

DRS. J. F. R. PHILIPS

VIJFTIG JAAR
HORNERHEIDE

HISTORISCHE BESCHOUWINGEN
OVER DE MEDISCHE ZORG IN LIMBURG

INHOUD

Uit de historie van de volksgezondheid	1
Kentering	5
De volksgezondheid in Limburg	9
Zuigelingen- en kindersterfte	12
Gezondheidszorg	13
Uitschieters	16
Nieuwe voorzieningen	20
De tuberculose in Limburg	22
Specificatie van de tuberculosecijfers	27
De tuberculosebestrijding	31
Onderzoek naar de oorzaken van de tuberculose	32
Op zoek naar bestrijdingsmiddelen	34
De consultatiebureaux	40
De aanvang van de sanatoriumverpleging	45
Een sanatorium in Limburg?	50
Het Limburgse Groene Kruis sticht het Sanatorium Hornerheide	53
Een dreigend fiasco (1921-1926)	59
Op vaste bodem (1927-1940)	66
Ontwikkeling van de therapie	70
Resultaten	72
Dokter Oosterbaan	73
De patiënt: een mens in nood	75
De Stichting Gezond Limburg	77

Opnieuw hevige uitbarsting van de tuberculose (1940-1949)	80
Oorlogsprikelen	83
De bevrijding	85
Ontwikkeling na de bevrijding	89
Het einde in zicht (1949-1960)	96
Uitbreiding van de gebouwen...	102
maar daling van het aantal patiënten	105
Therapie	108
Verpleegprijs	112
Personeel	113
Ontspanning en scholing	115
Mannen van verdienste	117
Het laatste decennium: de Maaslandkliniek	120
Bijlage I Geneeskundigen en Artsen in Limburg 1870, 1900 en 1920	128
Bijlage II Artsen in Limburg 1930-1970	131

UIT DE HISTORIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID

„Mannen en vrouwen werden ziek omdat zij arm waren, zij werden armer omdat zij ziek waren en zeker doordat hun armoede groter werd”¹.

Deze uitspraak typeert de levensomstandigheden van grote groepen van de bevolking in ons land en daarbuiten in vroeger eeuwen. Wanneer men onder armoede tevens verstaat de ontoereikende voeding, hoogst onbevredigende huisvestingstoestanden en gebrek aan hygiënische voorzieningen, wordt duidelijk, dat de structuur van de maatschappij mede verantwoordelijk was voor de slechte toestand van de volksgezondheid destijds. Een verbetering hiervan kon niet alleen worden bereikt door de ontwikkeling der geneeskunde maar vereiste ook een verandering in de samenleving.

Wie gewoon is het peil van onze moderne medische voorzieningen als een vanzelfsprekendheid te beschouwen en met ongeduld uitziet naar nieuwe vindingen en onderzoekresultaten, zal wellicht geneigd zijn om met een meewarig *dédain* neer te kijken op wat op het terrein van de volksgezondheid in een voorafgaande tijd werd bereikt. Toch is deze hedendaagse vertekening van het perspectief misleidend. De algemene gezondheidstoestand in de veel gesmade 19e eeuw is immers mede dank zij het werk van een aantal sociaal bewogen medici en pioniers op andere terreinen meer verbeterd dan in alle voorafgaande eeuwen. Een terugblik op die turbulente tijd maakt duidelijk, hoe onze huidige sociale hygiëne zich heeft ontwikkeld en langs welke moeizame weg men tot dit resultaat is kunnen komen.

Vanuit medisch oogpunt mogen de wijzigingen, die zich reeds in de 19e eeuw voltrokken, niet opzienbarend lijken. In vergelijking met vorige eeuwen kan men desondanks spreken van revolutionaire ver-

¹ C. E. Winslow, *The cost of sickness and the price of health*, blz. 9, aangehaald bij W. Romijn, *Welvaart en gezondheid*, Amsterdam 1955, blz. 14.

anderingen in het gezondheidspatroon. Dit beseft men eerst, wanneer men zich de marginale levensomstandigheden voor ogen stelt, waaraan de bevolking zich toen heeft moeten ontworstelen. De voorwaarden voor een menswaardig en gezond bestaan waren nauwelijks aanwezig; de lichamelijke weerstand tegen allerlei ziekten was gering; de totale sterfte was zeer hoog en overtrof doorgaans het geboortecijfer.

In het begin van de vorige eeuw kwam al enige verandering in deze situatie. De grote en regelmatig terugkerende schommelingen in het totale sterftecijfer, veroorzaakt door periodieke misoogsten en epidemiegolven, begonnen geleidelijk te verdwijnen. Onvermijdelijk waren er nog verschillende epidemische uitbarstingen, die het sterftecijfer deden oplopen, maar over de gehele lijn was de curve van de gemiddelde sterfte toch veel vlakker geworden. Slechte oogsten hadden minder kans ontberingen te veroorzaken, toen door de verbeterde transportmiddelen de voedseltekorten gemakkelijker konden worden aangevuld. De agrarische verbeteringen, de verbouw van aardappelen en de hogere opbrengst aan granen brachten wat meer zekerheid in de voedselvoorziening. De relatieve daling van het sterftepeil was het eerst bemerkbaar bij de grotere kinderen en zette zich vervolgens voort in de hogere leeftijdsgroepen. Er was echter één grote uitzondering op deze regel, nl. de zuigelingen, waarvan de sterfte eerder steeg dan daalde.²

Besmettelijke ziekten, zoals cholera, tyfus, roodvonk, tuberculose, difterie, pokken enz. bleven nog steeds de grote moordenaars. Het risico van infectie was buitengewoon groot en kon pas worden tegengegaan, toen de aard van deze infecties werd onderkend en effectieve tegenmaatregelen waren genomen. De daling van het gemiddelde sterftecijfer verliep zeer langzaam – in Limburg zette die met enige vertraging eerst na 1875 door – en weerspiegelde het tekort aan hygiënische voorzieningen. Bovendien was op sommige momenten de mortaliteit zo hoog, dat de normale bevolkingsaanwas verloren ging, zoals in de depressiejaren 1816-17 en 1829-30, tijdens de voedselcrisis in 1845-47 en 1853-55 en in het cholerajaar 1866. Meer dan honderd jaar waren nodig geweest om het sterftecijfer van 30 pro mille te brengen op 20 pro mille van de bevolking (\pm 1875).³ Een van de voornaamste oorzaken van deze trage ontwikkeling school

² E. A. Wrigley, *Bevolkingsvraagstukken in verleden en heden*, 1969, p. 164-169.

³ *Algemene Statistiek van Nederland. Beschrijving van de maatschappelijke toestand van het Nederlandsche volk in het midden van de 19e eeuw*, 2 dln., Leiden 1893.

in het ontstellend gebrek aan hygiëne. Men beseftte, dat de gezondheids-toestand van de bevolking niet alleen een individueel, maar ook een sociaal verschijnsel was, afhankelijk van natuurlijke en maatschappelijke oorzaken, zeden, gewoonten en instituties. Verschillende artsen kwamen tot het inzicht, dat de slechte toestand van de volkshuisvesting, de stoffige en ongeventileerde werkplaatsen, de kinderarbeid, het ongezonde drinkwater en het ontbreken van een behoorlijke vuilverwijdering zeer ongunstige factoren waren voor de volksgezondheid. In de medische literatuur rond het midden van de 19e eeuw treft men herhaaldelijk publikaties aan, die het verband aanstipten tussen het gezondheidsspeil en de maatschappelijke toestanden. Deze auteurs wezen er terecht op, dat de overbevolking in de arbeidersbuurten een belangrijke invloed had op het ontstaan en de uitbreiding van de typhus- en cholera-epidemieën (1848, 1849, 1853, 1866).

De volkshygiëne kwam sindsdien steeds meer in de belangstelling te staan. De medicus S. Coronel en anderen propageerden de mening, dat eerst het leefmilieu van de volksklasse verbetering moest ondergaan, voordat de strijd tegen ziekte massaal en met succes kon worden aangepakt.⁴

Ten gevolge van de destijds grote achterstand op het terrein van hygiëne en volksgezondheid konden besmettelijke ziekten zich gemakkelijk verspreiden en een hoge tol aan mensenlevens eisen. Van de gevreesde epidemieën uit die tijd, zoals cholera, tyfus, pokken, mazelen, roodvonk en difterie, maakten vooral de eerste drie veel slachtoffers. Telkens opnieuw vormden zij een grote verschrikking, die in de herinnering van de tijdgenoten lang is blijven leven.

Angstige paniek beving de bevolking, ook in Limburg, bij het bericht, dat een besmettelijke ziekte in de omgeving was uitgebroken. Heel de lange hete zomer waren dan de gevreesde verschijnselen te constateren, maag- en darmaandoeningen en kwaadaardige tussenpozende koortsen, die vooral onder de kinderen talrijke slachtoffers maakten. De geneesheren deden hun uiterste best om de ramp te voorkomen. De oudere artsen werkten hoofdzakelijk op de onzuiverheden in het bloed en pasten vaak aderlating toe. De jonge doctores waren

⁴ Zie *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2e reeks, jrg. 1 (1865) e.v.

Cfr. S. Coronel, *Middelburg, voorheen en thans; bijdrage tot de kennis van den voormaligen en tegenwoordigen toestand van het armwezen aldaar*, Middelburg 1859.

H. F. J. M. van den Eerenbeemt, *Arts en sociaal besef in Nederland in historisch perspectief*, in *Sociale Wetenschappen*, 12e jrg., 1969, nr. 4, p. 231-280.

hiermee spaarzamer en namen hun toevlucht nogal eens tot kinine. Maar hun voortdurende strijd scheen uitzichtloos. Rampzalig werd de toestand, als de cholera was uitgebroken en een epidemisch karakter kreeg. De autoriteiten namen allerlei voorzorgen om een uitbreiding tegen te gaan. De straten werden gereinigd; de muren van de huizen moesten opnieuw worden gewit; met ijzervitriool en carbolzuur werden de privaten schoon gehouden. Drinkwater en melk moesten voor het gebruik worden gekookt. De patiënten kwamen in quarantaine; hun kleding en huisraad werd verbrand. Niet zelden ging de ziekte nog gepaard met hevige typhuskoortsen. Het volk ging massaal op bidweg naar de kerken en kapellen of trok ter bedevaart om uitkomst in de nood. De kapel van Sint Rosa te Sittard, patrones tegen besmettelijke ziekten, werd dan druk bezocht. Veel mensen zochten ook hun toevlucht bij de kwakzalvers, die hadden weten te ontsnappen aan de waakzaamheid van de medische politie, de voorgangster van de Inspectie Volksgezondheid. Maar ook die konden geen hulp verschaffen. Telkens opnieuw stond men machteloos tegenover het mysterie van deze slopende epidemische ziekten.⁵ In gewone tijden verzwakte echter weer spoedig de aandacht. Zeer terecht wees de Bossche arts M. J. Godefroi er op, dat al deze incidentele maatregelen bij een uitbreken van een epidemie wel nuttig waren, maar dat het van meer essentieel belang was tot een structurele aanpak van de volksgezondheid te komen.⁶ Het bleek immers, dat het aantal slachtoffers aan besmettelijke ziekten vooral hoog was in de verpauperde krottenbuurten, waar het met de individuele hygiëne en de technisch-hygiënische voorzieningen zeer slecht gesteld was. In Maastricht stierven in 1866 aan de cholera 611 personen, waarvan er echter slechts 7 tot de gegoede burgerij behoorden.⁷ Het ontstellend tekort aan redelijke sanitaire voorzieningen schiep een vruchtbare voedingsbodem voor een snelle verspreiding van epidemieën, wat in verschillende steden bij het uitbreken van cholera, pokken- en typhusepidemieën werd geconstateerd. Vooral was er verband te leggen tussen het optreden van deze ziekten en het drinken van door

⁵ H. Stapert, Wat in een eeuw bereikt werd. De ontdekking van de bacterieën deed de wereld van aanschijn veranderen. In Maas- en Roerbode, 9 januari 1956, jubileumnummer, nr. 7.

⁶ M. J. Godefroi, De cholera en de openbare gezondheidsregeling in Nederland, 's-Hertogenbosch 1866.

⁷ A. J. Fr. Maenen, Petrus Regout, 1801-1878, Een bijdrage tot de sociaal-economische geschiedenis van Maastricht, Nijmegen 1959, p. 76.

faecaliën verontreinigd put- en grachtenwater, wat later bacteriologisch werd bevestigd. Met het aanleggen van een drinkwaterleiding, de invoering van een gemeentelijke reinigingsdienst en de bouw van een behoorlijke riolering konden verschillende epidemieën sterk worden teruggedrongen.

Evenzo was eerst een versterking mogelijk van het weerstandsvermogen van de bevolking, toen de structurele armoede was uitgebannen en het pauperisme niet langer een onafwendbaar lot scheen, dat men lijdzaam had te aanvaarden.⁸

KENTERING

De oude maatschappelijke orde was lange tijd een rem voor verdere vooruitgang. De liefdadigheid van de burgerij kon wel iets van de ogenblikkelijke nood lenigen, maar schiep geen oplossing. Ook de geneeskundige armenverzorging was hierdoor getypeerd; de maatschappelijke functie van het gasthuis, „een algemeene bergplaats voor noodlijdende zieken”, was een uiting van de heersende patriarchale verhoudingen; de meer welgestelden konden zich de luxe permitteren om thuis verpleegd te worden. Pas rond de eeuwwisseling komt hierin een ingrijpende wijziging, als de gasthuizen zich ontwikkelen tot centra van geneeskundige behandeling en verpleging.⁹

Ook in de opvattingen van de artsen moest eerst een kentering ontstaan. Zij leefden lange tijd in een gesloten sfeer en waren niet geneigd zich met de maatschappelijke problematiek in te laten. Maar geleidelijk traden ook andere figuren op de voorgrond, die de overheid een taak toekenden op het terrein van de volksgezondheid. Ook de in 1849 opgerichte Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst bleek onmiddellijk een open oog te hebben voor de betekenis van de openbare gezondheidszorg. Leidinggevende artsen pleitten voor een goede drinkwatervoorziening en riolering; zij

⁸ cfr. A. C. L. de Vrankrijker, *Een groeiende gedachte, De ontwikkeling der meningen over de sociale kwestie in de 19e eeuw in Nederland*, Assen 1959.

⁹ L. J. Rogier, *Aspecten van caritas en geneeskunde. Gedenkschrift bij het 60-jarig bestaan van het O.L. Vrouwe Gasthuis te Amsterdam*, Amsterdam 1938.

L. G. J. Verberne en Th. H. Schlichting, *Gedenkboek Stichting het R.K. Gasthuis St. Elisabeth-ziekenhuis Tilburg*, Tilburg 1954.

J. F. R. Philips, *Een eeuw armen- en ziekenzorg in Venlo, het St. Joseph Ziekenhuis, 1861-1961*, Venlo 1961, p. 45-47.

wezen op de schadelijke invloed van de produktietechniek op de gezondheid van de werknemers; zij verdiepten zich in de hygiënische aspecten van de huisvesting en kregen meer aandacht voor het belang van een goede gezondheidsstatistiek. Uit deze tijd dateert de propaganda voor een gezondheidsleer, die er op was gericht, dat het voorkomen van ziekten beter was dan het genezen.

Verschillende technisch-hygiënische voorzieningen werden in het leven geroepen met de bedoeling de specifieke weerbaarheid te verhogen (o.a. door vaccinaties), de biologische gevaren af te wenden, die het milieu bedreigden (o.a. door de verbetering van het drinkwater, volkswoningbouw, vuilverwijdering, doelmatiger voeding enz.) en in het algemeen door het systematisch opsporen van sociale milieu-invloeden als pathogene factoren. Zeker in de periode vóór de ontdekkingen van Pasteur en Koch, toen nog grote onbekendheid bestond omtrent de parasitaire oorsprong van veel ziekten, verwachtte men alle heil van hygiënische maatregelen. Maar ook in latere jaren waren velen in de kringen van de overtuigde hygiënisten nog niet er van doordrongen, dat bacteriën de kiemdragers zijn van veel besmettelijke ziekten. Zij meenden, dat het invoeren en stipt naleven van de hygiënische voorschriften en maatregelen alleen al afdoende kon werken bij de bestrijding van allerlei ziekten.¹⁰

Ook de overheid kon niet langer blind blijven voor de nadelige invloeden op de volksgezondheid, die van de bestaande maatschappelijke situatie uitgingen. Zij ging zich nu intensiever bezig houden met de openbare gezondheidszorg. Door de wet van 1865 werd de uitoefening van het medisch beroep alleen nog toegestaan aan artsen, die aan de universiteiten waren opgeleid. De organen van het Geneeskundig Staatstoezicht rapporteerden sindsdien over wat aan de volksgezondheid ontbrak. Een nieuwe impuls ging uit van de Gezondheidswet 1901¹¹, die het staatstoezicht aan een nieuwe regeling onderwierp. Er kwam een Centrale Gezondheidsraad met daarnaast hoofdinspecteurs en enige regionale inspecteurs voor de volksgezondheid. Bovendien riep de wet voor elk district gezondheidscommissies in het leven, waarvan de adviezen moesten worden ingewonnen bij elke gemeentelijke verordening op het terrein van de volksgezondheid.

Dank zij deze plaatselijke decentralisatie kon op de duur meer resultaat

¹⁰ H. F. J. M. van den Eerenbeemt, a.w., p. 250.

¹¹ Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 21 juni 1901, nr. 157.

bereikt worden dan langs de weg van algemene maatregelen en voorschriften. Het ombuigen van de mentaliteit en het aktiveren van de belangstelling zijn vooral aan deze gezondheidscommissies te danken.¹²

De grote verbeteringen in leefverwachting en mortaliteit werden echter eerst bereikt, toen de medische bijdrage op het einde van de 19e eeuw belangrijk groter werd. In die tijd was ook het inzicht in de aard en overbrenging van besmettelijke ziekten belangrijk gegroeid. Hierbij kwam de mogelijkheid om effectieve geneesmiddelen, vaccins en andere preventieve therapeutische maatregelen te ontwikkelen. Iets eerder was al een drastische vermindering van het aantal sterfgevallen opgetreden door de invoering van anti-septische maatregelen in de ziekenhuizen, door de ontwikkeling van de anaesthesie en de verbetering in de chirurgische techniek. Voor de eerste maal werd het duidelijk, dat het geneesmiddel beter was dan de kwaal.¹³

Vooraf in de afgelopen halve eeuw heeft de geneeskunde een snelle en onverwachte ontwikkeling doorgemaakt. Het aantal huisartsen en beschikbare specialisten werd vele malen groter. De oorzaak van deze uitbreiding ligt vooral in de enorme vermeerdering van de medische kennis, die langs vele wegen wordt vergaard en nu veel sneller doordringt en in toepassing komt. Deze vooruitgang kan hier slechts met enkele grepen worden geïllustreerd. Aan de ontdekking van het insuline hadden miljoenen suikerzieken hun leven en gezondheid te danken. In 1935 was de ontdekking van de bacteriëndodende werking van de z.g. sulfa-preparaten zo ver, dat dit geneesmiddel voor het eerst klinisch werd gebruikt. De introductie van dit wondermiddel leverde ongelofelijke resultaten op; de gevreesde longontsteking was nu spoedig bedwongen. Intussen kwam onverwachts de hulp van een totaal nieuw middel, het penicilline, dat met vele andere antibiotica een nog doeltreffender uitwerking heeft tegen alle mogelijke infectieziekten. Van ongekende betekenis voor de heelkunde is zonder twijfel ook geweest de toepassing van een nieuwe narcose-techniek en de borstkas-chirurgie, waardoor de longen en het hart bereikbaar zijn geworden voor het reddende mes van de chirurg.¹⁴

Het behoeft dan ook geen verbazing, dat sedert 1870 de gemiddelde

¹² cfr. J. Th. Terburgh, De geschiedenis van het staatstoezicht op de volksgezondheid, Zwolle 1929.

¹³ E. A. Wrigley, a.w., p. 174-175.

¹⁴ H. H. C. Stapert, De geneeskunde maakte in 40 jaar een ongelofelijke ontwikkeling door, in Limburgs Dagblad, 8 oktober 1959, (speciale uitgave), p. 15.

levensduur (d.w.z. het na de geboorte statistisch te verwachten aantal levensjaren) regelmatig verder toeneemt en sindsdien tot het dubbele is gestegen. Het sterftcijfer is met rasse schreden teruggelopen. Bedroegen in de periode 1890-1900 het aantal overledenen nog 18.4 per duizend inwoners, in de jaren 1931-1939 was dit gedaald tot 8.8 pro mille en na de oorlogsjaren tot 8 pro mille, op welk niveau de mortaliteit nog niet gestabiliseerd schijnt.

De winst op het terrein van de gezondheidszorg komt thans grotendeels voor rekening van de medische kennis en techniek, maar het fundament hiervoor werd gelegd in een vorige periode, waartoe toen ook andere omstandigheden hebben bijgedragen. Pas het samenspel van betere sociale omstandigheden, van het scheppen van gunstiger hygiënische verhoudingen en van de toegenomen medische vaardigheid was in staat de fatale kringloop te doorbreken, waarin een groot deel van de bevolking vanwege de ongunstige leefsituatie en de slechte gezondheidstoestand verkeerde.¹⁵

¹⁵ W. Romijn, *Welvaart en gezondheid*, Amsterdam 1955, p. 119-131.

DE VOLKSGEZONDHEID IN LIMBURG

De ongunstige toestand van de volksgezondheid in de 19e eeuw wordt in de meeste publikaties voornamelijk als een stedelijk verschijnsel gezien. De mortaliteit op het platteland was vanoudsher lager dan in de stad. Elk jaar moesten bij de militaire keuringen veel jonge mannen uit de steden als lichamelijk ongeschikt naar huis worden gezonden. De armoede in veel steden was zo groot, dat de gezondheid van grote bevolkingsgroepen ernstige schade leed. Slechte voeding en behuizing, watervervuiling, problemen met riolering en vuilafvoer, een grotere bevattelijkheid voor ziekten en epidemieën: dat waren de ongemakken van het stadsleven, die men voor lief had te nemen. De opeenvolgende verslagen van parlementaire commissies, de rapporten van provinciale en gemeentelijke instanties geven een uitvoerige documentatie over de hardheid, vervuiling en levensgevaarlijke omstandigheden van de werkende klasse in de stad. Het hoge sterftecijfer in de stad is vooral te wijten aan de penibele situatie van deze groep, die nauw samengedrongen leefde in enkele vervallen stadsdelen. De gezondheidstoestand van de overige inwoners week waarschijnlijk niet beduidend af van die van de plattelandsbevolking. In de stad was echter heel deze achterstand op een klein gebied geconcentreerd. De literatuur van alle industrialiserende landen van West-Europa is vol met romans, die de diepe ellende beschrijven in de troosteloze achterbuurtsloppen en de enorme tol aan mensenlevens, die dit eiste.¹⁶

In Limburg was deze toestand al weinig anders en waren vooral in de oude vestingsteden de levensomstandigheden uitgesproken slecht. Ondervoeding, drankmisbruik, lichamelijke verwaarlozing, geestelijke afstomping, luchtvervuiling, waterverontreiniging en meer dergelijke verschijnselen beperkten de levenskansen in de stad aanzienlijk.

¹⁶ E. A. Wrigley, a.w., p. 174-175.

Tekenend wat betreft de lichamelijke gezondheid van veel stads-kinderen is de uitspraak in een rapport van de Geneeskundige Raad van Limburg en Oostelijk Noord-Brabant: „Kinderen, weinige maanden oud, met een gerimpeld gelaat en diepe vouwen in het voorhoofd, in hooge mate vermagerd, met over het gehele lichaam gezwollen klieren en dikke buiken, – ge ontmoet ze daar tegelijk met anderen, die op het vaalgeel gelaat het kenmerk dragen van slechte sappen en bedorven bloed.”

Niet minder somber was de situatie voor iets oudere kinderen, die het gevaarlijke eerste levensjaar hadden overleefd:

„Die lijden aan klierziekten van allerlei aard, aan verzweringen in de weeke deelen, zoowel als in de beenderen, aan bloedbederf en wat al niet meer. Ook de inwendige organen blijven niet bespaard. Jaren lang duurt dit lijden soms voort, totdat eindelijk, meestal vóór den twintigjarigen leeftijd, de tering, die hier bij voorkeur hare slachtoffers zoekt, aan het jammerlijk leven een einde maakt.”¹⁷

Het zou onjuist zijn uit deze feiten en somber gestemde indrukken af te leiden, dat uitsluitend de situatie in de steden verantwoordelijk zou zijn voor de ongunstige gezondheidstoestand en de hoge sterftecijfers, want ook veel plattlandsgebieden deden weinig voor de steden onder. Bovendien steeg de leefverwachting in de stad gedurende het grootste deel van de 19e eeuw sneller dan op het platteland. Geleidelijk traden zoveel verbeteringen op, dat de voordelen van het stadsleven de nadelen merkbaar overtroffen. Toename van het aantal artsen, vooruitgang van de medische wetenschap, ziekenhuizen, contróle op de hygiënische situatie, markeerden de vooruitgang eerder en sterker in de steden dan op het platteland. Omdat er nog weinig industrieën waren, kon het niet uitblijven, dat het sterfteeniveau in de stad lager zou worden dan daarbuiten. Tussen 1890 en 1895 was het zover: de stad werd een „gezonder” oord dan het platteland. Erg lang zou dat niet duren, want door de economische groei zou de stad in de 20e eeuw opnieuw een minder aantrekkelijk woonoord worden.¹⁸

Dezelfde situatie treft men ook in Limburg aan. Zij spreekt treffend uit het overzicht van de sterftecijfers in de verschillende steden en streken van deze provincie.

¹⁷ Enquête naar den toestand der arbeiderswoningen in de provincieën Limburg en Oostelijk Noord-Brabant ('s-Hertogenbosch 1893) p. 1 en 123, geciteerd bij Van den Eerenbeemt, a.w., p. 272.

¹⁸ W. Romijn, Welvaart en gezondheid, Amsterdam 1955, p. 289-293, grafieken.

Tabel 1. Het aantal overledenen per duizend van de gemiddelde bevolking in enige steden en streken van Limburg, 1871-1955

	1871-1875	1891-1895	1911-1915	1931-1935	1951-1955
<i>Grotere gemeenten</i>					
Maastricht	27.0	26.7	16.5	9.4	8.0
Venlo	23.5	19.0	12.1	8.2	6.5
Roermond	20.1	19.7	13.0	9.3	6.4
Sittard	26.5	22.1	17.4	9.1	6.7
Heerlen	22.7	21.5	15.1	6.0	6.0
Kerkrade	20.1	27.7	16.2	7.8	7.7
<i>Enige plattellandsgebieden</i>					
Noordelijk Noord-					
Limburg	21.6	18.6	13.7	10.7	7.6
Peel	20.7	19.0	16.8	10.9	7.2
Zuidelijk					
Zuid-Limburg	22.5	20.9	15.5	10.2	8.0

Bron: c.b.s. 5-jaarlijkse sterftabellen voor Nederland

Aanvankelijk worden zeer hoge cijfers gevonden in Maastricht, Sittard, Venlo, Heerlen en Kerkrade, maar nog vóór de eeuwwisseling is in alle grotere plaatsen van Limburg de daling van het sterftcijfer groter dan op het platteland. Aan de vooravond van de eerste wereldoorlog ligt in Sittard, Maastricht en Kerkrade het sterftcijfer nog iets boven het provinciaal gemiddelde, maar de Peel onderscheidt zich dan reeds duidelijk als het meest ongunstige gebied. Ook in latere perioden liggen de sterftcijfers op het Limburgse platteland hoger dan in de grotere gemeenten.¹⁹

Uit de genoemde cijfers is duidelijk, dat de ongunstige sterfteverhoudingen niet in één enkele stad of streek waren geconcentreerd. Bovendien wordt het ook steeds moeilijker om na 1900 een scherp onderscheid te maken tussen het zuiver agrarische platteland en de geïndustrialiseerde, meer urbane gebieden. Nergens was de volksgezondheid zo ongunstig als in de hoofdstad Maastricht, de oudste en echte fabrieksstad van Limburg waarover later nog uitvoerig wordt gesproken. Het industriële zwaartepunt verplaatste zich na 1900 naar de Mijnstreek, waar het landelijk gebied overspoeld werd met vreemde arbeidskrachten en waar de streek door de enorme structuurveranderingen voor zware opgaven kwam te staan.

