij in de negentiende eeuwse betekenis van het woord: een organisatie die niet zozeer haar eigen belang maar vooral dat van de samenleving in het oog houdt. Aangezien de onderwijzers de voorgestelde oplossing niet haalbaar achtten, werd uiteindelijk be-

sloten tot de aanstelling van schoolartsen. Een scherpe scheiding met de curatieve functies ontstond daarbij overigens niet of althans niet terstond. De eerste schoolartsen waren op een enkele uitzondering na allen huisartsen die de functie van schoolarts in nevenbetrekking vervulden. Velen zagen in deze handelwijze grote praktische voordelen: kinderen die niet gezond waren, konden terstond door de schoolarts worden behandeld (noot 3).

Het ontstaan van het beroep van gemeentearts laat andermaal zien dat het bepaalde behoeften in de samenleving waren die om de inbreng van medici vroegen. Als beginpunt van de ontwikkelingen kan de toenemende bedrijvigheid worden gezien die aan het einde van de vorige eeuw in de grote steden optrad. Zoals De Swaan zo fraai heeft beschreven, trok de grote stad met zijn werkgelegenheid jonge mensen van buiten aan. Dat deed de bedrijvigheid toenemen en dus ook de werkgelegenheid en dit trok weer meer mensen aan. Deze hoog opslaan golf van activiteiten bracht veel goeds maar had ook schaduwzijden. De stad raakte steeds voller en dat veroorzaakte de nodige botsingen: letterlijk in het verkeer en figuurlijk in de verhouding tussen al die veel te dicht op elkaar gepakte mensen. Ze vochten met elkaar, beroofden elkaar van hun geestelijke rust en staken elkaar niet in de laatste plaats aan met besmettelijke ziektekiemen "die welig tierden in een stad die niet gebouwd was op de huisvesting van zoveel mensen".<sup>6</sup> Daarin scholen voldoende redenen voor de stad om maatregelen te treffen. Die lagen voor een belangrijk deel op het gebied van de curatieve (armen-)zorg: zieken ontwrichtten het systeem, niet in de laatste plaats doordat ze anderen aansteken, en dat betekende dat er medische hulp voor de armen moest worden geregeld. Daarnaast vereiste het toenemende verkeer, de groeiende ongeregelde heden en het werk in de fabrieken betere voorzieningen op het terrein van de ehbo en het ambulancevervoer: de ggd-en in de grote steden werden juist met het oog op deze laatste vormen van curatieve dienstverlening opgericht. De medische hulp aan minvermogenen was reeds in een eerder stadium geregeld. Een tweede reden stak in de behoefte aan keuringen en controles. Die golden enerzijds de armen die voor rekening van de gemeente werden ondergebracht in ziekenhuizen en psychiatrisch inrichtingen en dus niet zonder urgente redenen en zeker niet langer dan nodig mochten worden opgenomen. Een derde belangrijke reden stak in de toenemende behoefte aan keuringen en controle van het groeiende leger van ambtenaren.

De toegenomen bedrijvigheid vroeg om een administratieve begeleiding en dat betekende een groei van het ambtenaren-apparaat. Dat vroeg op zijn beurt om keuringen bij aanstelling en ontslag en om controle bij afwezigheid wegens ziekte. Zoals al eerder werd aangestipt, deden de gemeenteartsen in het begin veelal een mengeling van curatief en niet-curatief werk. Die combinatie kwam voort uit overwegingen van financieel-organisatorische aard. De paraatheid in verband met de eerste hulp en het ambulancevervoer vereiste dat de stad de beschikking had over minstens twee artsen. Die hadden met zijn tweeën echter ook weer te weinig werk, reden waarom ze en passant ook werden belast met andere werkzaamheden c.q. de keuringen en de controles in de ziekenhuizen en

of van de ambtenaren. Daarnaast kregen ze vaak taken op het terrein van de hygiëne die in een eerder stadium waren uitgevoerd door andere gemeentelijke afdelingen, met name de reinigingsdienst.

Kort samengevat was het dus de groeiende gemeente met haar specifieke problemen op het terrein van de volksgezondheid die behoefte kreeg aan curatieve alsook niet-curatieve diensten van medici. Dat menig arts maar al te blij zal zijn geweest dat hij de inkomsten uit een te kleine praktijk kon aanvullen via nevenwerkzaamheden, neemt niet weg dat het eerder factoren dan actoren waren die tot het ontstaan van het instituut gemeentearts leidden.

Uit het voorafgaande zou men kunnen afleiden dat de besproken niet-curatieve vakken ontstonden omdat bepaalde geledingen in de samenleving behoefte hadden aan diensten waar de kennis van een arts voor nodig was. De opstelling van de NMG ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg (er zijn meer voorbeelden) doet voorts vermoeden dat individuele artsen wellicht in deze werkzaamheden een vermeerdering van hun soms schaarse inkomen zagen, maar dat de artsen als groep de verovering van niet-curatieve gebieden niet hebben nagestreefd.