Maar ook het platteland verkeerde in grote moeilijkheden, omdat de

¹⁹ J. Wachelder, Het geboorte-overschot in Limburg in de laatste halve eeuw, in Jaarboek 1956 Sociaal Historisch Centrum voor Limburg, p. 65 v.v.

landbouw sedert de crisis van 1870-95 geen voldoende bestaan meer bood, zodat velen werk moesten zoeken in de stad of als seizoensarbeider in Duitsland. In vele dorpen schoten de medische en hygiënische voorzieningen nog meer tekort dan in de grotere gemeenten, waar geleidelijk iets van de achterstand werd ingelopen. Op het platteland daarentegen bestond niet zelden een zekere achterdocht tegenover nieuwe sociaal-hygiënische maatregelen. De hygiëne vertoonde er vaak veel tekorten. Men denke slechts aan de waterpoelen in de dorpen, aan de open mestvaalten op de boerderij, aan het vervoer van mest, de opeenhoping van vuil, insecten, afvalstoffen, enz. Het infectiegevaar, dat daardoor ontstond, scheen men niet te beseffen. Zelfs de overheid had nog weinig inzicht in het grote nut van het moderne hygiënisch handelen.

Aan de ziekenverpleging ontbrak nog veel. Die geschiedde zonder voldoende kennis en met primitieve middelen; familie en bureu waren meestal de raadgevers of verzorgers. De meeste plaatsen waren verstoken van een goede deskundige hulp, al verleenden de zusters van een plaatselijk klooster hun liefdevolle diensten in zulke gevallen. In het opvullen van deze leemte had destijds Mgr J. Savelberg een taak gezien voor zijn nieuw opgerichte congregatie, omdat het terrein van „de kleine dorpscharitas” nog geheel braak lag. Toen zijn zusters echter de verpleging in het nieuwe ziekenhuis te Heerlen ter hand namen, ging deze mogelijkheid tijdelijk weer teloor.

De gezondheidstoestand bleef in Limburg eigenlijk tot 1920 zeer kritiek. De infectieziekten waren in omvang en frequentie zeer kwaadaardig. Het sterftecijfer tengevolge van deze ziekten bedroeg vaak meer dan 10% van alle gevallen. Met de ontdekking van de bacterieën en de risico's die ze meebrengen voor de gezondheid, is daarin verandering gekomen. Deze grandioze ontdekking uit de laatste helft van de vorige eeuw heeft het gevaar van deze ziekten grotendeels bezworen.

ZUIGELINGEN- EN KINDERSTERFTE

Bijzonder hoog bleef de zuigelingensterfte in Limburg, vooral de sterfte in de eerste levensmaand, die het hoogst was van heel Nederland. Per duizend levend geboren stierven vóór 1914 in het eerste levensjaar gemiddeld 140 à 150 kinderen door verkeerde voeding of voedingsstoornissen, onkundige verzorging, bekrompen behuizing,

enz. Deze zuigelingensterfte lag ver boven het algemeen gemiddelde en daalde slechts langzaam vanwege het gebrek aan medische- en kraamhulp, door de ondeugdelijke flessenvoeding, de goed bedoelde maar vaak heel verkeerde adviezen van familieleden of buurvrouwen en niet zelden vanwege de zware arbeid van de gehuwde vrouw buitenshuis.²⁰ De bekende huisarts Dr J. H. Starmans uit Nuth heeft in zijn proefschrift²¹ diepgaand aandacht besteed aan de oorzaken van dit ontstellend feit en naar middelen gezocht om daarin verbetering te brengen. De bevolking was aan de hoge kindersterfte gewoon geraakt en beschouwde zulk een verlies als een onafwendbaar noodlot. In Maastricht was deze kindersterfte zo hoog, dat in elke parochiekerk wel enige keren per week een „engelendienst” werd gehouden. In Berg aan de Maas stierven kort voor de eeuwwisseling uit een gezin van 14 kinderen niet minder dan 6 beneden de leeftijd van het jaar. Een van de overlevenden, Th. R. Neutelings, vertelt daarover:²²

„In mijn geboorteplaats werden de jonge kinderen, die stierven, bijgezet op het kerkhof rond de kerk van Berg, en kregen een wit kruisje met blauwe letters er op. Er waren heel veel van die witte kruisjes op het kerkhof van mijn geboortedorp. Eronder lagen kinderen van minder dan 1 jaar, die allemaal overleden waren aan voedingsstoornissen, d.w.z. door gebrek aan de juiste hygiënische voeding. Dit heeft mij als jongen al gegrepen en is een uitdaging voor mijn leven geworden”. Hij werd de stichter van de Liga-fabrieken, die onder zijn leiding een wereldconcern werden.

Abnormaal groot was ook het aantal levend geboren kinderen, dat nog vóór de geboorte-aangifte stierf, hetgeen vaak wees op onvoldoende hulp bij de bevalling. In 1910 waren slechts 60 vroedvrouwen in Limburg werkzaam; niet minder dan 80 gemeenten hadden geen verloskundige. Pas met de opening van de kweekschool voor vroedvrouwen in Heerlen in 1912 werd een keerpunt ten goede bereikt. Toen kwam ook een einde aan de grote omvang van de kraamvrouwen koorts.

GEZONDHEIDSZORG

Er was in Nederland in de 19e eeuw een ontstellend gebrek aan medi-

²⁰ J. F. R. Philips, 50 jaar sociale gezondheidszorg in Limburg. De R.K. Vereniging „Het Limburgse Groene Kruis” in het goud, 1910-1960, Roermond, p. 13-28.

²¹ J. H. Starmans, Verloskunde en kindersterfte in Limburg, Maastricht 1930.

²² Interview in De Nieuwe Limburger, 19 maart 1970.

sche verzorging. Het tekort aan artsen was vooral op het platteland zeer nijpend. De kwalijke gevolgen hiervan hebben wij in het voorgaande al geschetst aan de hand van de zuigelingen- en kindersterfte en zal hierna nog duidelijk blijken bij de beschouwingen over de tuberculose. Het is niet zeker, dat Limburg qua medische verzorging rond 1850 ongunstig afstak bij de rest van het land, maar het feit, dat er in Limburg geen klinische opleiding bestond en slechts weinig studenten elders voor arts gingen studeren, stelde deze streek achter in het laatste kwart van de eeuw, toen geleidelijk de medische zorg werd verbeterd door verhoging van de kwaliteit van de artsen.

Omstreeks het midden van de 19e eeuw kende men drie soorten artsen, te weten de *medicinae doctores*, die een volledige academische opleiding hadden genoten, de plattelandsheel- en vroedmeesters, die een sterk verkorte opleiding hadden gevolgd, waartoe vooral de kleinere academies, zoals Harderwijk en Franeker de mogelijkheid boden en de officieren van gezondheid, die na een tweejarige opleiding in Utrecht bij een garnizoen als arts werden gedetacheerd en zich dan eventueel verder konden bekwamen. Na 1870, toen de opleiding van de plattelandsheel- en vroedmeesters en de officieren van gezondheid was opgeheven, verbeterde wel de kwaliteit van de artsen, maar nam hun aantal met name op het Limburgse platteland verder af.

In een lijst hebben wij de geneeskundigen en artsen op drie verschillende tijdstippen per gemeente met naam vermeld.²³

In 1870 waren artsen gevestigd in 27 gemeenten. In totaal prakticeerden in Limburg 53 medici, waarvan 41 doctores in de genees-, heel- en verloskunde en 12 plattelandsheel- en vroedmeesters. In Vlodrop had dokter P. W. Kusters uit Wassenberg een vaste praktijk. In Wittem prakticeerde dokter H. Peters uit Gemmenich. Verder waren 15 geneeskundigen uit Belgisch-Limburg krachtens een overeenkomst tussen Nederland en België van 7 december 1868 toegelaten tot de uitoefening van de geneeskunst in de Nederlandse grensgemeenten.

In 1900 waren nog slechts in 19 Limburgse gemeenten artsen gevestigd. In totaal telde men in dat jaar 48 medici, waarvan een/derde in Maastricht woonde. In verschillende dorpen waren dokters verdwenen.

Een wijziging in deze situatie is opgetreden na de eerste wereldoorlog. In 1911 had Limburg nog steeds niet meer dan 56 artsen, waarvan er

²³ Zie Bijlage I

slechts 18 buiten de steden praktijk hielden. Maar een ommekeer was in 1920 bespeurbaar, toen de medische stand in deze provincie al beter vertegenwoordigd was. Evenals op vele andere levensterreinen is ook in de gezondheidszorg na de oorlog een gunstige wending gekomen. In 1920 waren artsen gevestigd in 32 gemeenten. In totaal telde men toen 95 artsen (tandartsen buiten beschouwing gelaten). Bijna de helft van het aantal artsen (45) woonde in Maastricht, Heerlen, Roermond en Venlo. Tot de eerste wereldoorlog hielden nog steeds buitenlandse artsen praktijk in de grensdorpen.

Onder de namen van de artsen treft men bekende „doktersfamilies” aan, die nog steeds in Limburg praktijk uitoefenen. Opvallend is de familieverwantschap tussen veel doktoren zoals Sonnen, Ackens, Schreinemacher, Nijst, Haffmans, Van Aubel, Vrijens, Heijmans, De Wever, Pinckers, Houben, Roebroek en Widdershoven.

Een onvermijdelijk gevolg van het gebrek aan medische zorg was, dat de mensen op het platteland ook niet dikwijls een dokter raadpleegden en zich met oude huis- of kwakzalversmiddelen tevreden stelden. Als een dokter werd geroepen, was het vaak te laat of moest deze tot ziekenhuisopname adviseren. Lang heeft het geduurd, voordat men oude vooroordelen kon uitroeien of de drempelvrees van deze generaties kon helpen overwinnen. Maar met de groei van het aantal artsen werd het consulteren van de huisdokter voor de jongeren een vanzelfsprekendheid. Deze situatie is vooral na 1930 ontstaan, toen in vrij snel tempo ook op de Limburgse dorpen de huisarts een gewone verschijning was geworden. Deze groei blijkt duidelijk uit de vergelijking van het aantal artsen in de Limburgse gemeenten in 1930, 1950 en 1970.²⁴

Gezien het gering aantal artsen in de 19e en in het begin van de 20e eeuw ligt het voor de hand, dat Limburg in den lande geen bijzondere naam had vanwege het peil van de medische kennis of vanwege het gemiddeld niveau van zijn beroepsbeoefenaren. Zo hoorde IJ. Oosterbaan nog rond 1920 de befaamde Amsterdamse hoogleraar Mendes da Costa tegen zijn assistenten zeggen: „Vanmiddag heb ik een promotie van een arts uit Heerlen, maar wat kun je nu van iemand uit die streek verwachten...!” Toch was deze provincie niet zonder meer in dit opzicht achterlijk te noemen.

²⁴ Zie Bijlage II

Er zijn een aantal hoogleraren, die weliswaar in Limburg geboren zijn, maar altijd in den vreemde hebben gewerkt en hier geen school hebben gemaakt, maar ook enige specialisten, die door hun werk in Limburg grote faam hebben verworven.

Behalve een aantal Limburgse natuurkundigen, die in de vorige en in het begin van deze eeuw grote naam hebben gemaakt – we denken hier, naast de Nobelprijswinnaar P. J. W. Debye, bij voorbeeld aan de geologen J. H. F. Umbgrove en L. M. H. Rutten, de geodeet J. J. A. Muller, de scheikundige F. A. H. Schreinemakers, de mijnbouwkundige F. K. T. van Iterson en zijn broer de botanist G. van Iterson en aan de pharmaceuten L. van Italie en M. H. J. P. Thomassen – zijn er ook op medisch terrein enige Limburgers aan te wijzen, die als hoogleraar of anderszins een brede reputatie genoten.

Van de ouderen zijn te noemen J. Ch. van Aubel (1832-1904), die aan de universiteit van Luik van 1867 tot 1898 genees- en verloskunde doceerde, en A. A. G. Guye (1839-1905), die vanaf 1865 tot aan zijn dood hoogleraar was in de oorheekunde aan de stedelijke universiteit van Amsterdam en daar hoofd was van de oorheekundige polykliniek. Verder genoot in Venlo een bijzondere bekendheid J. P. H. van de Loo (1812-1883) wegens zijn heelkundige kennis en zijn toepassing van het gipsverband. Door zijn nauwe contacten met de uitvinder van het gipsverband dokter A. Mathijssen was hij een der eersten, die deze uitvinding bekendheid heeft gegeven, verbeteringen daarin aanbracht en het gebruik heeft gepropageerd.

Een internationale vermaardheid verwierf M. E. F. T. Dubois (1858-1940). Hij werd in Eijsden geboren, deed zijn middelbare studies aan de Rijks H. B.S. in Roermond, waar hij de invloed onderging van de wis- en natuurkundeleraar Dr Kramps. Van hem leerde Dubois, dat godsdienstigheid een vorm van apriorisme was, dat een man ongeschikt maakte voor de beoefening van de wetenschap. Vervolgens studeerde Dubois medicijnen in Amsterdam. Na zijn artsexamen (1884) werd hij enige jaren later lector in de anatomie. De theorieën van Ernst Haeckel over de spraakloze aapmens als missing link in de evolutie tussen aap en mens deden hem besluiten de resten te gaan zoeken van deze prehistorische *Pithecanthropus erectus* alalus. Hij vertrok als officier van gezondheid naar Indië, waar hij op Java inderdaad versteende skeletfragmenten vond, die hem de overtuiging gaven, dat deze goed geconserveerde fossielen het midden

hielden tussen mens en aap. Deze vondst maakte hem internationaal beroemd, hoewel de bewijskracht van zijn ontdekking later sterk werd aangevochten en ook door hem zelf werd gerelativeerd. Terug in Nederland verwierf hij in 1897 een eredoctoraat in Amsterdam, waar hij het jaar daarop werd benoemd tot hoogleraar in de geologie. Over zijn ontdekking is hij later anders gaan oordelen, o.a. met de erkenning van de sprongsgewijze evolutie. De verdiensten van Dubois zijn erkend door niemand minder dan Teilhard de Chardin, die met waardering daarvan gewag maakte bij een excursie naar de vindplaats op Java. Sinds zijn emeritaat (1928) woonde Dubois op De Bedelaar in Haalen, welk landgoed (± 40 hectaren) hij in 1906 had gekocht en tot een uniek natuurterrein had ingericht.²⁵

Deze Eugène Dubois had een broer, die in Rolduc had gestudeerd en eveneens arts was geworden en een huisartsenpraktijk had in Venlo. In tegenstelling tot Eugène Dubois was zijn broer Victor Dubois, waarschijnlijk op grond van zijn andere middelbare schoolopleiding, overtuigd katholiek gebleven. In Limburg vervulde hij een belangrijke rol in de katholieke gezondheidszorg, o.a. als eerste voorzitter van de Commissie van Toezicht en Advies van het sanatorium in Horn. Bovendien was V. Dubois enige tijd lid van het college van gedeputeerde staten.

Als we ons verder tot de Limburgse corypheeën op zuiver medisch gebied beperken, moeten we hier verder noemen Ch. H. H. Spronck (1858-1932), die in Beek als zoon van een plattelandsheermeester was geboren en daar later ook werd begraven, in Maastricht het stedelijk gymnasium doorliep, vervolgens voor arts studeerde en in 1886 in Amsterdam promoveerde. Hij was enige jaren lector in de anatomie en werd in 1888 in Utrecht hoogleraar in de pathologische anatomie. De bacteriologische ontdekkingen van Pasteur, Koch e.a. trokken de aandacht van Spronck, die meer en meer de kant van de serologie uitging en in 1919 de eerste hoogleraar werd in dit vak. Hij begon in Zeist een eigen instituut, waaruit later het Rijksserologisch Instituut groeide. Tot reële resultaten voor de tuberculosebestrijding hebben zijn bemoeïngen niet geleid. Voortijdig (in 1923) trok hij zich terug om zich geheel aan het laboratoriumwerk te wijden. Hij was een van de weinige katholieke hoogleraren in zijn tijd, wat zeker geen af-

²⁵ In Memoriam Prof. Dr M. E. F. T. Dubois, 1858-1940, in *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, jrg. 1940, p. 4994-4995.

Een beschrijving van het landgoed „De Bedelaar” is gegeven in het *Natuurhistorisch Maandblad van het Natuurhistorisch Genootschap in Limburg*, juni 1938, jrg. 27, nr. 6.

breuk heeft gedaan aan de waardering, die hij in medische kringen genoot.²⁶

Een andere Limburger heeft nadien in de oorspronkelijke leeropdracht van Spronck bekendheid verworven als patholoog-anatoom, nl. de Maastrichtenaar J. J. Th. Vos (geb. 1887), die in 1935 in Groningen hoogleraar werd.

Deze hoogleraren hebben echter nauwelijks in Limburg school gemaakt; bij uitzondering drong hun invloed tot deze provincie door. Er waren echter andere medici hier werkzaam, die in dit medisch vlakke land ver boven de middelmaat uitstaken.

Als eerste van degenen, die in Limburg school hebben gemaakt, moet genoemd worden Dr L. Th. van Kleef (1846-1928), die in 1880 geneesheer-chirurg werd van Calvariënberg te Maastricht en onder wiens leiding het in 1890 nieuw geopende ziekenhuis tot stand kwam. Van Kleef was een bekend heilkundige, die toen al met de algemene narcose en antiseptiek terdege vertrouwd was. Meermalen werd hij aangezocht als hoogleraar, maar hij gaf de voorkeur aan het praktische werk. Hij was in Nederland de tweede die – en met succes – een maag-resectie uitvoerde, waarmee hij zijn naam definitief vestigde. Bekwame assistenten had hij om zich heen verzameld, die hij in de medische praktijk inwijdde. Uit zijn voortreffelijke school stammen een groot aantal vooraanstaande artsen, die er een universele opleiding ontvingen, omdat Van Kleef zelf de gehele geneeskunde van zijn tijd goed beheerste. Bij zijn afscheid in 1904 als directeur van Calvariënberg, had dit Maastrichtse ziekenhuis door zijn bekwaamheid een ongekende toeloop van patiënten.²⁷ Hij keerde toen terug naar zijn geboorteplaats Den Haag, maar liet zich in Maastricht begraven.

Het opkomende Heerlen bezat eveneens medici, die van opvallende betekenis waren. In 1892 vestigde zich daar als toen nog onbekende huisarts Dr K. F. Wenckebach, die later een der grootste corypheeën werd op het gebied van de hartziekten. Tijdens zijn praktijk in

²⁶ Ch. H. H. Spronck, 1858-1932, hoogleraar in de pathologische anatomie te Utrecht, 1888-1919, in *Jaarboek Nederl. Pathologen-Anatoom Vereniging*, 1932.

In *Memoriam Charles Henri Hubert Spronck*, 18 februari 1858-3 december 1932, door R. de Josselin de Jong, in *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 76, IV, 51, 17 december 1932, p. 5726-5729.

Gerard Brom, *Herleving van de wetenschap in Katholiek Nederland. 's-Gravenhage 1930*, noemt Spronck de eerste Katholieke hoorleraar in Nederland sedert vele jaren.

²⁷ J. W. M. Indemans, in *Memoriam Dr L. Th. van Kleef*, in *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 72, 1928, 9., 1034-1038.

Heerlen begon hij al met zijn waarnemingen over de onregelmatige hartslag. Later werd Wenckebach, (die ook voor het tuberculose-onderzoek bekendheid kreeg wegens zijn aandringen op de toepassing van het röntgenonderzoek) hoogleraar in Groningen en nadien in Straatsburg en Wenen.

Veel langer heeft Heerlen geprofiteerd van de belangrijke werkzaamheid van de chirurg Dr E. J. H. Hustinx (1875-1946), die na binnen- en buitenlandse studies aanvankelijk een partikuliere kliniek begon in Maastricht en sedert 1904 als chirurg aan het toen opgerichte St. Joseph Ziekenhuis in Heerlen werd verbonden. In 1909 werd hij daar vast aangesteld als hoofd van de chirurgische afdeling, net op het moment, dat er een nieuwe operatiekamer gereed was gekomen. Zijn loopbaan begon hij, toen er nog weinig specialisten waren en zodoende was hij een der laatsten, die nog het hele terrein beheerste. Zijn operatietechniek was fenomenaal. Zijn grootste interesse lag op het terrein van de maagoperaties en de orthopedie. Ook was hij onovertroffen op het gebied van de lokale anaesthesie. Het onbekende ziekenhuis in het snel groeiende Heerlen kreeg door hem een internationale klank, want zijn roep had zich tot over de grenzen verbreid.²⁸

Voor zijn talrijke assistenten was hij een bekwame, veeleisende, maar humane leermeester. Vooral in kwalitatief opzicht vallen de leerlingen van Hustinx in het oog, in de eerste plaats omdat hij voor zijn chirurgische opleiding voldoende kandidaten had, zodat hij streng kon selekteren, maar bovenal omdat hij intuïtief aanvoelde wat in deze assistenten zou kunnen schuilen. Een andere Limburgse „uitschieter” is de Utrechtse chirurg Dr M. C. A. Klinkenbergh, die pionierswerk deed op het gebied van de hartchirurgie en in het St. Antonius ziekenhuis in Utrecht kans zag, mede dank zij enige talentvolle assistenten, voor te liggen op de academische centra. Voordien werkte hij op het terrein van de longchirurgie. Het zal niet toevallig geweest zijn, dat Klinkenbergh als naaste medewerkers twee assistenten uitkoos, die door Hustinx al waren geselecteerd, nl. Dr A. G. Brom en Dr A. L. E. Schaepkens van Riempst, die inmiddels zelf een grote reputatie hebben opgebouwd. Een leerling van Hustinx was ook de chirurg W. J. Landman, die bekendheid zou verwerven als longchirurg van het

²⁸Levensbericht Dr E. J. H. Hustinx in *Gazet van Limburg*, 15 november 1946. Zie verder *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, jrg. 1946, p. 1819-1820.

Zie ook „In Dienst der Zieken”, *Gedenkboek St. Joseph Ziekenhuis te Heerlen, Bussum, 1954*, p. 91-94.

sanatorium Hornerheide. In medisch opzicht was het Limburgse land dus minder vlak, dan men wel eens meende te mogen stellen.

NIEUWE VOORZIENINGEN

Uit het voorgaande volgt al min of meer, dat ook in Limburg een druk medisch bedrijf was ontstaan, wat mogelijk was geworden, toen modern geoutilleerde ziekenhuizen eenmaal hier gelegenheid tot de beoefening van allerlei specialismen boden. Het enige echte ziekenhuis was in de vorige eeuw alleen Calvariënberg in Maastricht. Nadien ontwikkelden zich een aantal gasthuizen in Venlo, Roermond, Weert en Venray eveneens tot medische centra. In het begin van de eeuw waren ziekenhuizen gebouwd in Heerlen, Sittard en Kerkrade, waar gebruik kon worden gemaakt van de nieuwste medische apparatuur voor diagnostiek en therapie. In Venray ontstonden inrichtingen voor de geneeskundige verzorging en verpleging van psychiatrische patiënten. De Wilhelminaschool te Heerlen werd aanhoudend vergroot om voldoende katholieke vroedvrouwen te kunnen opleiden.

Het aantal ziekenhuisbedden in Limburg bedroeg in 1920 nog maar 1234, maar steeg voortdurend. Op het platteland schrok men er nog van terug zich in een ziekenhuis te laten verplegen. Een ziekenhuisopname was voor de patiënt dan ook een diep ingrijpende gebeurtenis, afgezien nog van het feit, dat in de financiële bezwaren nog nauwelijks voorzien was. Maar de imponerende resultaten van de ziekenhuisbehandeling spraken weldra voor zichzelf. De tijd raakte voorbij, dat de huisarts vrijwel alleen in medische hulp van het gezin kon voorzien. Het werd de bevolking allengs duidelijk, dat voor veel kwalen een therapie bestond. Met steun van het partikulier initiatief werd uiteindelijk een breed terrein van activiteit ter hand genomen op het terrein van de volksgezondheid, zoals b.v. kinderbewaarplaatsen, melkkeukens, volks- en schoolkolonies enz. In dit geheel van werkzaamheid heeft sedert 1910 het Limburgse Groene Kruis een belangrijk aandeel. Deze organisatie groeide sindsdien uit tot de promotor bij uitstek van een intensieve sociale gezondheidszorg. Een verheugende ontwikkeling was het feit, dat de overheid in het algemeen niet langer meer afzijdig bleef bij de bevordering van de volksgezondheid en op steeds ruimere schaal te hulp kwam in de zorg voor goede woningen, drinkwaterleiding, riolering, stratenaanleg, stedbouw, ziekenhuis- en begrafeniswezen, afweer van besmettelijke

ziekten enz. De gezondheidscommissies in de tien Limburgse distrikten en de regionale inspecteurs van de volksgezondheid hebben veel tot de realisering van deze projekten bijgedragen. Het inzicht had veld gewonnen, dat de toestand, waaraan men sinds jaren gewoon was, dringend verbetering behoefde. Om de weerstand van de bevolking te verhogen moesten eerst een aantal van deze maatschappelijke voorwaarden worden voldaan, vooraleer de kuratieve geneeskunde zijn werk met sukses kon verrichten.

Tenslotte was een zeer belangrijke faktor de verbetering van de levensvoorwaarden en sociale omstandigheden van de bevolking. Geneeskundige hulp was geen gunst meer, maar werd een recht, ook voor de economisch zwakkeren, die niet langer afhankelijk waren van charitatieve instellingen, doktersfondsen enz., maar nu gingen profiteren van de verstrekkingen van de ziekenfondsen.

De vooruitgang van het economisch leven, die in Limburg sedert de eeuwwisseling bijzonder vlot verliep, de invloed van de sociale wetgeving en de hervormingen, die bevochten werden door de stands- en beroepsorganisaties van arbeiders, boeren, tuinders en middenstanders hebben zeer veel bijgedragen tot de zedelijke, sociale en ook hygiënische verheffing van het Limburgse volk.²⁹

²⁹ J. F. R. Philips, 50 jaar sociale gezondheidszorg in Limburg, a.w., p. 11-13 en 29-36.

DE TUBERCULOSE IN LIMBURG

Om de juiste plaats van het sanatorium Hornerheide aan te geven, alsmede zijn betekenis in de tuberculosebestrijding in het algemeen in Limburg, is het alleszins wenselijk een beeld te schetsen van de omvang en de spreiding van de tuberculose in deze provincie.

Daartoe is uitvoerig cijfermateriaal beschikbaar. Vooreerst staan ter beschikking de statistieken, samengesteld krachtens de resultaten van de wet van 1865, die de beoefening der geneeskunst regelde. Daarin werd o.m. bepaald, dat voor het verlenen van de toestemming tot de begrafenis van een overledene een verklaring van een medicus noodzakelijk was, dat de dood inderdaad was ingetreden en bovendien, dat in die verklaring de oorzaak van het overlijden vermeld werd. Hieruit resulteerde sinds 1865 de statistieken omtrent de sterftecijfers naar de doodsoorzaak, die spoedig gespecificeerd werden naar de leeftijd, het beroep, de woonplaats enz. van de overledenen. Een bestudering van deze gegevens zou een overzicht kunnen geven van de omvang van de tuberculose als doodsoorzaak in de diverse leeftijdsgroepen en in de verschillende beroepen en dat niet in Nederland als geheel, maar ook in afzonderlijke provincies en gedeelten daarvan. Uiteraard waren deze cijfers onbevredigend, omdat zij alleen betrekking hadden op overleden patiënten en niet over levende personen, die door tuberculose waren aangetast. Zij geven m.a.w. een beeld achteraf.

Een tweede groep cijfers hebben daarentegen betrekking op de levende patiënten, de zgn. morbiditeitscijfers. Zij geven een overzicht van de jaarlijkse nieuw (of opnieuw) ontdekte tuberculose ziektegevallen, waaruit men de stand van zaken op dit terrein periodiek zou kunnen vaststellen. Zij werden ontdekt door de consultatiebureaux en verzameld en gepubliceerd door het Geneeskundig Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

Op het eerste moment zou men de indruk krijgen, dat wij derhalve goed geïnformeerd zijn zowel omtrent de tuberculose in het verleden

(de sterftecijfers naar de doodsoorzaak) als over de actuele situatie (morbiditeitscijfers).

De cijfers vertonen evenwel ernstige tekorten, waardoor hun waarden belangrijk worden verminderd voor het schetsen van de ontwikkeling van de tuberculose.

Wat de morbiditeitscijfers betreft moet worden vastgesteld, dat er in ons land voor de behandelende geneesheer geen aanmeldingsplicht bestaat t.a.v. tuberculose. Dit is wel het geval voor andere besmettelijke ziekten zoals typhus, roodvonk enz. De verklaring hiervan is mede te zoeken in de omstandigheid, dat de vraag in hoeverre tuberculose besmettelijk was, vele jaren een onderwerp van meningsverschil tussen de deskundigen is geweest. Bovendien was aanvankelijk de aanwezigheid van tuberculose voor een arts niet gemakkelijk vast te stellen, omdat hij het daartoe vereiste instrumentarium miste. Daarbij kwam, dat menigeen zich schaamde te moeten openbaren, dat in zijn gezin aan tuberculose werd geleden. De morbiditeitscijfers waren m.a.w. zeker niet volledig.

Een ommekeer in deze situatie ontstond in de dertiger jaren, toen in het hele land districtconsultatiebureaux waren opgericht en (enige tijd later) zodanig bij de bevolking en bij de artsen waren ingeburgerd, dat vele tuberculosepatiënten op de consultatiebureaux waren ingeschreven. In feite is dit eerst het geval geweest vanaf omstreeks de oorlogsjaren. Na een nieuwe verbetering van de registratiemethode in 1948 kon men zeggen, dat de morbiditeitscijfers vanaf 1949 werkelijk betrouwbaar zijn. Hieruit blijkt, dat de morbiditeitscijfers van vóór de jongste wereldoorlog geen houvast bieden voor een overzicht van de omvang en de spreiding van de tuberculose.

Grotere waarde hechte men daarom aan de sterftecijfers naar doodsoorzaak, op welke juistheid men meende te kunnen vertrouwen.

In april 1954 publiceerde het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde³⁰ een korte bijdrage onder de titel „Laagterecord van tuberculosesterfte”. Triomfantelijk werd medegedeeld: „voor het eerst is in ons land – en tegelijk met Denemarken voor het eerst in enig land ter wereld – de tuberculose-sterfte BENEDEN 10 PER 10.000 gedaald. Denemarken houdt nog het wereldrecord met 8.6 per 100.000 in 1953! Er is geen reden om aan te nemen, dat hiermee een minimum is bereikt”. Terecht noemt de auteur dit laagte-record „een van de grootste sociaal-geneeskundige wonderen, die zich bezig zijn te

³⁰ J. H. de Haas, Laagte-record van tuberculose-sterfte, in T.v.S.G., jrg. 32 (1954), blz. 145.

Tabel 2. Tuberculosesterfte in Nederland en Limburg en in een aantal Limburgse gemeenten per 10.000 van de gemiddelde bevolking in vijfjaarlijkse perioden, 1900-1965

	Nederland	Limburg	Maastricht	Heerlen	Venlo	Kerkrade
1900-04	18.7	24.1	26.6	21.4	17.6	14.2
1905-09	17.3	18.3	32.1	14.2	18.5	12.4
1910-14	14.8	15.8	22.7	11.4	15.6	9.6
1915-19	17.3	18.6	28.9	14.7	19.4	12.2
1920-24	12.0	12.6	17.5	12.6	14.7	8.6
1925-29	9.2	10.7	16.7	12.1	13.4	7.2
1930-34	6.5	8.1	11.8	10.7	8.8	5.3
1935-39	4.7	6.2	6.9	5.2	4.6	3.8
1940-44	6.2	7.3	8.5	5.4	7.5	6.5
1945-49	4.5	5.0	5.6	3.5	4.9	5.5
1950-54	1.3	2.2	1.4	—	—	—
1955-59	0.5	0.6	0.6	0.8	—	0.9
1960-64	0.2	0.2	0.2	—	—	—

Bronnen :

Statistiek van de sterfte naar leeftijd en oorzaken van de dood, 1901-1939.

Maandschrift C.B.S.

Jaarverslagen van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid, 1930-1950, 1960-1965.

Verslag over de toestand van de provincie Limburg, 1880, 1890, 1900.

voltrekken". De toekomst zou leren, dat dit wonder zich zou voortzetten. IJ. N. Oosterbaan kon enkele jaren later constateren, dat in vergelijking met de periode 1901 t/m 1904 het aantal sterfgevallen aan longtuberculose per honderdduizend inwoners in Nederland in het jaar 1956 was gedaald van 192 tot 5,5 d.w.z. 3% van de sterfte in 1901.⁸¹ Volgens de laatste gegevens bedroeg dit gemiddelde in 1969 nog slechts 8 per 1 miljoen inwoners ofwel 108 overleden aan tuberculose in totaal.

Achter deze cijfers gaat een sociaal-geneeskundig wonder schuil, een belangrijk stuk geschiedenis van de succesvolle bestrijding van de tuberculose, die men vele decennia lang volksvijand nummer één mocht noemen. Hierbij moet echter onmiddellijk opgemerkt worden, dat ook de cijfers zelf hun geschiedenis hebben. De cijfers omtrent de latere jaren zijn veel exacter dan die van vroegere perioden. Zij dragen in zich de ontwikkeling op het terrein van de diagnose. Algemeen legt men de statistiek van de vorige eeuw betreffende de sterftcijfers naar doodsoorzaak als slechts weinig betrouwbaar naast zich neer, wanneer zij betrekking hebben op interne ziekten. Toch kwam in deze cijfers

⁸¹ IJ. N. Oosterbaan, De teruggang van de tuberculose in Nederland, in: Ziekenfondsvragen, jrg. 9 (1958), blz. 6.

tot uitdrukking het resultaat van de verplichting van de wet van 1865 over de beoefening der Geneeskunst, waardoor de geneesheer verplicht werd tot het tevens vermelden van de doodsoorzaak. Dit deed hij uiteraard op grond van zijn diagnose. Hij was hierbij aangewezen op zijn stethoscoop, zijn eigen inzicht en ervaring, want eerst in 1882 zou Koch de oorzaak van de tuberculose, de tuberkelbacil, ontdekken. Dit betekende desondanks niet, dat iedere geneesheer vanaf dat moment in staat was zelf vast te stellen of een patiënt al dan niet als gevolg van tuberculose was overleden. Daarbij komt, dat tot 1901 in deze statistiek „long- en keeltering” samen met „suikertering” nog tot één groep van doodsoorzaken verenigd waren. Medische specialisten zullen steeds enigszins weifelend hun hoofd blijven schudden, wanneer zij cijfers zien over tuberculose zolang deze niet zijn samengesteld op basis van bacteriologisch en röntgenologisch onderzoek.

In zekere zin doen zij dat terecht, maar voor een vergelijking met het heden moet men nu eenmaal werken met de beschikbare cijfers. En zelfs als deze cijfers aan de genoemde voorwaarden zouden voldoen, dan zouden ze nog op zijn minst onvolledig zijn. Een vakman als Prof. Dr R. de Josselin de Jong schreef in 1953, daarbij doelend op zijn 30-jarige ervaring als patholoog-anatoom over meer dan 12.000 lijkopeningen: „Ik vond in vele honderden gevallen littekens van genezen tbc.-haarden in allerlei organen (longen, lymphklieren, nieren enz.) als toevallige vondsten zonder enig verband met de ziekte van de overledene; alles als bewijzen van spontane genezing, door natuurlijke weerkracht; van een tuberculeus proces bij de patiënt was niets bekend”.³² Eenzelfde verrassing deed zich niet zelden voor bij de vaststelling van de werkelijke doodsoorzaak. Men zou dan ook met recht de stelling kunnen verdedigen, dat ook „de doodsoorzakenstatistiek pas volledig betrouwbaar zou zijn, indien na elk sterfgeval lijkopening werd verricht”.³³

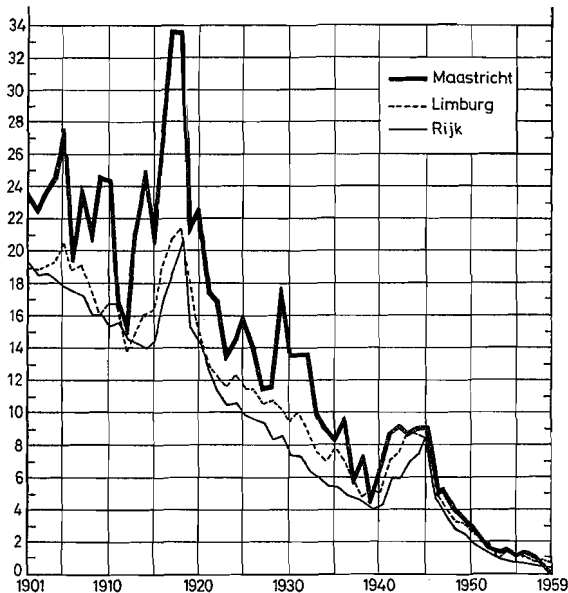
Ondanks deze kritiek op de waarde van het cijfermateriaal omtrent het optreden van tuberculose hebben deze cijfers een uiterst belangrijke functie vervuld. Zij alarmeerden de bevolking en bevestigden wat een ieder kon ervaren: de aanwezigheid op grote schaal van tuberculose in de vorige en in de loop van deze eeuw. Bovendien werden

³² R. de Josselin de Jong, De Tuberculose-Studie-Commissie. Wetenschap en haar toepassing in de strijd tegen de tuberculose, in: Gedenkboek uitgegeven b.g.v. het vijftigjarig bestaan van de Ned. Centrale Vereniging tot bestrijding van de tuberculose, s'-Gravenhage 1953, blz. 107.

³³ Medische W.P., d. I, Amsterdam 1954, blz. 387.

aan deze niet geheel betrouwbare cijfers de overtuigende argumenten ontleend om het oprichten van consultatiebureaux en sanatoria te bereiken.

Hoewel de juistheid achteraf niet meer te controleren valt, neemt ieder aan, dat de sterftecijfers naar doodsoorzaak na 1901 in grote lijnen de ontwikkeling van de tuberculose in ons land en in de afzonderlijke provincies met voldoende zekerheid weergeven. Zodra men zich echter buigt over kleinere gebieden of afzonderlijke kleine gemeenten of over specificaties van de cijfers naar leeftijd enz., dan dient men uiterst voorzichtig te zijn en grote reserves in acht te nemen.



Grafiek 1. Sterftecijfers aan tuberculose in alle vormen per 10.000 inwoners, voor Limburg, Maastricht en het Rijk vanaf 1901 tot en met 1959

Grafiek 1 beschouwend kan men vaststellen, dat bijna gedurende de gehele periode 1901-1959 de gemiddelde sterfte aan tuberculose in Limburg hoger lag dan in Nederland als geheel. Tabel 1 laat dit in cijfers zien. Overduidelijk komt in de grafiek ook tot uiting de in sommige perioden ontstellend hoge cijfers voor Maastricht, dé gevaarlijke tuberculosehaard van Limburg, waar eerst na 1920 vooruitgang in de ziektebestrijding kon worden geboekt. Opvallend is ook de ongunstige invloed van de jongste wereldoorlog.

SPECIFICATIE VAN DE TUBERCULOSECIJFERS

Berekent men het sterftcijfer aan tuberculose voor de afzonderlijke gemeenten, dan treft men – buiten de steden – vanwege de geringe exactheid van de cijfers weinig verklaarbare verschillen aan. Groepeert men de plattelandsgebieden naar regio dan krijgt men in absolute en relatieve cijfers het volgende beeld voor de jaren 1926-1928.

Sterftcijfer aan tuberculose:

Zuid-Limburg bezuiden Sittard	9,1 (392)
Midden-Limburg oostelijk van de Maas bezuiden Venlo	13,6 (194)
Midden-Limburg westelijk van de Maas bezuiden Venlo	15,1 (207)
Noord-Limburg westelijk van de Maas benoorden Venlo	11,6 (33)
Noord-Limburg oostelijk van de Maas benoorden Venlo	15,4 (80)

De absolute cijfers hangen uiteraard nauw samen met de omvang van de bevolking in de betrokken regio.

In de steden waren die verschillen aanmerkelijk groter. Daar was het sterftcijfer aan tuberculose: Brunssum 3,9; Kerkrade 5,4; Heerlen, 7,0; Sittard 8,1; Hoensbroek 5,3; Maastricht 12,3; Roermond 13,4; Venlo 10,3; Maasbree 11,7; Weert 10,9 en Venray 24 (grotendeels voor rekening van de psychiatrische inrichtingen van deze gemeente). De echte mijnstreekgemeenten nemen een opvallend gunstige plaats in, wat voor een belangrijk gedeelte het gevolg is van de voor die tijd uitstekende sociale voorzieningen van het Algemeen Mijnwerkersfonds voor het mijnpersoneel en zijn gezinnen.

Gewoonlijk wordt de tuberculose vereenzelvigd met de meest bekende vorm van deze ziekte, de longtuberculose. Deze was weliswaar de overheersende vorm, maar er waren ook andere vormen van tuberculose met dodelijke afloop. Zo was in de jaren 1925-1930 in Limburg bij sterfgevallen tengevolge van tuberculose in 72% van die gevallen longtuberculose de doodsoorzaak, in 16% hersentuberculose en stierven 12% van de patiënten aan andere vormen van tuberculose. In de latere jaren heeft men in de statistische overzichten dit onderscheid eveneens aangebracht en onder het hoofd tuberculose uitsluitend longtuberculose genoteerd.

De omvang van de tuberculosesterfte in verband met het uitgeoefend beroep is voor enige vroegere perioden na te gaan. Uit de gepubliceerde gegevens bleek, dat in de jaren 1896-1903 vooral de aardewerkbedrijven veel tuberculosepatiënten telden, evenals de glasfabrieken, en dat ook onder de sigarenmakers, kramers en arbeiders zonder vast beroep de besmettingskans groot was. Vooral de be-

roepen, waarbij veel anorganische stof werd ingeademd, noteerden veel tuberculosegevallen. In die jaren bleek onder de mijnwerkers daarentegen niet zoveel tuberculose voor te komen.³⁴

Een onderzoek, dat enige jaren later werd ingesteld (1908-1911) toonde dezelfde relaties aan. Ongunstige verhoudingen werden toen o.m. vastgesteld door werknemers bij de fabricage van porselein, fijn aardewerk en tegels, voor steenhouwers, letterzetters, schilders en voor bepaalde beroepen, waarin men veel met publiek in aanraking kwam.³⁵ Een zekere reserve is ook ten aanzien van zulke cijfers te betrachten. Bij de beroepskeuze immers zullen door een negatieve selectie de zwakkere figuren eerder een beroep kiezen, dat meer bij hun gezondheidstoestand past. Bovendien dient men rekening te houden met optreden van beroepsziekten als bijv. stoflongen in steenhouwerijen, mijnen enz., welke ziekte niet zelden gecompliceerd wordt door het optreden van tevens longtuberculose. Over de silicose in de mijnbedrijven zijn belangrijke studies verschenen, waarop hier niet kan worden ingegaan.³⁶ Zeker is, dat de tuberculose een echte volksziekte was en met name haar slachtoffers vond in de arbeiderswereld. Ook in het verleden was telkens gebleken, dat vele besmettelijke ziekten vooral bij de arbeiders een opmerkelijk aantal slachtoffers maakten. Onder de Maastrichtse aardewerkers, glasblazers en glasslijpers stierven in de eerste decennia van deze eeuw zeer velen vóór hun veertigste levensjaar aan longtering en silicose. Men sprak in deze stad van de pottemennekes-krèngde. Deze ziekte was zo gevreesd, dat men jonge meisjes, die op het punt stonden met een aardewerker te huwen, toevoegde: „num dich e pottemenneke, daan krijgste ders twee”, waarmee men bedoelde, dat de echtgenoten van aardewerkers zó spoedig weduwe werden, dat ze meestal weer hertrouwden.

Als men de tuberculose nader wil localiseren naar de leeftijd, waarop

³⁴ Dr B. H. Vos, *Leerboek der longtuberculose*, Utrecht 1925, blz. 21.

³⁵ Statistiek van de sterfte onder de mannen, met onderscheiding naar het beroep en in verband met leeftijden en doodsoorzaken in de jaren 1896-1903, 's-Gravenhage 1912; Statistiek van de sterfte onder de mannen van 18-65 jaar met onderscheiding naar beroep en de positie daarin bekleed in verband met leeftijden en doodsoorzaken in de jaren 1908-1911, 's-Gravenhage 1917.

³⁶ O.m. A. V. M. Mey, *Periodiek röntgenologisch onderzoek bij steenkoolarbeiders der Staatsmijnen, Maastricht, 1947*; Ch. A. M. Hendriks, *Silicose en longtuberculose bij de arbeiders in de Nederlandse steenkolenmijnen, Heerlen 1961*; A. C. Appelman, *Stoflongen met tuberculose bij de arbeiders in Nederlandse steenkolenmijnen, Heerlen 1953*.

Tabel 3. De sterfte aan tuberculose in Nederland per 10.000 van de gemiddelde bevolking in procenten van de sterfte in verschillende leeftijdsgroepen

	1921-1930	1951-1953
0 jr.	2.1	—
1- 4 jr.	13.3	3.2
5-14 jr.	29.8	3.7
15-19 jr.	53.2	7.4
20-29 jr.	53.2	10.0
30-39 jr.	34.0	8.5
40-49 jr.	20.0	5.0
50-59 jr.	10.6	3.0
60-79 jr.	3.2	1.1
80 jr. en ouder	0.9	0.5

de patiënten stierven, dan blijken op lange termijn opmerkelijke verschillen te zijn opgetreden in de leeftijdsverdeling. In enkele tabellen is dit in cijfers aangegeven.

Opvallend is het aanvankelijk overwicht van de leeftijdsgroep van 20 tot 40 jaar; meer dan een derde van alle sterfgevallen had plaats in deze leeftijd; daarentegen waren er betrekkelijk weinig slachtoffers onder de bejaarden. In deze laatste groep trof men echter wel degelijk betrekkelijk veel tuberculosepatiënten aan, maar deze ziekte werd niet als zodanig geconstateerd. Rond 1930 ontdekte men namelijk, dat een niet onbelangrijk gedeelte van de ouderen, die lijdende werden geacht aan chronische bronchitis, in werkelijkheid aan een nogal eens besmettelijke vorm van longtuberculose leden.

De vroegere cijfers over tuberculose in de oudere leeftijdsgroepen mogen derhalve aan de lage kant worden genoemd, met name ook omdat destijds de gemiddelde leeftijd zoveel lager was dan in latere jaren. Toen de diagnose verbeterde en de tuberculose begon te dalen,

Tabel 4. De sterfte aan tuberculose in Maastricht in procentuele verdeling naar leeftijdsgroepen, 1901-1924

	0 t/m 19 jr.	20 t/m 39 jr.	40 t/m 64 jr.	65 jr. en ouder
1901-1904	26.7	39.0	29.9	4.4
1905-1909	28.5	38.8	28.1	4.5
1910-1914	34.3	31.1	30.1	4.5
1915-1919	36.7	29.1	27.8	6.4
1920-1924	33.0	30.1	24.2	12.7

Bronnen :

Statistiek van de sterfte naar de leeftijd en de oorzaken van de dood, 1901-1924, uitg. C.B.S.

veranderde de situatie. In de jaren na 1940 was de tuberculosesterfte meer gelijkelijk gespreid over de verschillende leeftijdsgroepen. Dientengevolge geven de jaren na 1940, vooral na 1950, een opschuiving in de leeftijd te zien, als de grootste sterfte optreedt na de veertigjarige leeftijd en vooral onder de bejaarden veel sterfte, ten gevolge van tuberculose voorkwam. Men krijgt de indruk, dat de tuberculose verdwijnt bij de jonge generatie en bij de ouderen de sterfte aan t.b.c. minder snel daalt.

In de jaren 1920-1930 stierf in ons land van het totaal aantal overledenen tussen 15 en 30 jaar de helft aan tuberculose. Ook in de leeftijdsgroepen van 5 tot 15 en van 30 tot 40 jaar was de tuberculose de voornaamste doodsoorzaak. In het begin van de 50-er jaren was deze dreiging sterk verminderd, maar nog steeds blijken dan de genoemde leeftijden voor besmetting vatbaar. Eenzelfde nauwkeurig overzicht (tabel 3) is voor Limburg afzonderlijk niet beschikbaar. De voor het gehele land geconstateerde verhoudingen golden ongetwijfeld na 1920 ook voor deze provincie.

Uit de beschikbare cijfers over de indeling naar geslacht van de overleden tuberculosepatiënten blijkt, dat tot 1950 onder de vrouwen vrijwel steeds een hogere sterfte aan tuberculose voorkwam dan bij de mannen. In de jaren 1921-1940 stierven in de leeftijd beneden 5 jaar meer jongens dan meisjes, maar in de daaropvolgende leeftijdsgroepen tot 40 jaar was de sterfte onder de vrouwelijke bevolking groter. Na het veertigste jaar zijn deze verschillen niet meer van grote omvang. Tenslotte wordt in tabel 5 de bevattelijkheid voor tuberculose van kinderen beneden 1 jaar nagegaan. Hieruit blijkt, dat de pasgeboren zuigelingen nog weinig gevaar liepen en dat de ziekte derhalve geen gevolg was van erfelijke aanleg, maar dat vanaf de eerste levensmaand en vooral in de tweede helft van het eerste levensjaar het besmettingsgevaar zeer groot was.

Tabel 5. De sterfte aan tuberculose van kinderen beneden het jaar, 1926-1951.

	Beneden één maand	van 1 t/m 5 maanden	van 6 t/m 12 maanden
1926-1930	0.4	35.5	64.1
1931-1935	2.1	34.-	63.9
1936-1940	1.5	38.9	59.6
1941-1945	3.5	31.8	64.7
1947-1951	1.6	38.9	59.5

DE TUBERCULOSEBESTRIJDING

Tot de eerste decennia van deze eeuw was de tuberculose een waar schrikbeeld. De bijnamen „witte dood” of „witte pest” zeggen in dit opzicht voldoende. Als de aanwezigheid van de ziekte geconstateerd werd, betekende dat niet zelden een doodvonnis of op zijn minst een langzaam wegteren zonder uitzicht op herstel. Een afdoende behandeling kende men niet; sociaal-hygiënische maatregelen ter bestrijding stonden voorlopig nog niet op het programma. Eerst langzaam ging men begrijpen, dat in elk geval met langdurige bedrust veel was te bereiken.

Wanneer tegen het einde van 1885 de Tachtigers voor het eerst „De Nieuwe Gids” laten verschijnen, is Van Eeden bezig met de bewerking van zijn proefschrift „Kunstmatige voeding bij tuberculose,” waarmee hij op 8 juli 1886 bij Prof. Pel promoveert. Het proefschrift verscheen bij dezelfde uitgever, die in dat jaar ook „De Kleine Johannes” uitgaf.

Dit proefschrift is interessant, niet alleen omdat het van Van Eeden is, maar tevens omdat het een kijk geeft op de klinische behandeling van de tuberculose in een tijd, toen de tuberkelbacil ontdekt werd. Van Eeden heeft in het Binnengasthuis gedurende ongeveer drie maanden bij veertien patiënten zijn voedingstherapie toegepast, waarbij zeer fijn verdeeld vleespoeder in een dosis van 25 tot geleidelijk 10 gram via de maagsonde bij de patiënten werd ingebracht.³⁷ Zijn bescheiden resultaten hebben Van Eeden geen aureool als medicus bezorgd, maar zijn proefschrift illustreert de behandelingsmogelijkheden van de tuberculose op een tijdstip, dat de therapie en de bestrijding nog geen duidelijk aangrijpingspunt had.

³⁷ Mededelingenblad van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose, 13e jrg., nr. 1, mei 1960, p. 23/24.

Lange tijd verkeerde men in het ongewisse omtrent de oorzaken der tuberculose omdat men het besmettingsgevaar veel minder direkt bespeurde dan bij de epidemische ziekten. De infectie zag men gewoon niet en was ook niet vast te stellen. Zo was Prof. Dr P. K. Pel, een autoriteit op het gebied van de ziekteleer, van mening, dat de tuberculose niet besmettelijk kon zijn, omdat immers verpleegsters op grote ziekenzalen, waar tuberculosepatiënten verpleegd werden, niet ziek werden.³⁸

Vóór de ontdekking van de tuberkelbacil door Koch in 1882 bestond een grote diagnostische onzekerheid en verwarring ten aanzien van de tuberculose. In 1879 was in Nederland nog een dissertatie verschenen over de tering, waarin als mogelijke oorzaken van deze ziekte genoemd werden: bodem, temperatuur, vochtigheidstoestand van de lucht, bevolkingsdichtheid, andere ziekten (scrophulosis), erfelijkheid, beroep enz. Hoewel de auteur meent, dat de diagnostiek sterk is verbeterd, moet hij desondanks vermelden, dat onder de door hem genoteerde statistieken en cijfers „gevallen schuilen van Morbus Bright, amyloïde degeneratie van carcinoma occultum”. Hij troost zich dan met de opmerking „Van eene absoluut juiste statistiek is men toch van geene enkele ziekte zeker...” Dit feit geeft de uitermate relatieve waarde aan van de bestaande statistieken uit die tijd omtrent longtuberculose.³⁹

Bavinck, die de sterfte aan tuberculose in Nederland gedurende de periode van 1875-1895 naging, kon konstateren, dat de sterftedaling van deze ziekte ongeveer in 1875 begon, hetgeen overeenkomt met de situatie in Engeland en Duitsland. Dit is des te opmerkelijker, omdat op het einde van de vorige eeuw eerst geleidelijk inzicht werd verkregen in de oorzaken van de tuberculose en van een adequate preventie nog niet veel sprake was.