Bij een beschouwing van het verdere verloop van de geschiedenis ontrolt zich een ander beeld. We zien dan namelijk dat de beoefenaren van de verschillende beroepen zich op een gegeven moment aaneensluiten teneinde het hun als het ware toegeworpen vak of beroep alsnog actief tot het hunne te maken en verder te ontwikkelen. Met de vorming van eigen verenigingen begint een nieuwe fase in het proces van professionalisering. Zoals reeds eerder werd gesteld, zal op dit proces in het kader van deze bijdrage niet verder worden ingegaan (noot 4). Belangstellenden worden verwezen naar de uitstekende proefschriften van Van der Krogt<sup>7</sup> en van Schepers<sup>8</sup> alsook naar de recent verschenen studie van Reijzer<sup>9</sup>, die overigens niet over de professionalisering van artsen maar psychotherapeuten gaat.

#### NOTEN

1 Bewerking van een voordracht gehouden op 17 juni 1993 op een minisymposium in het NIPG-TNO te Leiden ter gelegenheid van het aanbieden van het onderzoeksrapport 'Artsen buiten de curatieve zorg' aan het Ministerie van WVC en het College voor Sociale Geneeskunde van de KNMG.

2 Officieren van gezondheid waren medische hulpverleners die in het algemeen waren opgeleid aan 's-Rijks Kweekschool voor militaire geneeskundigen te Utrecht en later Amsterdam.

3 Van een professionalisering van schoolartsen was in een later stadium sprake, nadat schoolartsen zich in de periode 1905-1915 organiseerden in de Vereniging van Schoolartsen.

4 Vergelijk: Krogt ThPWM van der. Professionalisering en collectieve macht: een conceptueel kader. 's-Gravenhage: VUGA, 1981. Zie ook: Doeleman F. De maatschappelijke erkenning van de sociale geneeskunde. In: Es JC van, e.a., red. Maatschappelijke gezondheidszorg in perspectief. Essays aangeboden aan prof. R. Hornstra. Assen: Van Gorcum, 1968:18-40.

---

## ABSTRACT

### Physicians beyond curative functions in The Netherlands, 1870-1930

This article describes the growth, between 1870 and 1930, of the number of physicians working in non-curative functions in the Netherlands. More or less official sources (as the Staatstoezicht (State Control) reports, the (K)NMG (Royal Netherlands Medical Society) records and the CBS (Central Bureau of Statistics) publications) proved not sufficient for the goal set. Therefore, the Medical Directories, published yearly since the 1860's, were used. The directories mention the name, surname, address and function of the physicians in a large number of Dutch municipalities. Although the directories don't describe all municipalities, they do shed an interesting light upon the development of non-curative functions. In the first place the study shows that since halfway last century the growth of the number of curative functions develops along a flowing line. However, the relative part on the total of the number of non-curative functions increases. In the second place it shows clearly that currently existing types of non-curative professions were created in different periods and were influenced by different social factors. Especially laws concerning medicine and health appear to have played an important role. These findings can co-direct research into the development of the medical profession.

*Key words: history, medical functions beyond curation, professionalisation, medical directories*

---

## LITERATUUR

- 1 Geneeskundig adresboekje 1890. Rotterdam: Van Hengel en Eeltjes (i.o.v. NMG), 1890:313.
- 2 CBS. Compendium gezondheidsstatistiek Nederland 1974. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1974:304-7.
- 3 Querido A. De ontwikkeling van de sociale geneeskunde tot specialisme. In: Dongen JA van, red. De vooruitgang van de geneeskunde in onze eeuw. Amsterdam: De Bussy, 1966:260-7.
- 4 Querido A. Een eeuw Staatstoezicht op de volksgezondheid. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1965:163.
- 5 Bergink AH. Schoolhygiëne in Nederland in de negentiende eeuw. Veendam: Marko meubelen, 1965.
- 6 Swaan A de. Zorg en de staat. Amsterdam: Bert Bakker, 1989:126-35.
- 7 Kragt ThPWM van der. Professionalisering en collectieve macht: een conceptueel kader. 's-Gravenhage: VUGA, 1981.
- 8 Schepers R. De opkomst van het medisch beroep in België: de evolutie van de wetgeving en de beroepsorganisaties in de 19e eeuw. Amsterdam: Rodopi, 1989.
- 9 Reijzer HM. Naar een nieuw beroep: psychotherapeut in Nederland. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem, 1993.

---

## CORRESPONDENTIEADRES

Prof. dr A.H.M. Kerkhoff, Universiteit Twente, Faculteit Bestuurskunde, kamer TW C-202, Postbus 217, 7500 AE Enschede, tel. 053-894026

*Voor publikatie aanvaard op 8 juli 1994*