³⁸ Omtrent de historie van de tuberculose en de tuberculosebestrijding in Nederland vindt men uitvoerige gegevens in de twee waardevolle gedenkboeken, die bij gelegenheid van het zilveren en gouden jubileum van de K.N.C.V. zijn verschenen:

J. B. F. van Gils, Gedenkboek uitgegeven ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van de Nederlandsche Centrale Vereeniging tot bestrijding der tuberculose, 's-Gravenhage 1928. Gedenkboek uitgegeven ter gelegenheid van het vijftigjarig bestaan van de Nederlandse Centrale Vereeniging tot bestrijding der tuberculose, onder redactie van Dr L. C. Kersbergen, 's-Gravenhage 1953. Met bijdragen van o.a. Prof. Dr R. de Josselin de Jong, Prof. Dr W. Bronkhorst, Dr M. R. Heynsius van den Berg, Dr G. J. Huët, Dr J. van der Lee, Dr H. C. Hallo, G. H. C. Cath.

³⁹ J. J. Haver Droeze Jr., De sterfte aan phthisis in Nederland, Leiden 1879.



**HET HOOFDBESTUUR VAN HET LIMBURGSCH
GROENE KRUIS BEEFT DE EER U BELEEFD UIT TE
NOODIGEN TOT BIJWONING DER PLECHTIGE OPE-
NING VAN HET SANATORIUM VOOR LONGLIJDERS
TE HORN BIJ ROERMOND, OP ZATERDAG 7 MEI 1921,
DES NAMIDDAGS TE 3 UUR.**

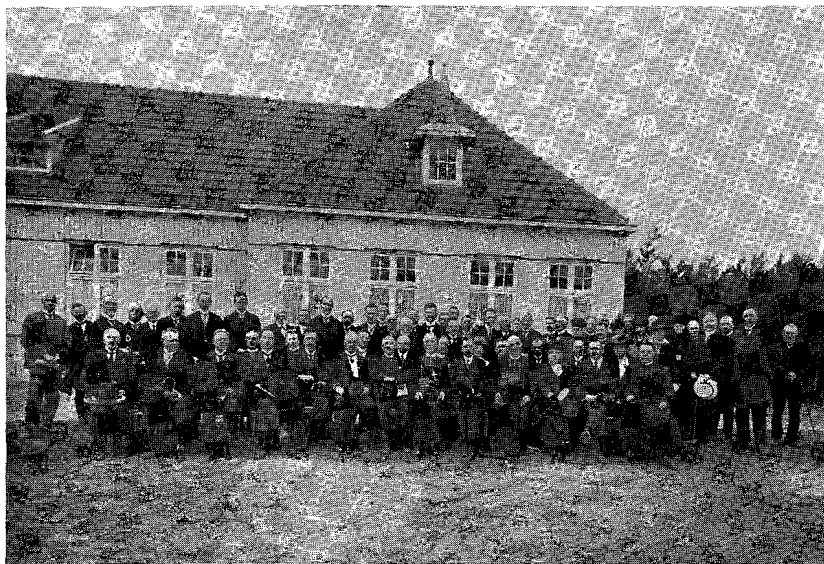
**HET ZAL HET BESTUUR HOOGST AANGENAAM ZIJN
VOOR U MEI A.S. VAN U TE MOGEN VEENEMEN, DAT
OP UWE TEGENWOORDIGHEID MAG GEEREKEND WOR-
DEN, VOORAL MET HET OOG OP HET TIJDIG BESTEL-
LEN VAN EEN VERVOERMIDDEL VAN ROERMOND
NAAR HORN.**

NAMENS HET H. B. VOORK.

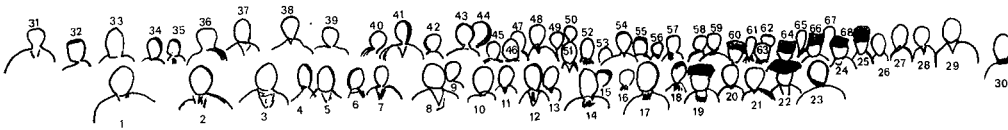
H. J. HANEKAAMP, voorz.

J. VRIJHOF, secr.

SITTARD, 23 APRIL 1921.



De officiële opening van het Limburgse Groene Kruis Sanatorium op 7 mei 1921.



Op de foto van de officiële opening herkent men op de eerste rij 1. J. Vrijhof, secretaris-penningmeester van het Limburgse Groene Kruis; 2. Dr L. van de Meerendonk, lid van de Commissie van Toezicht; 5. Dr H. J. B. Oomen, geneesheer-direkteur; 6. Ir F. B. J. M. Moubis, lid van de Commissie van Toezicht; 7. Mr P. J. M. Aalberse, Minister van Arbeid; 8. Jhr Mr Ch. Ruys de Beerenbrouck, Minister van Binnenlandse Zaken en voorzitter van de Raad van Ministers; 10. Notaris H. J. Hanekamp, voorzitter van het Limburgse Groene Kruis; 12. Mgr L. Schrijnen, bisschop van Roermond; 14. Mr E. O. N. Baron van Hövell tot Westerfliet, Commissaris van de Koningin in de Provincie Limburg; 21. Dr C. Meuleman, geneesheer-direkteur van de Vroedvrouwenschool te Heerlen; 17. Mgr P. Mannens, vicaris-generaal van het bisdom Roermond; 19. Mevr. M. Haffmans-Wibaut, lid van de Commissie van Toezicht; 23. Th. van der Marck, secretaris van het bisdom Roermond; 28. Magnée de Horn, grootgrondbezitter; 33. Mr O. Haffmans, lid van de Eerste Kamer der Staten-Generaal; 37. A. Moonen, voorzitter van de Raad van Arbeid te Maastricht; 44. A. Derkx, burgemeester van Horn; 48. Mr L. van Oppen, burgemeester van Maastricht; 54. Dr A. Putto, Inspecteur van Volksgezondheid. Voorts waren aanwezig Dr J. Indemans, lid van de Commissie van Toezicht; 11. Dr R. Eijkel, Hoofd-inspecteur van de Volksgezondheid; J. Schöpping, direktEUR van de Trichtse Bank te Maastricht en oprichter van het Groene Kruis; Jhr H. van Nispen tot Sevenaer, burgemeester van Klimmen; Mr P. Kallen, gemeente-secretaris van Maastricht; 39. J. M. Hermans, Inspecteur van de Drankbestrijding te Roermond; 22. Mej. F. Bertrams, lid van de Provinciale Commissie voor de Tuberculosebestrijding; V. van de Camp, F. Heldens en 23 Rector J. H. J. Jacobs, leden van het Hoofdbestuur van het Groene Kruis; 51. Dr F. Geelen, lid van de Provinciale Commissie voor de Tuberculosebestrijding; 36. Mr H. Schaafsma, lid van de gezondheidsraad; L. van der Maessen de Sombref, notaris te Hulsberg.

De schrijver vond onder beide geslachten een ongeveer gelijke sterfte aan tuberculose in Nederland. Ten aanzien van de leeftijdsgroepen konstateerde hij bij de groep van de 1-5 jarigen de laagste, bij die der 20-50 jarigen de hoogste sterfte. Verder vond hij een zéér grote sterfte onder diamantslijpers, sigarenmakers en steenhouwers; daarentegen een veel lagere onder landbouwers en arbeiders in de textielnijverheid. In het algemeen wordt gekonstateerd, dat de tuberculose in de industriële centra sterker daalt dan op het platteland, hetgeen wordt toegeschreven aan het feit, dat op het platteland eerst veel langzamer nieuwe hygiënische inzichten doordringen.⁴⁰

Op 24 maart 1882 deed Robert Koch in een vergadering van de Berliner Physiologische Gesellschaft in een uitvoerige voordracht mededeling van zijn ontdekking van de tuberkelbacil. Zijn uiterst belangrijke artikel werd nog onlangs herdrukt. Deze ontdekking maakte een einde aan het nog steeds omstreden vraagstuk van de specifieke oorzaak van de mysterieuze tuberculose. Voor een groot deel is dit te danken geweest aan de positieve wijze, waarop Koch de resultaten van zijn onderzoekingen bekend maakte. Reeds in zijn eerste mededeling vindt men een zo nauwkeurige en controleerbare beschrijving van de tuberkelbacil naar vorm, kleurbaarheid en andere eigenschappen, dat men onder de indruk komt van de exactheid, waarmee hij een jarenlang omstreden probleem had aangepakt.

Robert Koch (1843-1910) had reeds eerder belangrijke resultaten gepubliceerd van zijn proeven over miltvuursporen en wondbacterieën, maar toch was hij in het Duitsland van die dagen zeker geen erkend geleerde. Sinds 1872 was hij districtsarts te Wollstein, waar hij naast een drukke huisartspraktijk zelf met laboratoriumproeven begon. In een primitieve achterkamer, welke ook als spreekkamer moest dienen, verrichtte hij zijn wetenschappelijke bacteriologische onderzoekingen. Hij volgde hierbij een heel ander spoor als vele collega's. Geleerden van naam als Laennec en Virchow waren van de besmettelijkheid van de tuberculose niet overtuigd. Het vraagstuk van de besmettelijkheid in het algemeen was niet in trek bij de geleerden. Semmelweiss kreeg geen voet aan de grond in verband met zijn onderzoekingen over de kraamvrouwenkoorts. Onder invloed van

⁴⁰ B. J. F. Bavinck, De sterfte aan tuberculosis pulmonum in Nederland, Amsterdam 1897, aangehaald bij J. A. Verdoorn, Volksgezondheid en sociale ontwikkeling, Aulaboeken, Utrecht-Antwerpen 1965, p. 51-52.

Von Virchow had de patholoog-anatomische richting het zicht op de ware oorzaak der tuberculose belemmerd. Von Virchow was door zijn anatomische vondsten zo geïmponeerd, dat andere mogelijkheden hem niet meer voor de geest kwamen. De uiteenzettingen van Robert Koch moesten hem echter wel overtuigen. Toen Von Virchow de voordracht van Koch had aangehoord, zette hij zijn hoed op en verliet zwijgend de zaal,⁴¹ hetgeen grote indruk maakte op de aanwezigen, die van hem tegenspraak verwacht hadden.

OP ZOEK NAAR BESTRIJDINGSMIDDELEN

Maar voorlopig bracht deze ontdekking de behandeling en de kennis van de tuberculose nóg maar weinig verder. Voordat men de diagnose zeker kon stellen, moest de gehele pathogenese worden opgebouwd. Robert Koch heeft ook verder daartoe een bijdrage geleverd. In zijn talrijke publikaties komen telkens opnieuw de onderscheiden problemen van de tuberculosebestrijding aan de orde en heeft hij waardevolle adviezen gegeven. Zo vestigt hij in een rede te Stockholm bij de uitreiking van de Nobelprijs met nadruk de aandacht op het besmettingsgevaar en de noodzakelijkheid van voorzorgsmaatregelen. Het isoleren van de meest ernstige zieken en een afdoende ontsmetting waren de belangrijkste maatregelen, waarvan hij voordelen verwachtte. De verplichte aanmelding van patiënten, het ziekenhuis- en sanatoriumwezen en de consultatiebureaux waren in zijn ogen de zware wapenen in de strijd tegen de tuberculose. Een algemene voorlichting en een verbetering van de volkshuisvesting behoorden tot de „lichte” wapens.

Omstreeks Nieuwjaar 1891 maakte Koch zijn ontdekking van het tuberculine bekend. Deze stof – een glycerine-extract van tuberkelbacillen – zou hét geneesmiddel worden tegen de tuberculose. Met grote verwachtingen werd met de toepassing begonnen. Maar het bleek al spoedig, dat dit tuberculine verre van onschuldig was en de teleurstellingen bleven dan ook niet uit. Het werd steeds meer duidelijk, dat het tuberculine niet het wondermiddel was, dat velen er van hadden verwacht. Als geneesmiddel is het geheel verlaten. De beroemde poging van Koch bleek achteraf niet goed gefundeerd evenmin als

⁴¹ J. van der Lee, De ontdekking van de tuberkelbacil door Robert Koch, in Tegen de Tuberculose, jrg. XLVIII, maart-april 1952, nr 2, p. 25-29.

soortgelijke pogingen van Behring, Friedmann en anderen. Nog meer therapeutica zijn nadien voorgesteld, zoals het kreosoot, de levertraan. Belangrijk is ook te vermelden, dat de vaccine-therapie volledig gefaald heeft. Zo bracht bijvoorbeeld het rond 1920 in Frankrijk toegepaste vaccin van Calmette-Guérin evenmin de verhoopte uitkomst.⁴²

In dit verband dienen de pogingen van de Limburgse hoogleraar Spronck te worden gememoreerd, die zich in zijn latere loopbaan steeds meer voelde aangetrokken tot het bestrijden resp. genezen van bacteriologische ziekteprocessen. Zijn onderzoek over de diphtherie-epidemie te Horn samen met Wintgens en Van den Brink wees reeds in die richting. Spronck, die de initiator was in Nederland van de serotherapie, gaf al vroeg blijk van zijn voorliefde voor het tuberculose-vraagstuk, getuige zijn rectorale rede op 26 maart 1904 over dit onderwerp. Zijn onderzoekingen in de laatste twintig jaar van zijn leven betroffen voornamelijk de tuberculose. In 1923 trad hij voortijdig als hoogleraar af om zich in een eigen laboratorium te Zeist geheel aan dit onderzoek te wijden. Hij introduceerde een specifiek antigeen, door hem tuberculan genoemd, en bereidde een vaccin (van „omgeslagen tuberkelbacillen”), het transmutan. In Nederland heeft dit vaccin geen ingang gevonden; de bacteriologen waren van een andere mening dan Spronck omtrent het wezen van de transmutan. Erkend dient te worden, dat Spronck een juiste beoordeling van zijn vaccin bemoeilijkt heeft door zijn bereidingswijze niet bekend te geven. Hoewel de algemene kritiek Spronck veel verdriet heeft gedaan, moet worden gezegd, dat hij in dit vergeefse pogen niet alleen stond. De therapie had inmiddels andere wegen gezocht.⁴³

Eenzelfde moeizame weg moest worden afgelegd om de diagnostiek tot ontwikkeling te brengen. Deze werd eerst gesteld door klinische verschijnselen, later mede door percussie en auscultatie. Nadien raakte deze diagnose op de achtergrond door de aanname van het bestaan van chronische pneumonie. Sedert Koch kwam de fysische diagnostiek weer in ere. Voor de diagnose is het tuberculine van grote waarde gebleken, vooral sinds Von Pirquet de huidreactie invoerde. Mensen, die nooit met tuberkelbacillen besmet zijn geweest, reageren niet op tuberculine, terwijl zij, die ooit zijn besmet, al zijn ze overigens

⁴² Herdenkingsrede ter gelegenheid van het gouden jubileum der Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der tuberculose door Dr M. R. Heynsius van den Berg, in Tegen de Tuberculose, jrg. XLIX, september-oktober 1953, nr 5, p. 117-132.

⁴³ In Memoriam Ch. H. H. Spronck, in Ned. Tijdschr. v. Geneesk., a.w.

geheel gezond, positief op tuberculine reageren. Door deze tuberculine-reactie werd het mogelijk na te gaan, in welke mate een bevolking is besmet. De vinding van Koch heeft zodoende een speciale betekenis gekregen met name ook op het terrein van overgevoeligheid en weerstand tegen de tuberkelbacil.

De diagnose werd later verfijnd, toen men moest leren onderscheiden tussen open en gesloten tuberculose. Er werd getracht dit op te helderen met de reactie van Von Pirquet, Mantoux enz., maar deze methoden bleken niet absoluut betrouwbaar. Dit vraagstuk kwam tot een oplossing, toen de röntgenologie zich had ontwikkeld. Wilhelm Conrad Röntgen (1845-1923), een Duits natuurkundige, die zijn schooljaren in Nederland (Apeldoorn) doorbracht, ontdekte in 1895 de naar hem genoemde röntgenstralen, waarvan een veelsoortig gebruik kan worden gemaakt. Bij doorlichtingsproeven vangt men deze stralen op een fluorescerend scherm of op een fotografische plaat op. Tengevolge van de verschillende weerstanden, die de stralen moeten overwinnen, kan men lichtcontrasten konstateren. Op dit principe is de röntgenologie in de geneeskunde gebaseerd. Wenckebach gaf in Nederland de voornaamste stoot om de röntgenstralen te gebruiken voor het onderzoek op tuberculose. In de Geneeskundige Bladen, nr VII, 1913, publiceerde hij een artikel „De röntgendiagnostiek der longen”, waarin hij het belang hiervan uiteenzette.

De verdienste van Wenckebach voor het röntgenonderzoek als onmisbaar voor een juiste diagnose wordt bevestigd door Dr B. H. Vos Sr. in zijn kloek tweedelig Leerboek der longtuberculose.⁴⁴ De invoering van röntgentoestellen had in vrij snel tempo plaats. Het ziekenhuis Calvariënberg te Maastricht had reeds onder Dr van Kleef een röntgentoestel aangeschaft. De röntgentoepassing was omstreeks 1920 vrij algemeen; de meeste sanatoria en consultatiebureaux waren toen in staat een röntgenonderzoek te verrichten. Maar ook hier dreigde een eenzijdigheid, omdat te grote waarde werd gehecht aan een incidentele negatieve röntgenfoto, want daardoor hield men vaak het tuberculose-proces voor veel langzamer dan het feitelijk verloopt. Het is voor het eerst Bronkhorst geweest, die in 1927 begon met een vergelijkende serie foto's en aan deze betere methodiek in zijn proefschrift bekendheid gaf. De invoering van de doorlichtapparaten heeft deze toepassing enorm vergemakkelijkt.

⁴⁴ B. H. Vos, Leerboek der longtuberculose. Amsterdam 1925, twee delen. De verschijning van dit werk was een belangrijk moment in de strijd tegen de tuberculose.

Vatten we het begin van de tuberculosebestrijding samen, dan blijkt het zwaartepunt na 1900 te zijn verlegd naar de prophylactische bestrijding, naar het voorkomen, isoleren en uitschakelen van de besmettingsbronnen. Daarvan zijn in Nederland o.a. de gebroeders Prof. W. en Dr C. Nolen, Prof. Dr R. de Josselin de Jong en later Dr L. C. Kersbergen de belangrijkste voorvechters geworden.⁴⁵ De middelen, die werden aangewend om de longtuberculose te genezen, waren frisse lucht, goede voeding en rust om zodoende het gestel van de patiënt krachtiger te maken, zodat het lichaam zich beter tegen de infectie kon verweren. De tuberculose als volksziekte moest voornamelijk door sociaal-hygiënische maatregelen bestreden worden. Dat daarmee op de duur succes was te bereiken, bewijzen voldoende de dalende sterftcijfers aan tuberculose.

Ondertussen werden ook in Limburg nog talrijke pogingen gewaagd, om een middel te vinden, dat snelle genezing van tuberculosepatiënten waarborgde.

Een achteraf anecdotisch voorbeeld van deze vergeefse strijd is het bericht, dat in De Tijd van 25 november 1893 staat vermeld, nl. dat in Maastricht onder leiding van A. Oidtmann plannen bestonden tot oprichting van een sanatorium in het voormalig fort St. Pieter, dat volgens deskundigen daartoe zeer geschikt was (!) en waar gebruik zou worden gemaakt van het zg. tuberkelgas. Het schijnt bij de plannen gebleven te zijn, want nadien heeft men nooit iets vernomen, dat tuberculosepatiënten op de St. Pietersberg „vergist” werden. Maar dit voorval duidt voldoende aan, hoe men destijds vergeefs op zoek was naar nieuwe geneesmiddelen. Het is dan ook te begrijpen, dat men pas langzaam verzoend raakte met het feit dat de oplossing niet in eerste instantie van medicamenten of heelkundige ingrepen verwacht hoefde te worden. De weg naar genezing bleek veel langer, moeizamer en indirekter te zijn, maar een positief herstel was in elk geval niet uitgesloten.

Nog lang bleef men vasthouden aan de weerlegde opvatting, dat de tuberculose op een erfelijke degeneratie zou berusten. In 1906 nam de algemene vergadering van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst nog een motie aan, waarin werd gesteld, dat vooralsnog aan de tuberculose geen plaats diende te worden gegeven in de wet tot bestrijding der besmettelijke ziekten. Grote onenigheid bestond eveneens over de vraag, of de infectie (indien de tuber-

⁴⁵ Herdenkingsrede Dr M. R. Heynsius van den Berg, a.w.

culose dan besmettelijk zou zijn) door inhaleren of met de voeding tot stand kwam. Ofschoon de therapeutische mogelijkheden rond 1900 nog zeer beperkt waren, kon geleidelijk steeds meer vooruitgang worden geboekt. Om de dispositie voor tuberculose te bestrijden en het weerstandsvermogen te verhogen werden een aantal maatregelen bepleit, zoals een doelmatige ontsmetting van woningen, een toezicht op de voedingsmiddelen (vooral was in Limburg van belang de keuring van vee, vlees en melk, omdat veel rundertuberculose voorkwam en in de grensgemeenten bovendien tuberculeus vee werd ingevoerd, dat elders was afgekeurd), verder het verspreiden van gezonde, hygiënische denkbeelden, medisch toezicht op de scholen, een betere huisvesting, verbetering van de arbeidsomstandigheden enz.⁴⁶

De Staatscommissie tot voorlichting over wettelijke maatregelen tot bestrijding van de tuberculose en over de beste wijze van bestrijding dier ziekte, ingesteld bij k.b. van 3 juli 1918, beraadslaagde uitvoerig over de te nemen maatregelen, voordat zij in 1922 haar verslag uitbracht. Een belangrijk punt van discussie in deze Staatscommissie, waarin ook de emotioneel geladen sociaal-politieke gedachten van die jaren meespeelden, was de strijd over de prioriteit van de directe of indirecte bestrijding. Onder de directe bestrijdingsmethode verstond men het streven naar het verminderen van de besmettingskansen, waaraan de indirecte bestrijding ondergeschikt zou zijn. Onder indirecte bestrijding verstond men de verhoging van het gezondheidspeil van de bevolking door hygiënische en sociale maatregelen. De meest extreme voorstanders gingen er van uit, dat „verhoging van de weerstand van het lichaam” niet alleen hoofdzaak van de bestrijding zou moeten zijn, maar verkondigden ook de mening, dat „alleen reeds verhoging van het maatschappelijk peil van het volk” voldoende zou zijn om de tuberculose met vrucht tegen te gaan. In een minderheidsnota werd met klem de mening verdedigd, dat de kern van de strijd geen andere zou kunnen zijn dan het streven naar het verminderen van de besmettingskansen. Thans vinden wij dit standpunt van de minderheid vanzelfsprekend. Niettegenstaande het toen officieel vastgelegde meerderheidsstandpunt heeft in feite het standpunt van de minderheid het in de praktijk ook gewonnen.⁴⁷

⁴⁶ J. C. I. van der Hagen, inspecteur van de Volksgezondheid, Het tuberculose vraagstuk voor de provincie Limburg, in Notulen der vergadering van Voorzitters der Gezondheidscommissies in Limburg, gehouden te Roermond op woensdag 11 oktober 1905, Oss 1905, p. 20-22.

⁴⁷ Mededelingsblad van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose, 15e jrg., nr 1, juni 1962, p. 2 en 3.

Als direkte middelen ter bestrijding van de tuberculose stonden in het begin van deze eeuw twee maatregelen op de voorgrond: de uitzending van patiënten naar sanatoria en de oprichting van consultatiebureaux voor longlijders. Het idee van zulk een consultatiebureau werd voor het eerst geopperd door Calmette in Frankrijk en in 1900 in Luik in toepassing gebracht. Sindsdien heeft deze opzet spoedig overal navolging gevonden. In 1905 bestonden in Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Haarlem al bureaux, meestal in volkrijke buurten, waar een aantal huisartsen zitting hielden en de patiënten voor medisch advies en soms ook voor financiële bijstand terecht konden. Deze opzet was van enorm belang, omdat voordien de ziekte nooit tijdig werd ontdekt en dan vaak al anderen in de omgeving had besmet. Het voordeel van een dergelijk bureau was, dat de tuberculoselijders nu vlugger werden onderkend, regelmatig werden gecontroleerd, goede raad ontvingen omtrent wat zij te doen en te laten hadden en soms ook aan huis werden bezocht. De goede raad, die zij meekregen, bestond natuurlijk in de eerste plaats om te zorgen voor een ruime woning, voor een kamer met veel zon en frisse lucht, voor goede voeding, regelmatige rust enz.⁴⁸

Deze goedbedoelde adviezen waren echter niet steeds in de praktijk uitvoerbaar, omdat veel patiënten in maatschappelijke omstandigheden leefden, die het zeer moeilijk maakten al deze raadgevingen op te volgen. In de kringen van de katholieke vakbeweging was men met deze ziekte het meest direkt geconfronteerd, omdat juist veel arbeiders in de kracht van hun leven het slachtoffer werden. Omdat zij voor hun gezinnen de kostwinners waren, had het weinig zin hun een lucht- en wandelkuur in Zwitserland aan te bevelen. De vakbeweging zocht daarom naar oplossingen, die ook voor de arbeiders praktisch uitvoerbaar waren. Er werd derhalve gepleit voor betere arbeiderswoningen, voor kook- en huishoudscholen en voor een bevredigender regeling van de arbeidsvoorwaarden met name ter vermijding van te zware arbeid, zeer hoge temperaturen, afwisseling van hitte en koude enz.⁴⁹

⁴⁸ R. N. M. Eykel, arts te Didam, Tuberculose, vlagschrift uitgegeven door de St. Willibrordusvereniging, Sittard, maart 1907, p. 38.

⁴⁹ Het Limburgsch Volksblad, 13 september 1901.

De consultatiebureaux konden veel doen om de onmiddellijke nood te helpen verlichten; zij bemiddelden vaak bij verhuizing, gaven goederen in bruikleen (ligstoelen, beddegoed, een sputumfles enz.) of probeerden financiële ondersteuning voor deze patiënten te verkrijgen. Erg moeilijk was het meestal om de omgeving van de patiënten er van te overtuigen, dat het in hun eigen belang was allerlei hygiënische voorschriften op te volgen om het gevaar van besmetting door de tuberculoselijders te vermijden. Maar veel van de gepropageerde maatregelen, zoals het gebruik van gekookt voedsel en gekookte melk, het weren van stof in huis, de wenselijkheid om de kamers geregeld te ventileren, het luchten van kleren en beddegoed, de zorg voor lichaamsreinheid, voldoende nachtrust en lichaamsbeweging, al deze raadgevingen werden toch van lieverlee meer in praktijk gebracht en droegen bij tot een meer hygiënische leefwijze.⁵⁰ Toch kwamen nog trieste toestanden aan het licht, toen men zich intensiever met de zorg voor deze patiënten ging bezig houden. Bij een werkbezoek aan een aantal bij het consultatiebureau te Rotterdam ingeschreven patiënten werd omstreeks 1910 het volgende opgetekend: „Het is wel om diep neerslachtig te worden, als je de trieste vale ellende ziet, waarin massa's van die zieken hun lange dagen en nachten liggen door te tobben in kleine sombere woningen, waar vaak genoeg zelfs nooit een zonnestraaltje een beetje vreugde komt brengen. En ook weer is het om verstomd te staan over de leefkracht in zo menige van die teringlijders, die enkel door het weken rusten op de ligstoel en door de buitenlucht in te ademen, die uit de dichtbevolkte buurtjes het open kamervenster binnenkomt, in zo'n troosteloos grauwe woning nog soms weer beter liggen te worden. Het eerste middel in de strijd is de rust.

Ze krijgen een ligstoel thuis, ze moeten rusten, en dag en nacht de ramen open. En zo lagen de meesten, waar wij kwamen. Het systeem der sanatoria, doch tussen de stadse huizen, ieder op zijn eigen povere kamerwoning, waar nog een menigte andere mensen leven, waar gekookt, gewassen en geslapen wordt, en een raampje vol „buitenlucht“, dat is stadslucht, doortrokken van walm en rook en allerlei onreine dampen, lucht uit een steegje soms, waar nooit de zon in

⁵⁰ M. Roelvink, *Lessen in gezondheidsleer*. Uitgave van de Nederlandsche Centrale Vereeniging tot Bestrijding der Tuberculose, 's-Gravenhage 1910.

schijnt. Dat lijkt een parodie, en toch ... er zijn er, die zo tot genezing komen.”⁵¹

Het werk van de plaatselijke tuberculosebestrijding werd sedert 1903 gecoördineerd door het Nederlandsch Comité (later omgedoopt tot Nederlandse Centrale Vereniging) tot bestrijding der tuberculose. In 1907 werd voor het eerst een post van f 10.000,— op de Rijksbegroting uitgetrokken voor dit werk, wat nog maar een bescheiden begin was, maar in elk geval inhield, dat als beginsel aanvaard werd, dat de overheid hier een taak had te vervullen. In 1920 trad de nieuwe Gezondheidswet in werking, die het mogelijk maakte een afzonderlijke inspectie in te stellen voor de tuberculosebestrijding als onderdeel van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Toen waren ook overal provinciale verenigingen tot stand gekomen, die de organisatie van districts- en kringconsultatiebureaux tot taak kregen. Eindelijk was er een organisatorisch apparaat aanwezig, dat de tuberculose doelmatiger en met meer succes kon aanpakken.

Ook in Limburg is in de eerste decennia van deze eeuw langzaam in deze richting verder gewerkt. In Maastricht werd door de plaatselijke afdeling van het Groene Kruis een consultatiebureau opgericht „tot raad en steun voor on- en minvermogende tuberculoselijders”. In overleg met de huisarts werd op het bureau getracht een juiste diagnose te stellen en werd nagegaan, welke de aangewezen behandeling zou zijn (polikliniek, in het ziekenhuis, in een sanatorium of lighal of een kuur in de eigen woning).⁵² Het voornaamste doel van het bureau was de hulpverlening aan de patiënten, die thuis verpleegd werden en die geholpen werden met bedden, ligstoelen, voedingsmiddelen enz. Daartoe waren twee huisbezoeksters aangesteld – onder wie een gediplomeerde verpleegster –. Verder was de afdeling actief met het verspreiden van propandalectuur.

Het consultatiebureau genoot een Rijkssubsidie van f 910,— en kreeg in 1913 een provinciaal subsidie van f 200,— (het eerste bedrag, dat de Provincie Limburg na lang aarzelen op haar begroting voor de tuberculosebestrijding uittrok).

In de eerste tien jaren (van 1912 t/m 1921) werden 1938 voor het grootste deel uit Maastricht afkomstige patiënten ingeschreven,

⁵¹ M. J. Brusse, Tuberculeuzen. Overdruk van een artikelenserie in de Nieuwe Rotterdamsche Courant, uitgegeven door de Nederlandsche Centrale Vereeniging tot Bestrijding der Tuberculose, 's-Gravenhage 1909, p. 14.

⁵² De strijd tegen de tering. Rede uitgesproken door Dr J. W. Indemans, bij de opening van het consultatiebureau te Maastricht, op Zondag 10 November 1912.

waarbij meestal tuberculose werd geconstateerd; 416 werden ter behandeling in een ziekenhuis opgenomen; 209 werden naar een sanatorium uitgezonden; 169 kinderen werden naar een gezondheidskolonie gestuurd en 16 op het platteland uitbesteed. Thuis kuurden onder toezicht van het consultatiebureau ongeveer 1300 patiënten in deze jaren. Maar de toestand was vele malen erger, want de rechtstreekse invloed van het bureau was nog gering, en meer van belang als een hulpmiddel in de strijd voor een betere hygiëne en gunstiger levensvoorwaarden. Pro memorie kan worden aangetekend, dat in Maastricht in deze periode 1088 personen aan tuberculose zijn overleden.⁵³

Ook in andere plaatsen kwam geleidelijk de tuberculosebestrijding op gang. In Roermond stelde men in 1914 een zuster aan als tuberculose-enquêtrice. Een jaar later had de opening plaats van een consultatiebureau, waar direct al 150 patiënten werden ingeschreven. Eind 1917 opende het Groene Kruis te Heerlen een consultatiebureau voor tuberculoselidmers, dat echter eerst in 1918 tengevolge van enige wrijvingen zijn taak kon beginnen. Daarna kwamen ook bureaux te Venlo, Sittard en Venray tot stand. Een preventieve maatregel, die door deze bureaux van meet af aan gepropageerd werd, was de uitzending van kinderen uit gezinnen met tuberculose-patiënten naar een gezondheids- of vakantiekolonie.

In 1916 werd door het Limburgse Groene Kruis een provinciale commissie voor de tuberculosebestrijding in het leven geroepen, die onder leiding van Dr J. W. Indemans kwam te staan, die krachtig geijverd heeft voor de oprichting van consultatiebureaux en door wiens toedoen de meeste bureaux ook werden opgericht. Deze commissie had een aparte status en vertegenwoordigde in Limburg de Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der tuberculose. De meeste afdelingen van het Groene Kruis traden toe als lid en namen daarmee de tuberculosebestrijding uitdrukkelijk op als een van hun doeleinden. De provinciale commissie stelde een provinciale enquêtrice (zo was haar officiële naam) aan, die als eerste taak kreeg de opleiding van plaatselijke huisbezoeksters.

Dit gezinsbezoek stuitte aanvankelijk op weerstanden, maar kon na enige tijd toch veel bereiken om een betere verpleging mogelijk te maken, al waren de levensomstandigheden vaak van die aard, dat de

⁵³ De tuberculose-bestrijding te Maastricht. Na 12½ jaar werkens, door Dr J. W. M. Indemans, Limburger Koerier, 9 mei 1925.

nood van veel patiënten zeer hoog bleef. De huisbezoeksters troffen soms hemelschreiende toestanden aan op het gebied van huisvesting, voeding, kleding enz. In de mijnstreek had de grote stroom van immigranten uit allerlei landen de huisvesting tot een welhaast onoplosbaar probleem gemaakt. Daarbij was het kostgangersstelsel een van de oorzaken van besmetting.⁵⁴

Een verdere uitbouw van de consultatiebureaux was gewenst, volgens de lijnen die de „Sociaal-hygiënische Commissie”⁵⁵ had uitgestippeld. In 1921 kwam een wijziging in de samenstelling van de Provinciale Commissie, die vanaf 1923 onder voorzitterschap kwam te staan van het hoofdbestuurslid V. M. van de Camp uit Heerlen. Een meer systematische aanpak werd bereikt met de organisatie van districts- en kringconsultatiebureaux. Als eerste stap werd in 1923 begonnen met een districtsconsultatiebureau voor Zuid-Limburg, gevestigd te Maastricht. Daaromheen groepeerden zich de kringconsultatiebureaux te Kerkrade, Sittard, Heerlen, Treebeek en Gulpen. Subsidie van Rijk en Provincie had deze eerste streeksgewijze opzet mogelijk gemaakt.

Tabel 7. *Aktiviteit van de kringconsultatiebureaux in Limburg, 1923-1940*

Jaar	Aantal ingeschreven patiënten	Aantal consulten
1923	898	1.956
1925	708	2.342
1930	2.936	6.965
1935	3.881	14.514
1940	5.271	14.360

In Noord-Limburg werd eerst per 1 oktober 1928 een streekdienst opgezet; voorlopig bleven de plaatselijke bureaux te Roermond, Venlo en Gennep een zelfstandig bestaan leiden. In dit gebied ontmoette men dezelfde moeilijkheden, die men ook in Zuid-Limburg nog niet geheel tot oplossing had gebracht. De naamsaanduiding van deze bureaux (bureau voor raad en hulp aan on- en minvermogene tuberculoselijders) had tot gevolg, dat de mensen uit hogere inkomensklassen zich daar niet graag aanmeldden. In het algemeen had men trouwens in de kleinere gemeenten schrik om als tuberculosepatiënt bekend te staan.

⁵⁴ J. F. R. Philips, 50 jaar sociale gezondheidszorg in Limburg, a.w., p. 64.

⁵⁵ De in 1918 door Minister Aalberse ingestelde „Commissie van onderzoek naar de sociaal-hygiënische toestanden in Zuid-Limburg.”

Geleidelijk hebben de bureaux hun werkring uitgebreid. Dankzij een ruime subsidiepolitiek kon een hechte organisatie ontstaan van consultatiebureaux, geleid door in haar dienst staande tuberculose-artsen, geassiteerd door districtsenquêtrices, – verpleegsters, die districtsgewijze opsporings- en contrôlewerk verrichtten. Omtrent de werkwijze van de nieuwe bureaux geven bovenstaande cijfers een indruk.⁵⁶

⁵⁶ Th. Speetjens, De plaatselijke Kruisvereniging, in Katholieke Gezondheidszorg, 19e jrg., nr 3, maart 1950, p. 115-117.

DE AANVANG VAN DE SANATORIUMVERPLEGING

Hoe belangrijk het werk van de consultatiebureaux ook was, de onontbeerlijke voorwaarden tot genezing: frisse lucht, goede voeding en rust, konden aan de zieken thuis vaak niet worden verschaft. Alleen bij sanatoriumverpleging bestond de zekerheid, dat het genezingsproces onder optimale voorwaarden kon verlopen. Deze kostbare verpleging was echter voor weinigen weggelegd, zo er al in de enkele sanatoria plaats was voor opname.

De sanatoria zijn oorspronkelijk uit de constitutieleer voortgekomen. Rokitansky had geleerd, dat de phthisische habitus voortkomt uit het samengaan van grote longen en een klein hart. Hermann Brehmer trok daaruit de konklusie, dat deze toestand verbeterd kon worden door verlaging van de luchtdruk. Dit verkondigde hij in 1857 in een geschrift „Die Ursache und Heilbarkeit der chronischen Lungenschwindsucht”, wat voor het eerst een heilzame breuk betekende met het therapeutisch nihilisme. Brehmer was een enthousiast en inspirerend man en hij gaf in 1855 de stoot tot de oprichting van het eerste sanatorium te Görbersdorf in Silizië. Dettweiler, een leerling van Brehmer, bracht voor het eerst teringlijders in de buitenlucht en wordt beschouwd als de grondlegger van de hygiënisch-diëtistische behandeling. Later voegde hij hieraan nog de rustkuur toe en kreeg de behandeling een vorm, die voor lange tijd klassiek zou worden.⁵⁷ In het buitenland hebben deze behandelingsmethoden eerder ingang gevonden dan in ons land. Sanatoria waren in de 19e eeuw vooral opgericht in Duitsland en in Zwitserland. In Nederland stond men wat sceptisch tegenover deze gedachte. Aanvankelijk was men namelijk van mening, dat alleen het hooggebergte met zijn stofvrije ozonrijke

⁵⁷ Herdenkingsrede Dr M. R. Heynsius van den Berg, a.w. Zie ook Mededelingenblad van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose, 13e jrg., nr 1, mei 1960, p. 23.

lucht in het beginstadium van tuberculose uitkomst kon bieden. Rijke Nederlandse patiënten lieten zich in Davos behandelen door Dr ten Cate Hoedenmaker, maar van een echte kuur kwam doorgaans niet veel terecht. Davos werd meer een oord van toeristisch vermaak zoals veel andere kuur- en badplaatsen.⁵⁸ Alleen in het Nederlands sanatorium te Davos, dat reeds vóór 1900 was opgericht, werd zeer serieus gekuurd.

Verdere onderzoeken wezen uit, dat in elk klimaat en op elke hoogte tuberculosepatiënten konden worden verpleegd, in de bergen, aan zee, in de bossen, op de hei of waar ook, mits gewaarborgd was, dat voldoende frisse lucht, zon en rust aanwezig waren. Voor de patiënt was het belangrijk, dat zijn sanatorium gelegen was in het klimaat, waarin hij na genezing weer moest terugkeren. Toen deze stelling eenmaal was aanvaard, is deze vorm van tuberculosebestrijding in Nederland spoedig ingeburgerd.⁵⁹ Omstreeks de eeuwwisseling bracht men ook hier dit wapen tegen de volksziekte in de strijd. Dr Hoekstra pionierde al in 1898 in Heiloo. In 1899 werd het eerste sanatorium te Putten op de Veluwe geopend, waar onder leiding van de artsen Haentjes en Huykman gegoede patiënten, die leden aan longziekten volgens de Brehmer-Dettweilersche rust- en openluchtkuur zouden worden verpleegd.⁶⁰

Het is voor het sanatoriumwezen in ons land van enorme betekenis geweest, dat Koningin-Moeder Emma de schenking, die Haar in 1898 bij de beëindiging van haar taak als Regentes als nationaal huldeblijk was aangeboden, aan de Nederlandse bevolking terugschonk om daarvan een sanatorium op te richten. Koningin Emma had grote belangstelling voor het vraagstuk van de tuberculosebestrijding. Zij had in eigen familie de verwoesting van deze ziekte leren kennen, want een van haar zusters was aan tuberculose gestorven. Zij bood het landgoed Oranje Nassau's Oord in Renkum aan om daar een sanatorium te vestigen. Dit vorsteljk gebaar stemde zowel de doktoren als de bevolking tot nadenken. In 1901 werd Oranje Nassau's Oord officieel geopend. Spoedig volgden nog andere sanatoria, nl. het sanatorium Hellendoorn (1902) en het Amsterdams sanatorium „Hoog-Laren”

⁵⁸ R. N. M. Eijkel, *Tuberculose*, a.w., p. 34-37.

Een typerende beschrijving van het kuurleven in Davos geeft de roman van P. Jongbloedt, *Een winter in Davos*.

⁵⁹ H. J. Brusse, a.w., p. 28.

⁶⁰ B. Schomakers, *In korte trekken*, in *Tegen de Tuberculose*, jrg. XLVIII, september-oktober 1952, nr 5.

(1903) te Blaricum. Bij de oprichting van het Nederlands Centraal Comité tot bestrijding der Tuberculose compareerden drie sanatoria. Koningin Emma werd bij de oprichting in 1903 Beschermvrouwe. Leden waren o.a. Dr C. Nolen, Prof. Dr P. K. Pel en Dr M. W. Pijnappel. Dank zij de jaarlijkse Emmabloemkollekte, die sedert 1910 plaats vond, kon het Comité (het latere K.N.C.V.) een belangrijke propaganda voeren voor de tuberculosebestrijding.⁶¹

Onder de medici bestond aanvankelijk nog lang geen eenstemmigheid over het nut van deze sanatoria, hetgeen zonder twijfel het gevolg was van de veel te korte duur der verpleging en van het opnemen van veel te ernstige patiënten. De eerste instellingen hadden meer het karakter van rusthuizen, waar de behandeling alleen bestond uit het geven van bedrust, frisse lucht en goed en veel eten. Van een klinische behandeling was nog weinig sprake. Zo was een punt van strijd en onderlinge verdeeldheid b.v. de waarde van de röntgendiagnostiek. De eerste Nederlandse sanatoriumarts, die iets in het röntgenonderzoek zag, was Dr B. H. Vos van het sanatorium Hellendoorn. Een ander onderwerp van controverse was de pneumothoraxbehandeling. De eerste pneumothorax in Nederland werd in 1909 aangelegd bij een patiënt van Dr H. Schut te Nunspeet. De gehele behandelingsmethodiek stond nog in de kinderschoenen en moest van de grond af worden opgebouwd, deels uit eigen ervaring, deels op basis van de resultaten, die elders werden behaald. Geleidelijk echter ontwikkelden zich de sanatoria – vooral dank zij het pionierswerk van vooraanstaande longartsen als Nolen, Pel, Huët, Bloemen, Vos, Bronkhorst, Heynsius van den Berg, Jongmans en anderen – tot moderne klinieken, die het algemeen vertrouwen van de artsen genoten.⁶²

De sanatoriumverpleging stuitte echter op een andere moeilijkheid, die van financiële aard was, nl. dat de verpleegprijs ten bedrage van ongeveer f 2,— per dag voor de meeste patiënten niet was op te brengen. Daarom moesten velen met name uit de sociaal-zwakke gezinnen noodgedwongen thuis kuren, terwijl juist zij in de eerste plaats voor opname in aanmerking kwamen. De nuchtere cijfers leren ons, welk sociaal probleem hier lag: in Limburg werden in de jaren 1914-1917 in totaal 340 tuberculose-patiënten in een Nederlands sanatorium verpleegd, terwijl het ziektecijfer jaarlijks gemiddeld op

⁶¹ Zie Gedenkboeken K.N.C.V. (noot 38).

⁶² Jubileum Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose, Verslag in De Tijd 18 april 1958 en in De Maasbode 26 april 1958.

± 7500 zieken kan worden gesteld. Hier was elke verhouding zoek. Hetzelfde blijkt uit de cijfers omtrent het totaal aantal sanatoriumbedden in Nederland – 1543 in 1918 –, hetgeen betekent, dat slechts één bed voor meer dan 3000 inwoners beschikbaar was, terwijl Denemarken toen al één bed per 1000 inwoners had.⁶³

Zolang echter de financiële draagkracht van een groot deel van de bevolking uiterst beperkt bleef en de overheid niet bij machte was de uitzending naar sanatoria te subsidiëren, scheen dit probleem onoplosbaar. Een verplichte wettelijke ziekteverzekering bestond nog niet evenmin als verzekeringen voor de kosten van de sanatoriumverpleging; ook de bestaande partikuliere zieken- en ondersteuningsfondsen konden deze lasten niet dragen. Voor onbemiddelde patiënten moest in zo'n geval meestal een beroep worden gedaan op de financiële bijstand van de liefdadigheid of de armenzorg. Maar ook deze instellingen waren meestentijds niet in staat een uitkering voor een dergelijke langdurige verpleging beschikbaar te stellen. Dr L. van de Meerendonk vertelt uit het begin van zijn huisartspraktijk in Horst, hoe hij op een goede dag welgemoed naar het gemeentehuis stapte om in een vergadering van burgemeester en wethouders de belangen te bepleiten van een onvermogen patiënt met open tuberculose, die dringend in een sanatorium moest worden opgenomen. Hoe hij zijn voorstel ook verdedigde en welke argumenten hij aanvoerde, hij werd nauwelijks aangehoord. Het edelachtbaar college kon zich nauwelijks voorstellen, dat een jong huisarts met een dergelijk ongehoord verzoek kon aankomen.⁶⁴

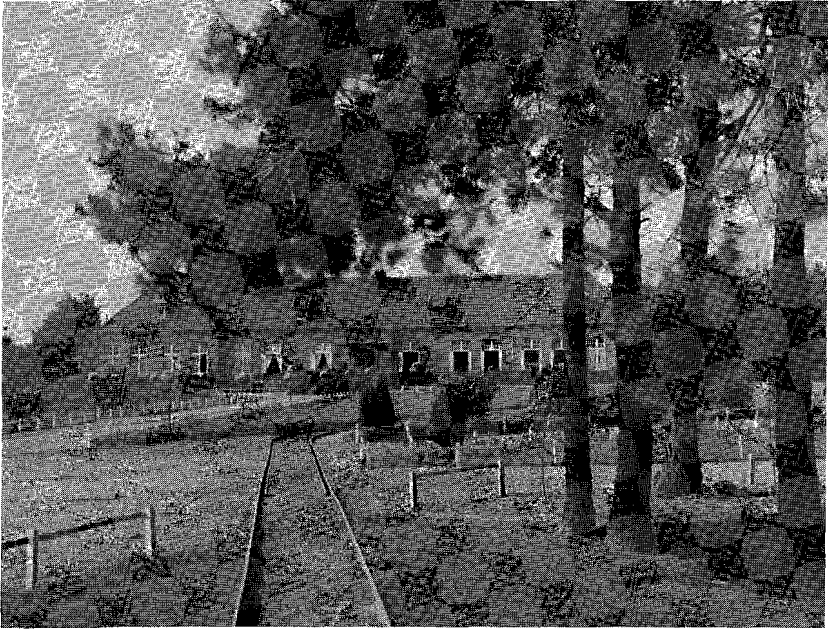
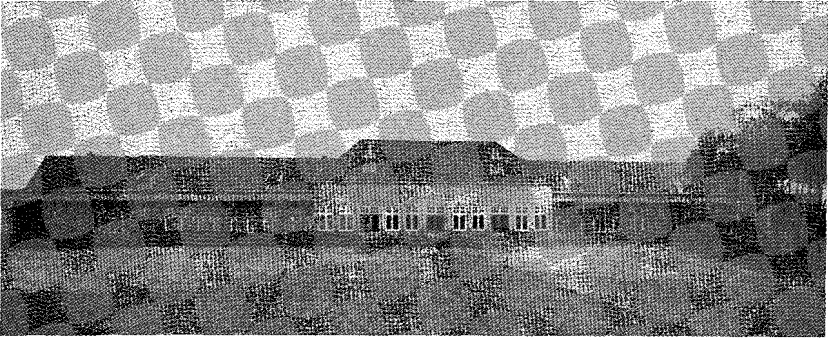
Mocht men dan al overtuigd zijn, dat sanatoriumverpleging op zichzelf eigenlijk wel de voorkeur genoot, de realiteit dwong tot het beramen van plannen voor minder ideale oplossingen, die gezien de financiële mogelijkheden, iets gemakkelijker uitvoerbaar leken. Gepleit werd om aan de ziekenhuizen een afdeling te verbinden, waar een lighal werd ingericht voor ernstige patiënten, die – althans voorlopig – in een sanatorium niet terecht konden.⁶⁵ Ook werden van de kant van de consultatiebureaux gelijke initiatieven genomen tot het

⁶³ Verslag Staatscommissie inzake wettelijke maatregelen tot bestrijding der tuberculose en over de beste wijze van bestrijding dier ziekte, 's-Gravenhage 1922.

Pre-advies van de subcommissie voor de tuberculosebestrijding aan de sociaal-hygiënische commissie voor Zuid-Limburg, ingesteld bij Ministerieel besluit van 28 maart 1918.

⁶⁴ L. van de Meerendonk, Kruisarbeid, gezien door de medicus. In Katholieke Gezondheidszorg, 19e jrg., nr 3, maart 1950, p. 98-99.

⁶⁵ J. C. I. van der Hagen, a.w., p. 24.



Het mannenpaviljoen en het Hoofdgebouw, zoals zij er in 1921 uitzagen. (Foto Bureau Holland).



De Tegendraadse dag, 29 februari 1928. Op deze foto zittend van links naar rechts geneesheer-directeur R. Janssen; hoofdinspecteur der Volksgezondheid Dr R. N. M. Eykel; de Commissaris der Koningin Mr E. Baron van Hövell tot Westerflier; Hoofdbestuurslid Dr L. van de Meerendonk; de directeur-generaal der Volksgezondheid Mr L. Lietaert Peerbolte; de inspectrice der Volksgezondheid Mevr. Dr C. Bader en het hoofdbestuurslid van het Groene Kruis Mevr. M. Haffmans-Wibaut. Achter midden herkent men o.a. de secretaris-penningmeester van het Groene Kruis J. Vrijhof; het lid van de Commissie van Toezicht Ch. Bux; het lid van de Commissie van Toezicht Dr M. Vrancken; buitgemeester Derkx van Horn; het hoofdbestuurslid van het Limburgse Groene Kruis V. van de Camp; de Gedeputeerde J. Verheggen; de deken van Roermond Le Bron de Vexela; de leden van de Rijksc commissie van toezicht op de Noodsanatoria I. G. Keesing en K. I. P. A. de Koster; de griffier der Provinciale Staten J. H. Jaspas en het lid van de Commissie van Toezicht Ir F. B. J. M. Moubis.

oprichten van tijdelijke lighallen voor dagpatiënten. Het bureau te Rotterdam was in 1905 door een gift al in het bezit gekomen van een draaibare lighal voor een tiental patiënten. Dit voorbeeld stond ook het consultatiebureau te Maastricht voor ogen, waaraan Dr J. W. Indemans een klein dagsanatorium wilde verbinden als doorgangshuis, zodat patiënten dan direkt uit hun omgeving konden worden gehaald om er terstond met een lig- en luchtkuur te beginnen. Dit aantrekkelijke voorstel, dat hij op grond van zijn ervaringen als consultatiebureau-arts met overtuiging voorstond,⁶⁶ werd weliswaar in Maastrichtse kringen uitvoerig besproken, maar zoals gewoonlijk ontbrak een beslissende autoriteit om die gedachten in daden om te zetten.

Dit had tot gevolg, dat men jaren bleef twisten over de voor- en nadelen van dit systeem zonder dat voorlopig iets positiefs werd bereikt. Omdat de Maastrichtse artsen het onderling niet eens waren, stelde het Burgerlijk Armbestuur het ontwerp voor een lighal met 90 bedden en een nachtverblijf voor 24 patiënten tot nadere order uit. De geuite bezwaren bleken er op neer te komen dat voor zulke grote opzet, vergelijkbaar met de omvang van een echt sanatorium, de vereiste medische staf en de deskundige behandeling ontbraken. Maar aldus bleek het betere wel een vijand van het goede te zijn geworden en kon niet onmiddellijk hulp worden geboden in de nood, die tijdens de eerste wereldoorlog in Maastricht met zijn meer dan duizend patiënten zo hoog was gestegen.⁶⁷ Wel waren in 1919 aparte woningen voor tuberculoselijders gebouwd.

Toen de plannen voor een dagverblijf opnieuw in studie werden genomen, was inmiddels het denkbeeld van een provinciaal volks-sanatorium reeds dicht aan zijn verwezenlijking toe. In Maastricht werd nochtans iets van de plannen van Dr Indemans verwezenlijkt, toen op de terreinen van het ziekenhuis Calvariënberg in 1920 een ziekenbarak werd gebouwd voor een beperkt aantal (36) tuberculosepatiënten, die daar klinisch konden worden geobserveerd en hun behandeling reeds konden beginnen, terwijl in geval van open tuberculose een isolatiemogelijkheid gegeven was.⁶⁸

⁶⁶ De strijd tegen de tering. Rede uitgesproken door Dr J. W. Indemans, a.w., p. 9-10. J. W. Indemans, De tuberculosebestrijding in de provincie, in Tuberculose, jrg. xv, (1919), nr 3, p. 109-119.

⁶⁷ Vergadering van het Burgerlijk Armbestuur te Maastricht van den 4 Mei 1917 ten 5½ uur namiddags, (gedrukte notulen, 24 blz.).

Pre-advies van de subcommissie voor de tuberculosebestrijding, a.w., p. 6.

⁶⁸ J. W. Indemans, De tuberculosebestrijding te Maastricht na 12½ jaar werkens, in Limburger Koerier, 9 mei 1925.

De stichting van een sanatorium in Limburg werd nu met de dag wenselijker, vooral toen in deze jaren elders in ons land al verschillende sanatoria waren gebouwd. In 1908 had de opening plaats van het gereformeerd sanatorium Sonnevandek te Harderwijk en van het Nederlands Zeehospitium te Katwijk aan Zee. Met belangrijke steun van de Provincie Friesland was in 1910 in Joure (later in Appelscha) het Fries Volkssanatorium Heerema-state gebouwd. Noord-Holland subsidieerde de bouw van een apart kindersanatorium in Blaricum, dat in deze jaren werd geopend. In 1913 kwam het eerste katholieke sanatorium tot stand. Op het landgoed Dekkerswald te Groesbeek werd een sanatorium gebouwd, dat onder leiding kwam te staan van E. W. Jongmans. In 1916 werd het vijfde sanatorium op de Veluwe geopend te Beekbergen. De meeste provincies hadden grote bedragen voor deze sanatoria beschikbaar gesteld, maar Limburg liet voorlopig nog verstek gaan.⁶⁹ Het zag er naar uit, dat in het spreidingspatroon, dat zich in de ligging van de sanatoria begon af te tekenen, de zuidelijke provincies bijna geheel zouden worden overgeslagen. In Limburg was in 1918 een bescheiden sanatorium opgericht, de lighallen „Mariaoord” te Gennep, waar 50 vrouwelijke patiënten konden worden verpleegd. De Gennepse arts Stiemens nam hiertoe het initiatief. Door hun sociale en artistieke belangstelling nam het doktersechtpaar Stiemens een aparte plaats in Noord-Limburg in. In Noord-Brabant had men in Eersel en in St. Oedenrode verpleeginrichtingen van nog bescheidener omvang.

Het zuiden kon nu onmogelijk langer achterblijven. „Ook voor Limburg is thans de tijd gekomen, dat naar dat dure en grootse middel gegrepen wordt”, schreef de Limburger Koerier in 1918,⁷⁰ daarbij betogend, dat men alle gemeentelijk partikularisme moest overwinnen en een provinciaal sanatorium moest stichten met moderne hulpmiddelen uitgerust en met een aantal gespecialiseerde geneesheren. Alleen zúlk een sanatorium, zo redeneerde men terecht, zou kunnen rekenen op de steun van de Provincie en het Rijk en op de financiële medewerking van de mijndirecties, die jaarlijks duizenden guldens uitgaven aan sanatoriumverpleging elders.

Drie motieven moeten in dit verband genoemd worden, die de nood-

⁶⁹ Notulen vergadering Provinciale Staten van Limburg, 2 december 1913, p. 95-98.

⁷⁰ Limburger Koerier, 27 maart 1918.

zaak van de vestiging van een sanatorium in Limburg bijzonder accentueerden. Het eerste argument was van algemene aard en had betrekking op het sociale streven om de sanatoria bereikbaar te maken voor elke patiënt, die daar verpleging behoefde. „De sanatoria zijn slechts in schijn voor het volk toegankelijk. Er is niet alleen gebrek aan ruimte, er is gemis aan kosteloze en goedkope sanatoriumverpleging”, – zo heette het in een ambtelijk rapport.⁷¹ Steeds luider werd de roep om sociale gelijkstelling, staatssubsidie en verplichte ziekteverzekering, die ook de kosten van sanatoriumverpleging dekte. De financiering van de tuberculosebestrijding mocht niet langer aan het particulier initiatief worden overgelaten. Een eerste begin werd gemaakt, toen in 1919 de Invaliditeitswet in werking trad en Minister Aalberse ingevolge art. 99 en 100 van de wet het mogelijk maakte, dat tuberculosepatiënten op kosten van het invaliditeitsfonds in een sanatorium konden worden verpleegd. Ook het Algemeen Mijnwerkersfonds gaf de aangesloten leden een recht op sanatoriumverpleging.

Een staatscommissie adviseerde in 1922 om aan elk sanatorium per verpleegdag een Rijkssubsidie te verlenen voor alle via een consultatiebureau opgenomen patiënten, maar dit voorstel heeft de bezuinigende Regering niet willen overnemen.⁷²

Maar toch werd in deze tijd al voorzien, dat door de komende maatregelen veel meer patiënten zouden worden uitgezonden en dat derhalve op korte termijn veel meer sanatoriumbedden beschikbaar zouden moeten komen.

Een tweede motief om speciaal Limburg in bezit van een sanatorium te stellen, was de sterke bevolkingsaanwas in deze provincie. Door de gunstige ontwikkeling van landbouw, handel en industrie en vooral door de snelle exploitatie van de steenkolenmijnen had de werkgelegenheid zich sterk uitgebreid en had Limburg een grotere betekenis gekregen binnen het landsgeheel. Een dergelijk gebied (met 457.658 inwoners per 31 december 1920) kon nu met recht eisen, dat zijn tuberculosepatiënten voortaan in eigen streek konden profiteren van de voordelen van een Limburgs sanatorium.

Deze eis was tenslotte gewettigd door het feit, dat de tuberculose in Limburg nog steeds een ontstellende omvang had. Het aantal sterfgevallen aan tuberculose was naar verhouding hoger dan in welke

⁷¹ Pre-advies van de subcommissie voor de tuberculosebestrijding, a.w., p. 5.

⁷² Verslag Staatscommissie cfr noot 63.

andere provincie ook. Bijzondere maatregelen waren vereist om dit trieste rekord zo snel mogelijk te laten verdwijnen. Dit was het derde van de aangevoerde argumenten om in Limburg een eigen sanatorium tot stand te brengen. Dit verlangen werd uiteindelijk door de regering erkend en werd in 1921 werkelijkheid.⁷³

⁷³ Pre-advies van de subcommissie voor de tuberculosebestrijding, *passim*.

HET LIMBURGSE GROENE KRUIS STICHT HET SANATORIUM HORNERHEIDE

Evenals zo vele andere sociaal-hygiënische maatregelen ging de activiteit op het gebied van de tuberculosebestrijding in Limburg geheel uit van het Groene Kruis. Het enthousiasme was groot, want men voelde intuïtief, dat men een achterstand had in te halen. De bewegende krachten in deze organisatie, voorzitter Jhr Mr Charles Ruys de Beerenbrouck, de secretaris kapelaan C. Camp, en bestuursleden als notaris H. J. Hanekamp, Dr L. G. A. J. van de Meerendonk en vele anderen hadden in korte tijd heel wat bereikt en velerlei plaatselijke initiatieven binnen het provinciale raam gebundeld. Het lag dan ook min of meer voor de hand, dat uit de kringen van het Limburgse Groene Kruis, met name van de Provinciale Commissie voor de tuberculosebestrijding, het initiatief kwam tot de oprichting van een provinciaal sanatorium.

De vergevorderde plannen, die men in Maastricht had voor de bouw van uitgebreide lighallen, schenen voorlopig echter een tijdlang het uitzicht op een verder liggend doel te belemmeren. De Provinciale Commissie was bereid om aan de Maastrichtse plannen voorrang te verlenen, maar naast zulke plaatselijke instellingen voor eerste observatie en nazorg hield men vast aan een beter geoutilleerd provinciaal sanatorium.⁷⁴ Deze mening werd gedeeld door de Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose (N.C.V.), wiens secretaris aan de beraadslagingen deelnam. Desondanks bleef intern over deze kwestie nog verschil van mening bestaan, ofschoon men aanvankelijk een sanatorium met een beperkte capaciteit van niet meer dan honderd bedden beoogde.

De oplossing scheen een stap naderbij, toen in Geulle een terrein disponibel werd gesteld, maar voor een definitief verblijf was de oppervlakte eigenlijk te gering en bovendien ontbraken voorlopig de

⁷⁴ Notulen vergadering Provinciale commissie voor de tuberculosebestrijding, 14 december 1917, Archief Limburgse Groene Kruis.

benodigde middelen. De kosten voor een permanent sanatoriumgebouw werden geraamd op f 1.000.000,—. Men schrok terug van dit hoge bedrag en zag wel in dat men gedwongen zou zijn, de opzet te beperken. In de vergadering van de Provinciale Commissie ter bestrijding van de tuberculose in Limburg van 14 februari 1919 kwam de Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid R. N. M. Eijkel met het voorstel om een noodsanatorium te bouwen, dat bij voorkeur gelegen zou moeten zijn direkt in de nabijheid van een ziekenhuis, zodat men voor de verpleging, voeding e.d. van de diensten van dit ziekenhuis gebruik kon maken. Deze combinatie bleek echter bezwaarlijk uitvoerbaar te zijn en bovendien ook de gewenste omvang van het sanatorium te veel te beperken.⁷⁵

In deze zelfde vergadering werd ook voor het eerst de mogelijkheid van de bouw van barakken overwogen. Uit Rotterdam kwam een aanbod voor het overnemen van 200 bedden, die vrij kwamen na de opheffing van een vluchtelingenkamp. Met het bouwen van een noodsanatorium voor ogen had de commissie zich georiënteerd, of men ergens barakken kon overnemen, die tijdens de eerste wereldoorlog hadden gediend voor de huisvesting van Belgische vluchtelingen. Met medewerking van Jhr Ch. Ruys de Beerenbrouck, de eerste voorzitter van het Limburgse Groene Kruis, die inmiddels Premier en Minister van Binnenlandse Zaken was geworden, kwam het Groene Kruis in het bezit van een aantal nog deugdelijke houten barakken, afkomstig van het vluchtelingenoord te Nunspeet.⁷⁶

In de vergadering van 15 mei 1919 kwam de secretaris met het voorstel om terreinen te kopen of te huren in de gemeente Horn, waar het gemeentebestuur verschillende uitgestrekte percelen in eigendom bezat. De keuze van Horn als vestigingsplaats bleek achteraf zeer gelukkig te zijn. Het dorp ligt een paar kilometer ten westen van de Maas tegenover Roermond aan de grote verkeersweg naar Weert. Tussen rivier en dorp is het land laag en vlak, maar Horn zelf ligt op de rand van de hogere zandgronden, die zich in lichte glooiing naar het westen uitstrekken. In dit gebied van dennenbos en kreupelhout — de Hornerheide — werd het sanatorium gevestigd. Het dorp zelf, dat zijn ontstaan dankt aan het oude kasteel van de graven van Horne, was in de twintiger jaren een volledig agrarische gemeente met weinig

⁷⁵ Notulen vergadering Provinciale Commissie, 14 februari 1919, Archief Limburgse Groene Kruis.

Notulen vergadering Provinciale Staten van Limburg, 30 december 1919., p. 101.

⁷⁶ R. N. M. Eijkel, Herinneringen, a.w., p. 137.

historische reminiscenties. De stilte van het platteland en het natuurschoon van de omgeving waren uitermate gunstig om hier het provinciaal sanatorium te stichten. Ook voor de gemeente zelf, die meer dan dertig hectare aan bossen en heide in eigendom bezat, zou deze stichting een gunstige uitwerking hebben.

Burgemeester Derkx van Horn was aanvankelijk dan ook geneigd om de benodigde gronden gratis af te staan, vanwege de economische opleving, die zijn dorp door de bouw van het sanatorium zou beleven. Veel plaatselijke bouwvakarbeiders zouden hier immers werk vinden. Bij nader inzien konden de terreinen echter niet gratis worden afgestaan en besloot het Limburgse Groene Kruis tot de aankoop van 17 ha gemeentegrond. Ofschoon beide partijen niet ontevreden waren over de transactie, kwam er later toch kritiek, omdat men meende in Horn beter beschutte en beboste plekken te hebben kunnen vinden. De verantwoordelijkheid voor de keuze van het terrein kwam voor rekening van het Limburgse Groene Kruis, dat zelf dit terrein had uitgekozen en later ook door aanplanting verder verfraaid heeft.⁷⁷ Na aankoop van het terrein konden acht grote barakken uit Nunspeet naar Horn worden overgebracht, alsmede een postkantoor, een winkel, een wachtlokaal, twee keukens en verder de vrijkomende sanitaire voorzieningen. Bij aankomst in Horn bleek echter, dat het hout vol wandluizen zat. Het kostte heel wat hoofdbrekens om het ongedierte te verwijderen.⁷⁸ Architect Th. J. Geerts, die gelijktijdig de plannen voor de houten paviljoens van het sanatorium Berg en Bosch ontwierp, maakte ook het ontwerp voor het sanatorium te Horn. Hij gold als een deskundige voor zulke paviljoenbouw, omdat hij in de oorlogstijd veel ervaring met de bouw van barakken had opgedaan. De kosten van de bouw werden aanvankelijk geraamd op f 250.000,—. Dit bedrag schijnt volledig een slag in de lucht te zijn geweest, want later moest nog een suppletoire begroting worden ingediend van maar liefst f 550.000,—. Deze tegenvaller, die vooral te wijten was aan de enorme prijsstijgingen in de periode na de eerste wereldoorlog en aan de haast, waarmee men tewerk moest gaan, werd goedgepraat met de

⁷⁷ Gedenkboek bij de herdenking van het 25-jarig bestaan van het katholiek sanatorium „Horerheide”, Horn 1946, p. 15. De Nieuwe Koerier, 23 december 1937.

Gedenkboek van de Stichting „Het Limburgsche Groene Kruis-Sanatorium” te Horn, 1921, p. 10.

Kritiek werd uitgebracht in Provinciale Staten van Limburg, zitting van 30 december 1919, p. 102.

⁷⁸ R. N. M. Eijkel, Herinneringen, a.w., p. 137.

Gedenkboek Limburgsche Groene Kruis-Sanatorium Horn, 1921, a.w., p. 9.

redenering, dat de kosten van een sanatoriumbed op een veel lager bedrag uitkwamen dan bij ziekenhuisbouw, waar een bed een investering van *f* 10.000,— vereiste. Maar het totaal van de kosten voor een definitief gebouw, dat uiteraard verre de voorkeur had boven een barakkenkamp, zouden echter toch niet zoveel hoger zijn geweest. Als men vooraf deze kosten had kunnen vergelijken, had men zich misschien nog eens bedacht en van deze noodoplossing afgezien. In elk geval verkeerde men nu in de akelige situatie, dat de te verwachten subsidies van Rijk en Provincie zeker niet voldoende zouden zijn om de bouw te bekostigen.⁷⁹

Zulk een tegenslag had het hele project zonder twijfel tot mislukking gebracht, als het Rijk in de financiering geen uitkomst had geboden. Men kon namelijk op een gunstig moment profiteren van de Regeringspolitiek betreffende de volksgezondheid. De toename van het aantal tuberculose-patiënten tijdens de eerste wereldoorlog had een uitbreiding van het aantal sanatoriumbedden dringend noodzakelijk gemaakt. De Regering was bereid dit tekort op te heffen door meer steun te verlenen aan de oprichting van nieuwe sanatoria. Omdat men snel een oplossing wilde bieden — die echter van tijdelijke aard moest zijn, want men verwachtte weer een daling van de tuberculose — gaf de Regering de voorkeur aan houten gebouwen, die derhalve het karakter van een noodvoorziening droegen. De bouw van het eerste noodsanatorium werd toegewezen aan „Herwonnen Levenskracht”, de vereniging tot bestrijding van tuberculose van het R.K. Vakbureau. Dit sanatorium werd met Rijkssteun gebouwd op het landgoed Berg en Bosch te Apeldoorn. Het Ministerie van Sociale Zaken wees het Limburgse Groene Kruis als tweede organisatie aan, om met Rijksgarantie een noodsanatorium op te richten.⁸⁰

Tot deze beslissing heeft zeker veel bijgedragen het rapport van de Sociaal-Hygiënische Commissie voor Zuid-Limburg, die in duidelijke woorden de noodzaak had uiteengezet. Vooral echter het prettige informele contact met Mr. L. Lietaert Peerbolte, directeur-generaal afdeling Volksgezondheid van het Ministerie, bij wie de voorzitter van het Limburgse Groene Kruis meermalen zijn nood was gaan klagen, heeft de Limburgse plannen verder geholpen.⁸¹ De hoge suppletoire begroting werd alsnog door de Minister goedgekeurd.

⁷⁹ Idem, p. 9 en 29.

⁸⁰ R. N. M. Eijkel, Herinneringen, a.w., p. 137.

⁸¹ Openingsrede voorzitter. Archief Limburgse Groene Kruis.

Het Rijk stelde zich garant voor rente en aflossing van twee leningen, die moesten aanvullen, wat men naast de subsidies aan de kosten voor de bouw en inrichting tekort kwam. Bij de Verzekeringsbank De Maas te Maastricht werd een lening gesloten van f 250.000,— en bij de Rijkspostspaarbank van f 350.000.—. Toen deze leningen in 1920 waren verkregen, kon met de bouw worden begonnen. Het hoofdbestuur van het Limburgse Groene Kruis gaf in de jaarvergadering van 15 maart 1920 zijn fiat aan de plannen. Reeds voordat er verzoeken om Rijks- en Provinciaal subsidie in de bouwkosten waren aangevraagd, was men in alle haast al aan het werk. Het Rijk subsidieerde alsnog in de bouw voor een bedrag van f 200.000,—. Het Provinciaal Bestuur voteerde een bedrag van f 75.000,— onder de voorwaarde, dat onvermogen Limburgse patiënten voorrang zouden krijgen bij opname. In de zitting van Provinciale Staten viel een lichte ondertoon van wrevel te beluisteren, omdat het Groene Kruis niet eerder over de gerezen moeilijkheden overleg had gepleegd.⁸²

De uitwerking en voltooiing van de plannen namen nu nog meerdere maanden in beslag, al was men nog zo overhaast begonnen. Veel te vroeg, op 5 december 1919, had het hoofdbestuur al een geneesheer-directeur benoemd, Dr A. J. B. Oomen (1891-1970), tot dan toe assistent aan het R.K. Ziekenhuis St. Joannes de Deo in 's-Gravenhage. Op 1 februari 1920 trad hij in dienst, maar zijn taak bestond bijna anderhalf jaar lang in het adviseren over de bouw en de inrichting, waartoe hij verschillende sanatoria bezocht. Daarnaast maakten ook verschillen van inzicht deze periode voor hem minder bevredigend.⁸³ Om de verpleegkosten te beperken had de voorbereidingscommissie overwogen om een zustercongregatie met de verpleging te belasten, wat in die tijd de aangewezen weg was om op de exploitatie te bezuinigen. Dank zij de bemiddeling van de Roermondse bisschop Mgr L. Schrijnen konden de missiezusters uit Steijl, de Dienaressen van de H. Geest, overgehaald worden om zich met de verpleging, de leiding van de keuken en de verdere huishoudelijke werkzaamheden te belasten. Geheel van harte schijnt dit niet gegaan te zijn, wat later zou blijken.⁸⁵ Begonnen werd met acht zusters.

⁸² Gedenkboek „Hornerheide”, 1946, a.w., p. 19.

J. F. R. Philips, 50 jaar sociale gezondheidszorg in Limburg, a.w., p. 65.

Notulen Provinciale Staten van Limburg, 30 december 1919, p. 99-118.

⁸³ R. N. M. Eijkel, Herinneringen, a.w., p. 141.

Gedenkboek Limburgsche Groene Kruis-Sanatorium Horn, 1921, a.w., p. 10.

⁸⁴ Correspondentie van Mgr L. Schrijnen met het Hoofdbestuur van het Limburgse

Na de winter 1919-1920 werd de opzet verder voltooid en werd pas duidelijk, welk groot complex hier ontstaan was. De indeling van het terrein en de situering van de gebouwen had een logisch stramien. Een oprijlaan met nieuw aangelegde beplantingen gaf toegang tot het geheel, waar men het eerst aantrof de portierswoning met wachtkamer en de telefooncentrale, het zusterhuis, het dienstbodengebouw en de gebouwen die dienden als badhuis, magazijn en keuken. Doelmatig over het uitgestrekte terrein verspreid lagen de patiëntenpaviljoens. Men beschikte over twee mannen- en twee vrouwenpaviljoens. Elk gebouw was verdeeld in twee helften met elk een ziekenzaal voor 20 patiënten; in het midden bevonden zich dienstruimten (onderzoekkamer, keukens en dagverblijven voor lopende patiënten) en in de vleugels waren wasgelegenheden ondergebracht. In het hoofdgebouw waren ruimten ingericht voor de medische staf, voor klinische behandeling en voor de administratie. Op het terrein was verder een kapel gebouwd, centraal gelegen tussen de patiëntenpaviljoens. Verder beschikte men nog over enkele bergplaatsen, een garage en een gebouw voor de eigen watervoorziening. Afgezonderd van het complex aan de overzijde van de weg lag de (stenen) woning van de geneesheer-directeur. Tussen de gebouwen in was nog veel van het oude dennenbos behouden gebleven, waardoor het geheel de indruk maakte van een vriendelijk tuindorp. Toch was toen de parkaanleg nog maar in het beginstadium.⁸⁵

Op zaterdag 7 mei 1921 was eindelijk de dag aangebroken, dat het sanatorium officieel kon worden geopend. Verschillende hoge autoriteiten luisterden de feestelijkheid op, waaronder de Minister-President Jhr Ch. Ruys de Beerenbrouck – de oud-voorzitter van het Limburgse Groene Kruis –, Minister Aalberse, de bisschop van Roermond Mgr Schrijnen, de Commissaris der Koningin Mr Baron van Hövell tot Westerflier en vele anderen. Nadat de bisschop de gebouwen had ingezegend, hielden de genoemde autoriteiten allen hooggestemde toespraken, die getuigden van erkentelijkheid voor het feit, dat hier een belangrijk werk was tot stand gebracht.⁸⁶

Inderdaad kon hier gesproken worden van een belangrijke mijlpaal op de weg van de tuberculosebestrijding!

Groene Kruis. Archief Limburgse Groene Kruis.

Gedenkboek Limburgse Groene Kruis-Sanatorium Horn, 1921, a.w., p. 10.

⁸⁵ Gedenkboek Limburgse Groene Kruis-Sanatorium Horn, 1921, a.w., p. 12-29.

⁸⁶ De Limburger Koerier, 10 mei 1921.

EEN DREIGEND FIASCO (1921-1926)

Toen de feestgeluiden verstomd waren, stond het sanatorium voor de opgave te beantwoorden aan de hooggestemde verwachtingen, die in Limburg gewekt waren, en te trachten deze in de praktijk van het werk waar te maken. Eenmaal aan de uitvoering begonnen, bleek hoe zwaar deze taak was. Toen de zaken niet direct naar wens verliepen, stak een storm van kritiek op als begrijpelijke reactie om aan zijn teleurstelling lucht te geven. Van meet af aan waren in de provincie kritische geluiden vernomen uit verschillende kringen, die zich met de gang van zaken weinig gelukkig toonden. Zij hadden zich er over geërgerd, dat Limburg afgescheept was met een deplorabel barakkenkamp, dat voor veel geld in Horn opnieuw was opgebouwd. Zulk een noodoplossing vonden zij niet in overeenstemming met de acute noodsituatie in een provincie, die aan de kop lag wat betreft de tuberculose-sterfte. Bovendien spraken zij de vrees uit, dat het sanatorium in zijn exploitatie niet levensvatbaar zou zijn.⁸⁷

Bij de beraadslagingen over het Provinciaal subsidie hadden enkele leden van Provinciale Staten al gewaarschuwd voor een zorgelijke financiële toekomst, omdat de algemene kosten te zwaar zouden drukken op het beperkt aantal bedden (120). Het sanatorium, dat op uitdrukkelijke wens van Provinciale Staten vooral bedoeld was voor de laagst betaalde inkomensgroepen, verkeerde geenszins in de omstandigheid om aan deze patiënten reducties op de verpleegprijs te verstrekken, wilde men de hele exploitatie niet in gevaar brengen. De commissie van toezicht en advies, aan wie door het Limburgse Groene Kruis het bestuur van het sanatorium was gedelegeerd, stond hier voor

⁸⁷ Notulen Provinciale Staten van Limburg, 30 december 1919, p. 102, 107.

Men had in deze zitting voorgesteld het klooster Exacten te Baexem te kopen, maar Hoofdinspecteur Eijkel had dit ten stelligste afgeraden. De gedachte van houtbouw was vooral door het Rijk geïnspireerd (zie Notulen p. 103, 105 en 106).

een moeilijk probleem. Na vergelijking van de prijzen elders werd de verpleegprijs vastgesteld op *f* 5,— per dag voor de patiënten, die uitgezonden werden door de Raad van Arbeid en het A(lgemeen) M(ijnwerkers) F(onds) en op *f* 4,25 voor particuliere – doorgaans minder draagkrachtige – patiënten.⁸⁸

Op 29 juni 1921 werd de eerste patiënt, de heer J. Thissen opgenomen en men mocht vermoeden, dat hij de eerste zou zijn in een lange rij van velen. Maar in deze eerste jaren na de opening werd het geen stormloop en bleven vele bedden leeg staan. Aanvankelijk leek de bezetting nog redelijk, maar niettemin beneden de verwachting. De exploitatie werd daardoor al meteen geremd. Op 31 december 1921 waren 110 patiënten in verpleging. Toen in de commissievergadering van 17 februari 1922 de cijfers over het eerste half jaar sinds de opening op tafel kwamen, sloeg de commissie al de schrik in de benen. Onmiddellijk werd al over een dringende verlaging van de uitgaven gesproken, welk thema in verdere jaren aanhoudend bleef terugkeren.

De kern van de moeilijkheden was gelegen in de hoogte van de verpleegprijs, die op wens van de Provincie aanvaardbaar moest zijn ook voor minder draagkrachtige patiënten en op wens van het Rijk hoog genoeg om alle kosten te dekken, ook de rente en aflossingsverplichtingen, waarvoor het Rijk garant stond. De tarieven bleken in de aanvang niet slecht gekozen te zijn, want er was slechts een geringe onderbezetting. Het Rijk eiste echter, dat de verpleegprijs hoger werd gesteld, wat een averechts effect had. De vrees van het Bestuur voor een grotere onderbezetting werd bewaarheid. Noodgedwongen moest men de weg terug bewandelen, hetgeen volgt uit onderstaande tariefaanpassingen:

	verpleegprijs voor Raad van Arbeid en A.M.F. per dag	verpleegprijs voor particuliere patiënten per dag
juni 1921	<i>f</i> 5,00	<i>f</i> 4,25
februari 1922	<i>f</i> 6,00	<i>f</i> 3,75
maart 1923	<i>f</i> 5,50	<i>f</i> 3,75
maart 1924	<i>f</i> 5,25	<i>f</i> 3,00
april 1924	<i>f</i> 4,25	<i>f</i> 3,00
augustus 1925	<i>f</i> 4,10	<i>f</i> 3,00

⁸⁸ R. N. M. Eijkel, Herinneringen, a.w., p. 141.

Gedenkboek „Hornerheide”, 1946, p. 21.

Notulen Provinciale Staten van Limburg, 30 december 1919, p. 100 en 102.

Sedert 1922 kwamen steeds meer bedden leeg te staan en werd het verlies van jaar tot jaar groter. Het Rijk was zodoende verplicht enige tienduizenden guldens jaarlijks bij te passen, omdat het sanatorium niet toekwam aan de afbetaling van zijn schulden. De Raden van Arbeid, die voor het merendeel van de patiënten de kosten droegen, gaven de voorkeur aan goedkopere sanatoria. Ook na de eerste prijsaanpassingen was de derde klasse in Dekkerswald nog goedkoper.⁸⁹

De oorzaak van de ongunstige exploitatie lag in de eerste plaats aan de hoge bouwkosten. Juist in de duurste tijd was het sanatorium gebouwd, zodat in de recessiejaren de vaste lasten te hoog werden. Bovendien was het paviljoensysteem vanwege de daaruit voortvloeiende personeelsbezetting en de transportkosten onvoordelig en had een onderbezetting direct een onrendabel effect. Tenslotte waren tal van kostbare voorzieningen getroffen, die niet onmiddellijk konden worden terugverdiend.⁹⁰

Een andere oorzaak van het probleem school in de geringe medewerking van de gemeenten bij het uitzenden van patiënten. Het was niet ongewoon, dat patiënten hun gezinnen niet in de steek wilden laten, als hun familie onverzorgd achterbleef, zodat niet zelden ernstige zieken weigerden zich in een sanatorium te laten verplegen, zelfs als hun verpleegkosten betaald werden. Maar al te vaak liet de ondersteuning van deze gezinnen te wensen over. Meestal was het gemeentelijk armbestuur eveneens erg karig met het verlenen van een bijdrage in de verpleegkosten. Vond men de gemeente al bereid een bijdrage te geven, dan moest het overblijvende bedrag nog bij elkaar worden gebedeld bij particulieren, werkgevers, vakbonden, standsorganisaties, instellingen van liefdadigheid enz. Limburg bezat nu wel een fraai sanatorium, maar de verpleegkosten bleven een probleem, al had men ook de particuliere verpleegprijs lager gesteld. Om aan dit probleem tegemoet te komen en de gemeenten te stimuleren, gaf de Provincie vanaf 1922 een bijdrage per verpleegdag voor sanatoriumpatiënten. Aanvankelijk was hieraan geen norm gesteld. Met deze subsidie ging Horn patiënten werven om de open plaatsen op te vullen en werd soms de gehele verpleegprijs aan de Provincie in rekening gebracht. In één jaar tijds had men zodoende het subsidie van twee jaar opgesoupeerd. Vanaf 1924 was de bijdrage van de Provincie beperkt tot

⁸⁹ Gedenkboek „Hornerheide”, 1946, a.w., p. 25.

⁹⁰ Notulen Provinciale Staten van Limburg, 28 juli 1925, nr 52, p. 181.

een derde van de verpleegkosten (d.w.z. f 1,00 per verpleegdag). Maar ondanks deze steun van de Provincie, waarvan overigens ook andere Limburgse sanatoria en ziekenhuizen profiteerden, konden de problemen van Horn niet worden opgelost.⁹¹

De zorgen waren nooit zo groot, het aantal vergaderingen nooit zo veelvuldig als in deze jaren. Voortdurend heeft de beheerscommissie zich ingespannen om aan Horn meer bekendheid te geven. De Raden van Arbeid stuurden steeds minder patiënten, ondanks de verlaging van de verpleegprijs. Besprekingen in Den Haag met verschillende instanties leverden evenmin enig resultaat op. Zelfs een audiëntie bij de Minister had geen enkel effect. In de eerste helft van 1924 daalde de bezetting tot een laagtepunt van 33 patiënten. En dan te bedenken, dat in Limburg meer dan zesduizend patiënten met een goede verpleging zouden zijn gebaat...! Dit was nog veel ongunstiger dan de toch al weinig opbeurende situatie in Nederland, waar voor meer dan 30.000 patiënten slechts 6000 sanatoriumbedden beschikbaar waren. Men kon zich met recht afvragen, of de grote uitgaven voor de tuberculosebestrijding nog langer gerechtvaardigd waren.⁹² Herhaaldelijk kwam in deze moeilijke jaren ook intern de vraag aan de orde, of het wel verantwoord was de exploitatie voort te zetten. De gedachten gingen uit naar een overdracht of een verkoop aan anderen.⁹³ Er schijnt hiervan iets te zijn uitgelekt, want in Provinciale Staten werd door de Venlose burgemeester Van Rijn geïnformeerd, of het gerucht waar was, dat Horn te koop zou zijn.⁹⁴

Tot 1925 scheen de situatie als maar te verslechteren, hetgeen uit onderstaande cijfers blijkt:⁹⁵

Tabel 8. *Patiëntenbeweging sanatorium Horn, TLZT-TLZB*

Jaar	Aantal opgenomen patiënten	Aantal verpleegdagen	Gemiddelde bezetting in dagen	in procenten van het totaal aantal bedden	Gemiddelde verpleegduur in dagen
1921 v.a. 1 juli	96	8.367	45	75%	100
1922	202	33.501	92	54%	163
1923	157	29.295	80	47%	173
1924	169	24.763	68	40%	148
1925	146	23.529	64	38%	160
1926	231	37.727	103	61%	160

⁹¹ Notulen Provinciale Staten van Limburg, 19 december 1922, nr 114 en van 29 januari 1924, nr 3.

Het aantal patiënten was opzichzelf reeds zeer gering, maar bovendien was ook de verpleegduur van deze patiënten betrekkelijk kort, zodat de gemiddelde bezetting volstrekt onvoldoende was. Alleen lichte gevallen werden naar het sanatorium uitgezonden. Blijkbaar had men zich het advies van Minister Aalberse eigen gemaakt, die bij de opening van het sanatorium had verklaard: „Thans is het plaatsgebrek in de sanatoria voor een deel te wijten aan het verkeerd gebruik daarvan. Men neemt daarin namelijk op zware zieken, die er een jaar en langer verblijven, dikwijls zonder dat zij er baat bij vinden, en daarbij de plaats innemen van een veel groter aantal, dat nog in het beginstadium is en bij enkele maanden verpleging gezond en levenskrachtig in de wereld zou kunnen terugkeren”.⁹⁶ Dit verwijt trof Horn in elk geval niet; eerder het tegendeel was het geval.

Op de selectienormen van de consultatiebureaux had het sanatorium geen enkele invloed. Verder ging het belangrijkste recruteringsgebied, de stad Maastricht, verloren voor het sanatorium Horn, omdat door persoonlijke controverses met Dr Indemans slechts enkele patiënten van het consultatiebureau Maastricht naar Horn werden verwezen.⁹⁷ Toen Dr L. A. M. J. Schaepkens van Riepst de leiding van het bureau overnam, werd Maastricht de grote leverancier van het sanatorium. Naar verhouding kwamen later meer patiënten uit de steden dan van het platteland. Ongeveer een kwart was afkomstig uit Noord-Brabant. Het sanatorium Horn droeg duidelijk het karakter van volks-sanatorium.

Doordat het sanatorium weinig ernstige patiënten kreeg toegewezen, waren de eerste resultaten enigszins geflatteerd. Dat voornamelijk lichte gevallen werden uitgezonden, blijkt uit het feit, dat niet meer dan een kwart van de patiënten positief sputum had. Bij deze patiënten had de sanatoriumverpleging in 97% resultaat. Over het geheel was de uitslag in 90,6% van de gevallen bevredigend, zo werd in 1925 medegedeeld.⁹⁸ Alleen werd vaker de vrees uitgesproken, dat de genezen patiënten weer spoedig zouden terugvallen, als ze in dezelfde

⁹² Notulen Provinciale Staten van Limburg, 28 juli 1925, nr 52, p. 105 en 107. Gedenkboek „Hornerheide”, 1946, a.w., p. 24-26.

⁹³ Gedenkboek „Hornerheide”, 1946, a.w., p. 26.

⁹⁴ Notulen Provinciale Staten van Limburg, 19 december 1922, p. 21.

⁹⁵ Gedenkboek „Hornerheide”, 1946, a.w., p. 24-25.

⁹⁶ De Limburger Koerier, 10 mei 1921.

⁹⁷ Notulen Provinciale Staten van Limburg, 29 januari 1924, p. 171 en 172.

⁹⁸ Notulen Provinciale Staten van Limburg, 28 juli 1925, nr. 52, p. 107.

omstandigheden zouden komen te verkeren. Er werd na hun ontslag soms wel iets aan nazorg gedaan door het verstrekken van versterkende middelen, door het zoeken naar geschikt werk enz., maar op dit terrein stond men nog helemaal aan het begin.

In al deze jaren bleef het sanatorium een echt zorgkind. Tevergeefs probeerde men de uitzending naar Horn te stimuleren. Talloos waren de besprekingen met instanties, die betrokken waren bij de doorverwijzing. Voortdurend trachtte men Horn meer bekendheid te geven, waaraan we thans nog twee interessante brochures te danken hebben. Al deze pogingen bleven echter vruchteloos. Op allerlei manieren werd bezuiningd om de tekorten nog gedeeltelijk op te vangen. Personeelskosten werden besnoeid door ontslag of salarisverlaging. Er werd zelfs gedacht om geheel af te zien van medische assistentie.⁹⁹

De bestuurscommissie stond voor bijna onoplosbare problemen. De voorzitter van de commissie van toezicht, de bekwame Dr V. Dubois uit Venlo, die namens Provinciale Staten was afgevaardigd en in de Limburgse Staten het sanatorium tegen de opkomende critiek steeds opnieuw in bescherming had genomen, werd er bijna wanhopig onder. De commissie bestond ook verder uit zeer competente personen (notaris H. J. Hanekamp, Jos Maenen, Ir. F. B. J. Moubis, mevrouw M. Haffmans-Wibaut en Jac. Oor), maar het ongelukkige van de situatie was, dat de meesten pas waren ingeschakeld, toen de bouw al voltooid was en de exploitatie-opzet in grote lijnen vast stond. Toen viel het niet meer mee om een keerpunt te vinden.¹⁰⁰

Het drama groeide langzamerhand naar een hoogtepunt, toen de hoofdrolspelers voor en na van het toneel begonnen te verdwijnen. In 1926 nam A. B. J. Oomen ontslag als directeur, omdat hij naar een andere werkkring wenste over te gaan, waar hij ongetwijfeld verwachtte minder teleurstellingen te zullen ontmoeten. Een tegenslag was verder, dat de congregatie, die de verpleging op zich had genomen, meende zich uit het sanatorium te moeten terugtrekken. Al langer had gedreigd, dat de „blauwe zusters” van Steijl zouden vertrekken. Op verzoek van de bisschop bleven zij nog tot juli 1926 om de nieuwe zusters in te werken. Gelukkig werd de congregatie

⁹⁹ R. N. M. Eijkel, Herinneringen, a.w., p. 141.

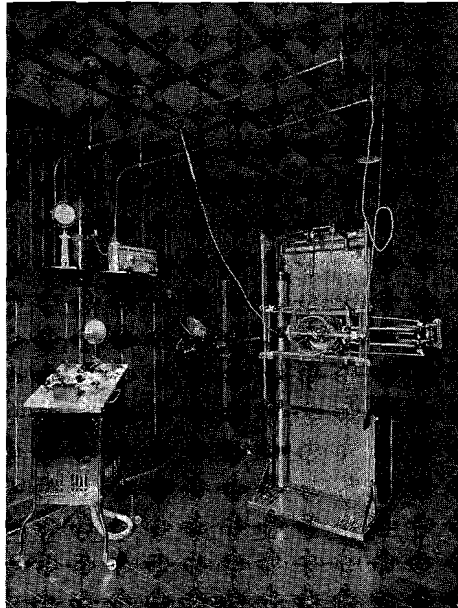
Brief van de secretaris aan het Hoofdbestuur van het Limburgse Groene Kruis d.d. 20 mei 1925. Archief Limburgse Groene Kruis.

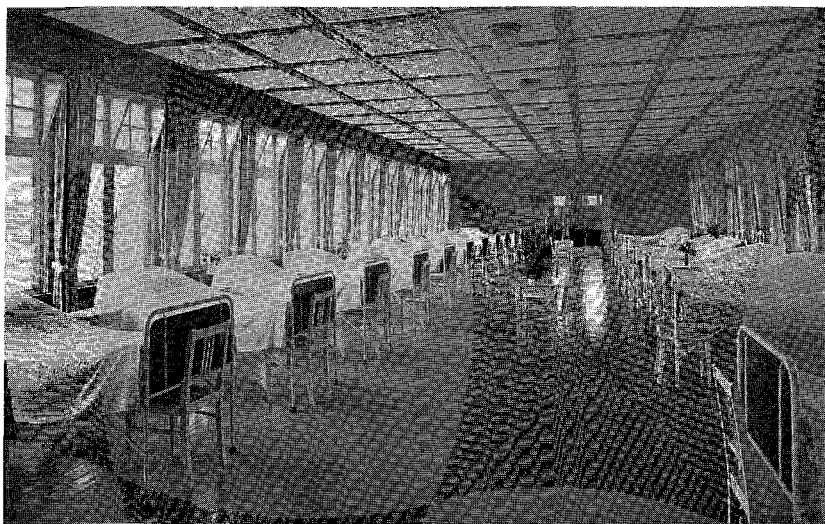
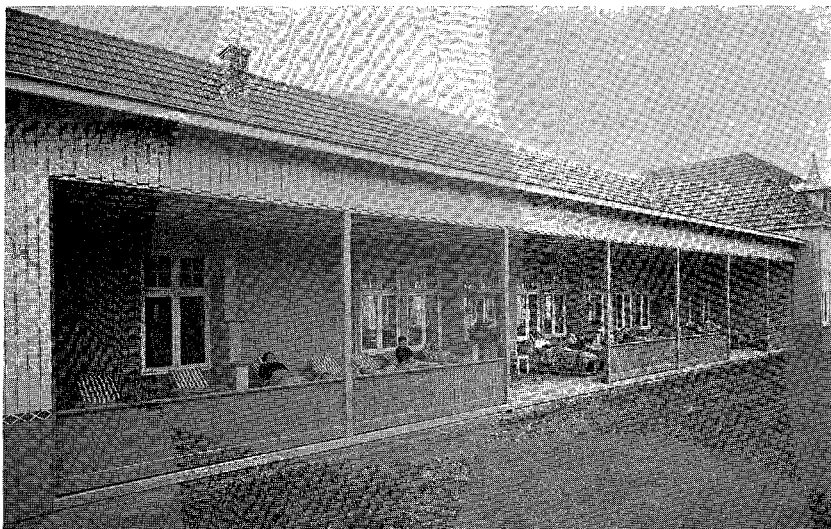
¹⁰⁰ Gedenkboek „Hornerheide”, 1946, a.w., p. 26-28.



Aanvankelijk was het sanatorium voor het vervoer van patiënten en goederen in het bezit van een T-Ford met chauffeur en van een vrachtwagen, maar de noodzakelijke bezuinigingen dwongen al spoedig van deze luxe af te zien. (M. Koch).

De open röntgenkamer. Het oude primitieve röntgentoestel op deze foto werd in 1932 vervangen door een voor die tijd zeer modern Philips-Rotallix-apparaat, dat nog steeds dienst doet. Vlak voor de tweede wereldoorlog werd ook een tomograaf geïnstalleerd. (M. Koch).





De kuurhal en de patiëntenzaal, die achter deze hal was gelegen, geven een indruk van de sanatoriumverpleging in de twintiger jaren. Zij vormen een duidelijk voorbeeld van het ziekenhuissysteem in de vrije natuur. (M. Koch).

van de Kleine Zusters van St. Joseph uit Heerlen bereid gevonden de taak in Horn over te nemen.¹⁰¹ De eerste zusters, die de verpleging op zich namen, waren daartoe in het ziekenhuis te Heerlen opgeleid. De overgang naar Horn was wel zeer groot. „Het leek wel, of we hier in een missiestatie terecht waren gekomen”, bekent een der zusters achteraf. Maar groot was hun inzet en pioniersgeest om in hun nieuwe taak te slagen.¹⁰²

De voorzitter van de beheerscommissie Dr Victor Dubois kwam in 1926 vlak na zijn benoeming tot lid van Gedeputeerde Staten plotseling te overlijden. De vice-voorzitter Dr L. van de Meerendonk uit Horst werd zijn opvolger. De overgang naar een hoopvoller situatie begon zich toen net af te tekenen. Een studiegroep uit het bestuur had een reorganisatie-voorstel uitgewerkt, dat neerkwam op een ingrijpende concentratie binnen enkele gebouwen. Nog twee paviljoens en het hoofdgebouw zouden blijven functioneren, terwijl de overige gebouwen voor andere doeleinden zouden gaan dienen (voor de nazorg van tuberculosepatiënten of als algemeen verpleeghuis voor de omgeving). De inkrimping van de totale opzet bleek een juiste maatregel te zijn, waardoor financieel weer een evenwicht kon worden bereikt. Dr Dubois heeft echter dit keerpunt niet meer meegemaakt. Weldra bleek, dat de concentratie niet zover behoefde doorgevoerd te worden als was voorzien. Na verloop van tijd loste het vraagstuk zich vanzelf op: eindelijk werd de toeloop van het aantal patiënten zo groot, dat de beschikbare ruimte volledig kon worden benut.¹⁰³

¹⁰¹ R. N. M. Eijkel, *Herinneringen*, a.w., p. 141-142.

Gedenkboek „Hornerheide”, 1946, a.w., p. 27.

¹⁰² Persoonlijke herinneringen van Zr. Valesia, die nog steeds in Hornerheide actief is.

¹⁰³ *Gedenkboek „Hornerheide”*, 1946, a.w., p. 26-28.

OP VASTE BODEM (1927-1940)

Na zes zeer moeilijke aanloopjaren was in 1927 een keer ten goede bereikt, waardoor het sanatorium Horn tenslotte ging beantwoorden aan de behoeften en de instelling kon tonen, dat de gebrachte offers niet tevergeefs waren geweest. Tot die ommekeer hebben niet alleen interne factoren bijgedragen, maar op de achtergrond eveneens een aantal sociale veranderingen, die een betere toestand van de volksgezondheid in de hand werkten. Men kon niet langer genoegen nemen met de vele tekorten in de gezondheidstoestand, die men vóór de eerste wereldoorlog nog had aanvaard. De angstwekkende omvang van de tuberculose en de kindersterfte moest met spoed worden teruggedrongen. Het toegenomen aantal medici en verpleeginrichtingen, het doordringen van betere hygiënische inzichten, de sociale en medische voorzieningen van de zijde van de overheid en van het particulier initiatief, de invloed van een betere volkshuisvesting en van de gestegen koopkracht en de vooruitgang van de infra-structuur hadden de mogelijkheden daartoe verruimd.¹⁰⁴ Van deze kansen heeft ook het sanatorium Horn in samenspel met de andere organisaties op het gebied van de tuberculosebestrijding profijt getrokken. Er gingen echter nog enige jaren voorbij, waarin de moeilijkheden zich bleven opstapelen, al was de situatie niet meer zo uitzichtloos als vroeger. Het voornaamste knelpunt vormden de wisselingen in de medische leiding. In 1926 was als directeur in dienst getreden Dr. A. J. Henneman, voorheen eerste assistent in het sanatorium Dekkerswald. Hij leek vanwege zijn kennis en ervaring de aangewezen man om de leiding over te nemen, maar na anderhalf jaar nam hij ontslag om als geneesheer-directeur in Dekkerswald terug te keren. Twee assistenten waren op dat ogenblik aanwezig, nl. J. Brüning als vaste inwonend assistent en R. H. H. Janssen uit Roermond, die gedurende

¹⁰⁴ J. F. R. Philips, 50 jaar sociale gezondheidszorg in Limburg, a.w., p. 73-75.

drie middagen assisteerde. Deze laatste werd op 15 augustus 1927 tot directeur in Horn benoemd. Hij bleef echter eveneens nog geen twee jaar in functie, omdat hij in 1929 de leiding kreeg van het nieuw te bouwen St. Laurentius Ziekenhuis in Roermond. Binnen tien jaar moest nu al de vierde geneesheer-directeur benoemd worden. Op 1 juli 1929 werd als zodanig aangesteld IJ. N. Oosterbaan, voordien assistent in Dekkerswal en sedert een half jaar geneeskundig leider van het districtsconsultatiebureau, dat in Noord-Limburg in oprichting was. Deze nieuwe geneesheer-directeur bracht eindelijk de gewenste continuïteit in de leiding.¹⁰⁵

Een onvoorziene tegenslag trof het sanatorium, toen op zondagmorgen 6 maart 1927 brand ontstond in het vrouwenpaviljoen C. De patiënten wisten zich tijdig in veiligheid te stellen, maar in een minimum van tijd ging het houten bouwwerk in vlammen op. Deze brand dreigde een ogenblik de moeizame opleving weer in één slag te vernietigen. Voor het voortbestaan van het sanatorium is deze gebeurtenis van beslissende betekenis geworden. De vraag deed zich nu voor, of men nog wel tot herbouw zou overgaan, en of men in dat geval weer een houten barak zou optrekken – in overeenstemming met het noodkarakter van het sanatorium – of in steen zou bouwen. Zou het Rijk vergunning willen verlenen voor een definitief gebouw? Zulks zou in feite een erkenning betekenen van Horn als permanent sanatorium, want de houten barakken waren immers slechts bedoeld voor hoogstens 25 jaar. In verband met de teleurstellende resultaten was het problematisch, of het Rijk het noodsanatorium Horn wilde continueren. Men kan zich de vreugde voorstellen, toen de Minister toestemming gaf voor herbouw in de vorm van een stenen paviljoen en daarmee zijn vertrouwen in de levensvatbaarheid van Horn tot uiting bracht. Het was wederom directeur-generaal Mr. L. Lietaert Peerbolte, die een beslissende invloed had op deze beslissing. Hij verrichtte ook op 29 februari 1928 de officiële opening van het nieuwe paviljoen en sprak daarbij van „een tegendraadse dag”, waarmee hij bedoelde, dat het verlies van het oorspronkelijke paviljoen meer dan gecompenseerd was door de omzetting van een noodsanatorium in een instelling met een blijvende bestemming.¹⁰⁶

Na deze „tegendraadse dag” gingen de gedachten uit naar een gelei-

¹⁰⁵ Gedenkboek „Homerheide”, 1946, a.w., p. 33.

¹⁰⁶ Gedenkboek „Homerheide”, 1946, a.w., p. 28-29.

Het R.K. Limburgsche Groene Kruis-Sanatorium te Horn, z.p., (1928), p. 1-3.

delijke ombouw in steen van het gehele gebouwencomplex. Een directe noodzaak was dit niet, omdat de houten gebouwen, mits door degelijk schilderwerk voldoende geconserveerd, (de paviljoens waren in 1926 in felle kleuren geschilderd) een veel langere levensduur hadden dan men aanvankelijk had aangenomen. Maar het brandgevaar en de gewijzigde opvattingen omtrent indeling en inrichting maakten het aantrekkelijk tot een volledige herbouw en andere situering over te gaan. Een bouwplan werd opgesteld, dat uitging van een paviljoensysteem in laagbouw, maar van een andere indeling en ligging. Het hoofdgebouw werd meer centraal geprojecteerd, door overdekte open gangen verbonden met de patiëntenafdelingen. Een tweede complex zou worden gevormd door kapel, zustershuis en dienstencentra. Met dit herbouwplan kon het bestuur zich verenigen, al werd nog geen schema voor de uitvoering vastgesteld.¹⁰⁷ Van dit ontwerpplan werd voorlopig alleen uitgevoerd de bouw van een vrouwenpaviljoen. Dit diende ter vervanging van een houten gebouw, dat echter in verband met de grote bezetting toch nog in gebruik bleef. De aanbesteding van een nieuw mannenpaviljoen moest in 1939 wegens de tijdsomstandigheden worden uitgesteld.¹⁰⁸ Deze plannen wezen duidelijk op de groei van het sanatorium, dat eindelijk een behoorlijke bezetting had. De tijd was voorbij, dat de zusters elkaar plaagden met het verzonnen bericht, dat er een patiënt op komst was. Het is een keer gebeurd, aldus het verhaal van Zuster Valesia, dat een van de zusters als patiënt vermomd op de afdeling werd binnengebracht. De andere zusters waren blij, dat er weer nuttig werk viel te doen, maar het grapje gaf bij ontdekking niet alleen tot hilariteit, maar ook tot teleurstelling aanleiding. Dit tekent de sfeer in de twintiger jaren. Er was nu echter geen tijd voor dergelijke grapjes; over tekort aan werk behoefden de zusters zich heus niet te beklagen. Eind 1930 was het sanatorium voor het eerst geheel bezet, welk memorabel feit niet ongemerkt voorbij ging. Sinds die jaren verliep de bezetting als volgt:¹⁰⁹

¹⁰⁷ Gedenkboek „Hornerheide”, 1946, a.w., p. 39.

Men had bewust afgezien van een totale nieuwbouw en een verhuizing naar elders, zoals het sanatorium Berg en Bosch, dat in 1934 een nieuw gebouw in Bilthoven betrok.

¹⁰⁸ Jaarverslag over 1939 van het katholiek sanatorium „Hornerheide” te Horn (L).

¹⁰⁹ Jaarverslagen van het katholiek sanatorium „Hornerheide” over de jaren 1931 t/m 1939.

Tabel 9. *Patiëntenbeweging sanatorium Horn, 1931-1939*

Jaar	Aantal opgenomen patiënten	Gemiddelde bezetting	Aantal verpleegdagen
1931	272	175	63.701
1932	262	189	69.203
1933	264	197	72.085
1934	250	210	76.785
1935	174	191	69.669
1936	185	190	69.650
1937	260	240	87.657
1938	217	263	96.190
1939	245	280	102.484

De gunstige bezettingsgraad van het uitgebreide sanatorium was in hoofdzaak te danken aan de lage verpleegprijs. Tuberculose-patiënten, die op een sanatoriumbehandeling waren aangewezen, waren er nu meer dan voldoende. Het verschil met vroeger was, dat men er nu beter in slaagde om deze dure verpleging voor meer patiënten mogelijk te maken. De kostbare les uit de beginperiode had men terdege begrepen: in geen geval mocht de verpleegprijs een belemmering meer vormen om in Horn te gaan kuren. Aan de lage verpleegprijs, die in 1925 was vastgesteld, werd niet meer getornd. In verband met de algemene daling van het prijsniveau werden in 1935 en 1936 de verpleegprijzen nog eens met 12 à 15% verminderd. Het overgrote deel van de patiënten betaalde toen *f* 2,65 per dag, d.w.z. de verpleegprijs voor partikuliere patiënten. Naar verhouding werden nog maar weinig patiënten op kosten van de Raad van Arbeid verpleegd.¹¹⁰ Toch mag men uit het voorgaande niet concluderen, dat de sanatoriumverpleging nu op geen enkele financiële moeilijkheid meer stuitte. Nog steeds was het sanatorium voor een aantal zieken een onbereikbaar ideaal. Voor de opgenomen patiënten moesten de verpleegkosten vaak nog moeizaam bij elkaar gebedeld worden. Het Ondersteuningsfonds van de R.K. Stichting Gezond Limburg¹¹¹ verleende aan een gedeelte van de patiënten in Horn een bijdrage in de verpleegprijs. Toch kwam het nog meermalen voor, dat een sanatoriumkuur noodgedwongen vanwege geldgebrek werd afgebroken. Hier wreekte zich het feit, dat Limburg tot de armste provincies behoorde en toen

¹¹⁰ Gedenkboek „Hornerheide”, 1946, a.w., p. 41.

¹¹¹ Jaarverslagen van de R.K. Stichting Gezond Limburg zijn gepubliceerd in de *Analecta* van het Bisdom Roermond.

het laagste gemiddelde inkomen en vermogen van Nederland had.¹¹² Uit de cijfers van voorgaande tabel is behalve de stijgende bezetting als ander opmerkelijk verschijnsel te constateren de toename van de gemiddelde verpleegduur. Deze was gestegen van 218 dagen in 1928 tot 458 dagen in 1939. Dit hing samen met een wijziging in de aard van de patiënten, omdat nu het aantal zware patiënten de overhand kreeg. Er werden steeds meer gevallen van open tuberculose in het sanatorium opgenomen. In 1938 bestond de helft van de patiënten uit middelzware en 20% uit zware gevallen.

In deze jaren had het vruchtbaar werk van de consultatiebureaux en van de wijkzusters een direkt effect, nu veel meer ernstige patiënten konden worden opgespoord. Steeds meer bezoekers werden op de veertien Limburgse consultatiebureaux ingeschreven (men kon daar namelijk ook zonder doktersattest terecht); van de bezoekers bleek 10 à 20% te lijden aan tuberculose. Voor het eerst kreeg men een inzicht in de werkelijke omvang van het ziektecijfer. Ook verschoof geleidelijk de selectienorm voor uitzending naar sanatoria, want de neiging won veld om alleen de lichte gevallen thuis te laten kuren.¹¹³ Toen eenmaal gespecialiseerde tuberculose-artsen de consultatiebureaux gingen bemannen, lag het voor de hand, dat zij aan de sanatoria een groter aandeel in de verpleging toekenden. In 1933 werden voor het eerst in Limburg meer patiënten in een sanatorium dan in een ziekenhuis verpleegd. Horn kreeg steeds meer ernstige patiënten toegeschoven: in het begin van de dertiger jaren had $\pm 55\%$ van de patiënten open tuberculose, maar daarna steeg dit percentage tot $\pm 77\%$. Dit hield in, dat de gemiddelde verpleegduur sterk begon te stijgen (ongeveer 16 maanden in 1939).

Het evenwicht dreigde naar een andere kant te worden verstoord. In het jaarverslag over 1939 beklagde zich de sanatoriumleiding, dat de selectie van de uit te zenden patiënten strenger moest worden gehanteerd, want er kwamen nu steeds meer patiënten, van wie men vooraf moest zeggen, dat hun kansen op herstel gering waren.¹¹⁴

ONTWIKKELING VAN DE THERAPIE

De verschuiving in de aard van de ziektegevallen veroorzaakte een radicale verandering in de opzet van het sanatorium. Er bleven maar

¹¹² Maandschrift Centraal Bureau voor de Statistiek, december 1940 en februari 1941.

¹¹³ J. F. R. Philips, 50 jaar sociale gezondheidszorg in Limburg, a.w., p. 104-116.

¹¹⁴ Jaarverslag over 1939 van het katholiek sanatorium „Hornerheide”.

betrekkelijk weinig stoelpatiënten over. Van de gemeenschappelijke eetzaal werd ook veel minder gebruik gemaakt. Daarom kreeg elke zieke voortaan zijn eten in zijn eigen paviljoen, waar het dagverblijf werd ingericht als eetzaal voor de resterende stoelpatiënten. De stoelenhallen werden overbodig en kwamen in gebruik voor bedverpleging in de open lucht, wat een aanzienlijke capaciteitsuitbreiding betekende. Daardoor werd het mogelijk de grote ziekenzalen van twintig bedden door tussenschotten te verdelen in kleinere ruimten, waar patiënten van gelijke aard en leeftijd bij elkaar werden gebracht. Elk paviljoen kon nu uitgebreid worden van 40 tot 72 bedden. Voor de stoelpatiënten werd een kleine hal aangebouwd. Verder werden in 1933 twee lighallen gebouwd naast het meisjespaviljoen. De nieuwe opzet in de verpleging werd eerst volledig gerealiseerd met de bouw van een nieuw vrouwenpaviljoen, toen men bijna geheel afstapte van het systeem van zaalbedden en op een permanente open lucht-verpleging overging. Op 16 december 1938 werd dit gebouw, dat de naam Lidwinapaviljoen kreeg, in gebruik genomen. Het bood plaats aan 62 patiënten, die met hun bed-hallen zoveel mogelijk een plaats kregen aan de open zuidkant.

Door al deze maatregelen was het mogelijk om het steeds toenemend aantal patiënten als het ware geruisloos op te vangen zonder dat men een wachtlijst behoefde aan te leggen, zoals dat in sommige sanatoria noodzakelijk was. Deze interne transformatie kon gemakkelijk en in eigen beheer worden doorgevoerd, omdat de houtbouw van de paviljoens het onmiskenbare voordeel bood van een flexibele, goedkope en gemakkelijke aanpassing.¹¹⁵

Hoofdzaak in de behandeling bleef gedurende deze jaren de openlucht-rustkuur, soms gecombineerd met collapstherapie; de enkelzijdige en dubbelzijdige pneumothorax, de kunstmatige middenrifverlamming en de totale en later ook de gedeeltelijke thoracoplastiek. Middenrifverlamming en plastiek werden in het ziekenhuis te Roermond verricht door de Hongaarse chirurg Dr Rudolf Finaly (1892-1939). Deze veel te vroeg gestorven immigrant was een der eerste artsen, die zag, welke mogelijkheden de chirurgische behandeling van longtuberculose kon bieden. Dkt H. Marres had sinds 1928 de zorg voor de talrijke tuberculeuse keelaandoeningen en andere soortgelijke afwijkingen. Zeven inwonende assistenten praktiseerden in deze jaren in het sanatorium. De röntgendiagnostiek werd belangrijk verbeterd,

¹¹⁵ Gedenkboek „Hornerheide”, a.w., p. 34-35.

toen in 1932 een nieuw modern röntgentoestel werd aangeschaft. Tegen het einde van een kuur werd in veel gevallen een methode van arbeidstherapie toegepast. Voor mannen kwamen dan werkzaamheden in aanmerking in de tuinbouw of handenarbeid in de vorm van timmeren, schilderen enz. Men had reeds vroeger een bevoeiingsveld voor het kweken van tuinbouwprodukten aangelegd, maar in 1931 werd dit terrein met bomen beplant, omdat het weinig meer opleverde. De arbeidstherapie voor vrouwen bestond uit weef- en raffiawerk en uit huishoudelijke bezigheden.¹¹⁶

RESULTATEN

Wil men enige konkrete aanduidingen als criteria hanteren om iets van de resultaten te meten van de sanatoriumverpleging in deze periode, dan kan dit alleen gebeuren, als men het herstel afmeet naar de ernst van het ziektegeval bij opname. Het zegt b.v. weinig, dat ruim driekwart van de ontslagen patiënten in de voorafgaande zes maanden geen positief sputum had. Dit gemiddelde is te globaal en versluiert de gunstige resultaten, die in meer ernstige gevallen werden bereikt. Bovendien wordt door de aanwezigheid van zeer zware zieken – overigens een landelijk verschijnsel – het gemiddelde gedrukt. Daarom geeft onderstaande tabel een genuanceerder beeld:

Tabel 10. Resultaten sanatorium-verpleging Horn, 1931-1939

Aard van de ziektegevallen	Aandeel op het totaal	waarvan:		
		praktisch hersteld	verbeterd	niet verbeterd
lichte gevallen	23%	95%	3%	2%
meer ernstige gevallen	45%	76%	15%	9%
zware gevallen	14%	28%	34%	38%
verpleegpatiënten	16%	—	—	—

Uit een vergelijking met de Nederlandse sanatoria in het algemeen blijkt, dat de resultaten van Horn gunstig afsteken, waar namelijk 73% van de patiënten als praktisch hersteld het sanatorium verliet

¹¹⁶ Gegevens hieromtrent zijn steeds uitvoerig vermeld in de jaarverslagen; een samenvatting geeft Gedenkboek „Hornherheide”, a.w. p. 37.

tegen 66% gemiddeld van alle ontslagen sanatoriumpatiënten. Waarschijnlijk hangt dit ook samen met het gemiddelde aandeel van elke groep; in Horn verbleven iets minder patiënten van meer ernstige aard, maar hoger dan het gemiddelde lag de groep van de zware patiënten.¹¹⁷ Tot de verpleegpatiënten behoorden die zieken, waarvan geen kans op genezing bestond, maar die waren opgenomen om hen als infectiebron te isoleren.

Ondanks deze benaderingen blijft het moeilijk om het herstelproces cijfermatig weer te geven. Vaak is een verbetering niet als definitief vast te stellen en soms ook onttrekt zich dit aan de waarneming, zeker als men de patiënten na hun ontslag niet meer kan volgen. In de voorzichtigheid van de beoordeling kan daarom toch nog altijd een marge van verschil bestaan. Omtrent de cijfers, die het sanatorium Horn in zijn jaarverslag verstrekte, bestaat de indruk dat zij geen geflatteerd beeld geven van de werkelijkheid. Eerder is het tegendeel het geval, wat veel meer in overeenstemming was met de voorzichtige aard van zijn geneesheer-direkteur.

DOKTER OOSTERBAAN

De geschiedenis van het sanatorium Horn kan niet geschreven worden zonder uitvoerig in te gaan op de persoon van de geneesheer-direkteur IJ. Oosterbaan, die bijna 34 jaar lang een sterk persoonlijk stempel op alle facetten van het werk heeft gedrukt en zich geheel met het sanatorium heeft vereenzelvigd. De geschetste ommekeer was immers geen ontwikkeling van buitenaf, maar is zonder de inspiratie van zijn persoon niet te begrijpen. Sinds zijn aanstelling was hij de spil van de instelling, de personificatie van het Limburgs sanatorium, de stimulator en onvermoeibare doorzetter, die Horn zijn reputatie gaf en in de medische wereld een klinkende naam bezorgde.

IJsbrand Nicolaas Oosterbaan werd geboren op 17 november 1896 in Bolsward. Zijn middelbare studie doorliep hij te Rolduc, waar deze Fries voor het eerst kennis maakte met het Limburgse land, waar hij zoveel jaren van zijn leven zou slijten. Aanvankelijk studeerde hij bouwkunde, maar na korte tijd ging hij medicijnen studeren aan de Amsterdamse Universiteit, waar hij in 1924 zijn artsexamen deed. Hij specialiseerde zich daarna als tuberculosearts en was van 1926

¹¹⁷ Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid, 1931-1939.

t/m 1928 assistent van Jongmans en Dr Henneman in Dekkerswald. In 1929 werd hij tot geneesheer-direkteur van Horn benoemd, waar hij met vaste hand het roer overnam. De enorme taak, waarvoor het sanatorium zich toen geplaatst zag, eiste hier van hem de inzet van heel zijn persoon, van zijn veelzijdige aanleg, van de onvermoeibare werklust en het scherpe intellect, die Oosterbaan eigen waren. Al heel spoedig bleek zijn zin voor ordelijkheid en stiptheid en de weldadige rust, die van zijn persoon en optreden uitging. Het bestuur kon met een gerust hart op zijn kompas koers zetten en zich voortaan bepalen tot het doorspreken van de hoofdpunten van het beleid. De nieuwe direkteur was er de man ook niet naar om de leiding aan anderen over te laten. Zijn onafhankelijke instelling was kenmerkend voor zijn optreden, gewoon als hij was zelf beslissingen te nemen en daarvoor verantwoordelijkheid te dragen.

Het vertrouwen van zijn patiënten wist hij al gauw en zonder veel uiterlijk vertoon te winnen, omdat zij wel bemerkten, dat achter het uiterlijk van deze wat ernstige en gesloten Fries zich een oprecht meelevende verborg, en dat hij zich geheel inzette om het zijne bij te dragen tot het herstelproces. Hij was een goed psycholoog en leerde zijn zieken hun situatie hoopvol te aanvaarden. Hij leek streng, vooral als hij systematisch de wekelijkse ronde deed, maar niet vaak schoot hij in takt tekort om zijn patiënten over teleurstellingen heen te helpen. Als arts was hij zeer conscientieus en bedachtzaam. De nieuwste ontwikkelingen op zijn vakgebied bestudeerde hij nauwlettend zonder echter te grote verwachtingen te koesteren omtrent nieuwe vindingen, maar daarentegen voorzichtig een middenweg kiezend tussen traditie en experiment. Horn had de naam, dat de observatie er wat langer was en men niet zo vlug tot behandeling en tot een operatieve ingreep overging als in andere sanatoria. Dit strookte geheel met de opvatting van Oosterbaan, die zijn patiënten liever onnodige risico's bespaarde. Voor hem bestonden er geen ziekten, maar alleen zieken. Vele uren van de dag besteedde hij aan de bestudering van het ziekteverloop van elk van zijn patiënten. Overigens was hij geen eenzellig vakspecialist. Zijn gastvrije villa stond open voor de vele vrienden, die hij er graag onthaalde.

Een bijzondere eigenschap, waarvan Horn dankbaar geprofiteerd heeft, was zijn aangeboren organisatietalent. Hij verstond de kunst om een goed team van medewerkers rond zich te verzamelen en wist de verschillende diensten en afdelingen uitstekend op elkaar af te stemmen. Door zijn consequente leiding ontstond een vaste orde en

regelmaat in het organisatorisch apparaat. Hij was ook de man met de technische knobbel, die geen hekel had aan praktische details. De uiterlijke vormgeving en de inrichting van het sanatorium waren onderwerpen, waarmee de direkteur zich graag zelf bezig hield. Veel heeft hij ontworpen en laten uitvoeren, alles goed doordacht, doelmatig en esthetisch verantwoord. Dit blijkt ook uit de aanleg en het zorgvuldig onderhoud van de diverse plantsoenen rond de paviljoens en de dienstvertrekken. Op advies van een tuinarchitekt en uitgevoerd door de eigen tuindienst werd loof- en naaldhout aangeplant, wat een schaduwwijk aanzien gaf. Nadat men vergeefs geprobeerd had om rond de paviljoens een gazon aan te leggen, werden de leeggekapte ruimten nu naar het idee van de direkteur met bomen en struiken beplant. Mooie wandelpaden, omzoomd met bloemen en sierheesters, doorkruisen nog steeds deze oase van rust en orde.

DE PATIËNT: EEN MENS IN NOOD

De historie van Horn zou noodzakelijk onvolledig blijven, als stilzwijgend werd voorbij gegaan aan het leefpatroon en de lotgevallen van de patiënten – voor wie tenslotte het hele sanatoriumbedrijf begonnen was – ofschoon zulke ervaringen zich achteraf bijna geheel aan de waarneming onttrekken. Bij gelegenheid van het zilveren jubileum van het sanatorium is een feestgids verschenen, waarin enige oud-patiënten uit deze jaren hun indrukken hebben vastgelegd.¹¹⁸ Uit deze en ander impressies krijgt men enig beeld van de sfeer en de beleving van het sanatorium door de zieke zelf, die daar plotseling belandt in een andere wereld, die hem vervreemdt van zijn vertrouwde relaties. Het vooruitzicht een jaar of langer te moeten kuren, kan immers enorm zwaar vallen. Zo'n lange rustkuur kost vaak veel geestelijke strijd. Het oorspronkelijke levensplan wordt plotseling afgebroken; de toekomst wordt onzeker; men staat ineens voor een gedwongen heroriëntatie. Hoopvol streeft men naar herstel van zijn gezondheid, maar het volhardend geduld, de moed om zich maandenlang alles te moeten ontzeggen, de kracht om kleine tegenslagen en irritaties van elke dag te overwinnen, dit alles legt een zware druk op de patiënt. Met hoeveel heimwee kon men verlangen naar het volgende

¹¹⁸ Verslag van de feestelijkheden bij gelegenheid van het 25-jarig bestaan van het sanatorium Hornerheide, Horn 1921-1946, 20 p., gestencild.

bezoekuur. Het gedwongen niets-doen, de knagende eenzaamheid en het gevoel maatschappelijk uitgeschakeld te zijn, roepen vaak ernstige spanningen op en mentale frustraties. Het kost soms harde strijd om te ontdekken, welke levensvormende waarde in het ziek-zijn is gelegen. Wanneer men geen sterke wilskracht heeft, geen geloof in de verborgen bedoelingen, die de mens noodzaken zich te schikken in zijn lot, kan de opstandigheid en wrok een mens voor zijn leven tekenen. Een verblijf in een sanatorium is daarom voor de meesten een krachtproef, waaruit men als een beter of als een verbitterd mens terugkeert.

De patiënt is doorgaans te veel op zichzelf betrokken, ziet de behandeling en verpleging als vanzelfsprekendheden; hij staat onmiddellijk klaar met zijn kritiek, als er iets ontbreekt aan datgene, wat hij als zijn recht beschouwt. Veel hangt dan af van de manier, waarop zulk een patiënt door zijn omgeving wordt opgevangen. Speciaal van de sanatoriumzusters wordt in zulke gevallen veel takt en psychologisch inzicht verwacht om de geestelijke voorwaarden te scheppen voor het genezingsproces. Zij zijn beter dan de arts nog in staat om de patiënt een houvast te geven en hem te helpen zijn moeilijkheden te overwinnen. Veel hangt ook af van de houding van zijn lotgenoten, waarmee men zijn tegenslagen en vreugden deelt. Een goede teamgeest kan veel bijdragen tot een gunstig herstel. In dit opzicht schijnt in Horn een plezierige mentaliteit te hebben bestaan, die door de leiding en de zusters zoveel mogelijk werd bevorderd. Een vergelijking tussen vroeger en thans is moeilijk te trekken waar het gaat om zulke onmeetbare grootheden als begrip, medemenselijkheid en liefdevolle opoffering, maar zeker waren die in de vooroorlogse jaren niet minder dan tegenwoordig.

Speciaal de inzet van de zusters moet hier worden gememoreerd, die zich volop aan dit zware werk hebben gegeven. Daarvoor mag men een groot respect hebben, want het verplegen van sanatoriumpatiënten is verre van gemakkelijk. Dit werk in het sanatorium bracht aparte problemen mee; die taak vroeg een totale inzet, eiste karaktersterkte en zelfbeheersing. Het was dan ook begrijpelijk, dat onder de zusters wel overplaatsingen voorkwamen, omdat de verpleging voor sommigen te zwaar werd. Een aantal zusters, die twintig tot dertig jaar lang de leiding van een paviljoen hebben gehad en die alle misère steeds weer opvingen, vallen bijzonder op. Ofschoon de zusters aanvankelijk nog weinig scholing hadden, scholen onder hen grote karakters, die de patiënten bijzonder tot steun waren.

Van veel belang was ook de godsdienstige zorg voor de patiënten, die

sedert 1928 was toevertrouwd aan rector J. P. Tuinstra, zelf eens tuberculosepatiënt. De kerkelijke diensten werden steeds via de microfoon uitgezonden, zodat ook de bedpatiënten de godsdienstoefeningen geregeld konden volgen. Veel heeft rector Tuinstra voor zijn patiënten gedaan, totdat hij op 44-jarige leeftijd midden in zijn werk in 1939 overleed. Einde 1939 werd op het terrein van het sanatorium een woning gebouwd voor zijn opvolger rector W. G. Halmans. De godsdienstige verzorging van de protestantse patiënten werd waargenomen door de Ned. Hervormde predikant te Roermond. In 1931 werd de geestelijke verzorging van de hervormden door Ds. A. Keers gereorganiseerd. Voortaan werden één of enkele malen per maand vaste bijeenkomsten gehouden, waar zo mogelijk ook de ernstige patiënten werden heengereden. In 1935 werd Ds. Keers opgevolgd door Ds. Hoogendijk, die tijdens de tweede wereldoorlog werd gevangen genomen en in een Duits concentratiekamp is gestorven. Hij werd opgevolgd door Ds. J. Mager, die thans 25 jaar aan het sanatorium is verbonden. De weinige patiënten, die tot andere godsdienstige richtingen behoorden, werden incidenteel verzorgd door godsdienstbedienaren uit de omgeving.

Met het oog op de aparte problemen van de lange kuurtijd werd een en ander ondernomen om de zieken wat afleiding en ontspanning te bezorgen. Elke patiënt beschikte over een radio-aansluiting om in contact te blijven met de buitenwereld. Sedert 1939 hadden de patiënten een eigen omroep, de H(orner) R(adio) O(mroep), die huiselijk nieuws verspreidde en een verzoekplatenprogramma bracht. Een uitgebreide bibliotheek distribueerde volop leesmateriaal. Bij bepaalde gelegenheden werden films getoond of gaven plaatselijke harmonie- en zanggezelschappen er hun uitvoering. Zo waren er toch de kleine vreugden en verrassingen, die meehielpen om de lange kuurtijd door te komen.

DE STICHTING GEZOND LIMBURG

Tenslotte dient in dit hoofdstuk niet onvermeld te blijven de overdracht van het sanatorium door het Limburgse Groene Kruis aan de Stichting Gezond Limburg. Hoewel deze overdracht in 1934 geen directe scheidingslijn vormt in de geschiedenis van Horn en deze nieuwe exploitatievorm zich noch intern noch extern duidelijk manifesteerde, waren hieraan evenwel belangrijke financieel-economische consequenties verbonden, die voor het voortbestaan van het

sanatorium van grote betekenis waren. Deze omzetting was een nasleep van de gememoreerde moeilijkheden uit de beginjaren.

Toen het sanatorium onder het Groene Kruis ressorteerde, zijn jarenlang moeizame en slepende onderhandelingen met het Rijk gevoerd over de terugbetaling van de bedragen aan rente en aflossing, die het Rijk op grond van zijn garantielijc had moeten betalen. In 1927 werd hieromtrent een overeenkomst met het Rijk gesloten, welke het sanatorium zware lasten oplegde en een uitbreiding en ombouw van de paviljoens feitelijk onmogelijk maakte. Pogingen om tot een meer soepele regeling te komen hebben in 1932 sukses gehad, toen het bestuur een (concept)-overeenkomst aan het Ministerie van Sociale Zaken voorlegde, volgens welke de door het Rijk betaalde bedragen ingevolge de garantielijc terugbetaald zouden worden met aftrek van de nadelige exploitatiesaldi. Hoewel het Ministerie in beginsel met deze overeenkomst akkoord ging, moest Sociale Zaken echter in 1934 op last van Financiën op de overeenkomst terugkomen. Men bleek slechts bereid de helft van de nadelige saldi aftrekbaar te stellen, waardoor het terug te betalen bedrag ongeveer verdubbeld werd. Het hoofdbestuur van het Limburgse Groene Kruis was van mening, dat dit nieuwe voorstel voor de toekomst van het sanatorium onaanvaardbaar was en besloot de onderhandelingen met het Rijk te beëindigen. Ten einde raad maakte men gebruik van een escape-clausule in de overeenkomst van 1927, waarin werd bepaald dat bij eventuele verkoop van het sanatorium de koopsom aan het Rijk moest worden overgedragen, maar waarbij de gesloten leningen en de exploitatietekorten op de koopsom in mindering konden worden gebracht, terwijl de batige saldi en de uit de afschrijving vrijgekomen gelden aan de koopsom moesten worden toegevoegd. Langs deze weg was een aanvaardbaarder oplossing te bereiken. Volgens deze formule zou immers de overdrachtprijs zeer gering zijn. Op dat moment heeft het Rijk nog geprobeerd om deze affaire via een bemiddelingscommissie tot een oplossing te brengen, maar het Limburgse Groene Kruis is daarop niet ingegaan.

Met de verkoop van het sanatorium viel het ook niet meer onder de Rijkscommissie van toezicht op de Nood-sanatoria, die jaarlijks op controle kwam en moest toezien op de verpleging en de exploitatie van het sanatorium. In deze commissie was door de Minister van Arbeid benoemd tot voorzitter Dr R. N. Eijkel, hoofdinspecteur Volksgezondheid, als leden J. G. Keesing, voorzitter van de Raden van Arbeid en K. I. P. A. de Koster en als secretaresse Mej. Mr. Bloemarts.

Op de algemene vergadering van het Limburgse Groene Kruis op 1 december 1934 gaf het hoofdbestuur een motivering van zijn besluit en deelde het mede, dat het sanatorium Hornerheide aan de Stichting Gezond Limburg was verkocht. De algemene vergadering hechtte noodgedwongen aan dit besluit haar goedkeuring, omdat anders het werk van de tuberculosebestrijding gedeeltelijk moest worden opge-offerd om het sanatorium uit zijn financiële impasse te redden.

De Stichting Gezond Limburg was in 1925 opgericht door Mgr L. Schrijnen, bisschop van Roermond en Mr E. O. J. M. Baron van Hövell tot Westerflier, commissaris der Koningin in de provincie Limburg. Aanvankelijk had zij tot doel een bijdrage te verstrekken in de verpleegkosten voor patiënten die naar sanatoria werden uitgezonden. Thans werd deze Stichting belast met het beheer van het sanatorium, dat nu als officiële naam kreeg Katholiek Sanatorium Hornerheide. Geheel verbroken was de band met het Limburgse Groene Kruis niet. De personele unie, die er met Gezond Limburg bestond, garandeerde nog in voldoende mate de voordelen van het samengaan van het sanatorium met de overige vormen van tuberculosebestrijding. De hoofdbestuursleden van het Limburgse Groene Kruis waren immers sinds de oprichting als persoon ook bestuurslid van de r.k. Stichting Gezond Limburg. Ook de vroegere Commissie van Toezicht en Advies, die feitelijk voor Gezond Limburg het beheer over het sanatorium voerde, bleef gehandhaafd; een lid hiervan werd aangewezen door Provinciale Staten, drie leden werden benoemd door en uit het bestuur van de r.k. Stichting Gezond Limburg en drie leden door hetzelfde bestuur, al dan niet uit zijn midden.¹¹⁹

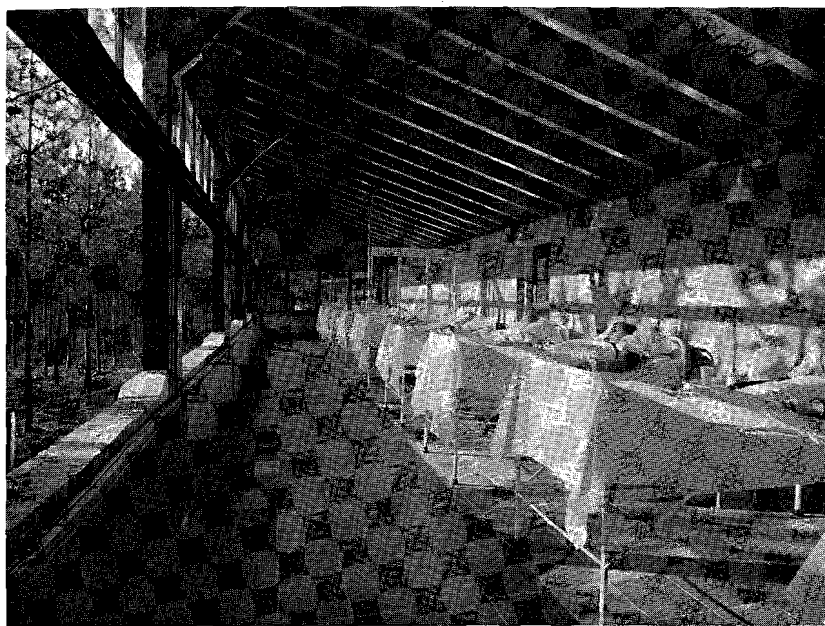
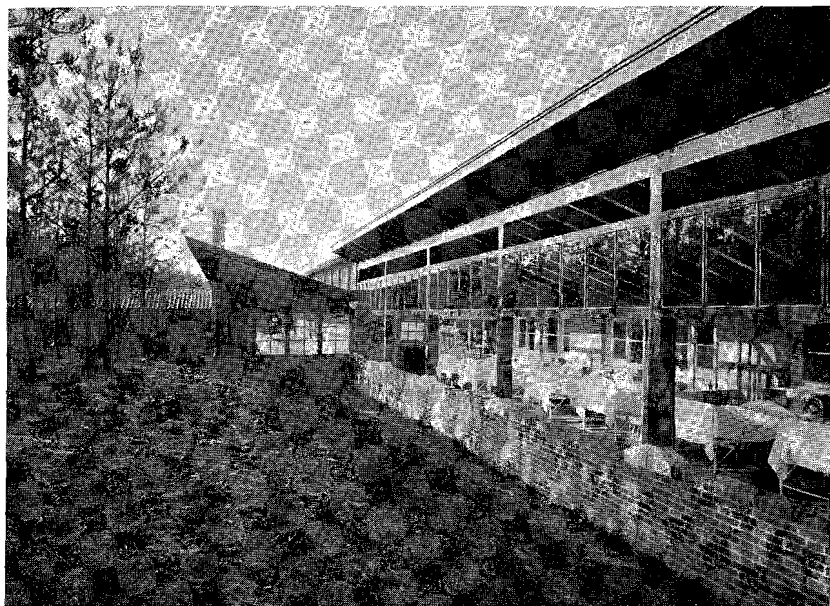
¹¹⁹ J. F. R. Philips, 50 jaar sociale gezondheidszorg in Limburg, a.w., p. 118-119.
Archief Limburgse Groene Kruis.
Archief Katholiek Sanatorium Hornerheide.

OPNIEUW HEVIGE UITBARSTING VAN DE TUBERCULOSE (1940-1949)

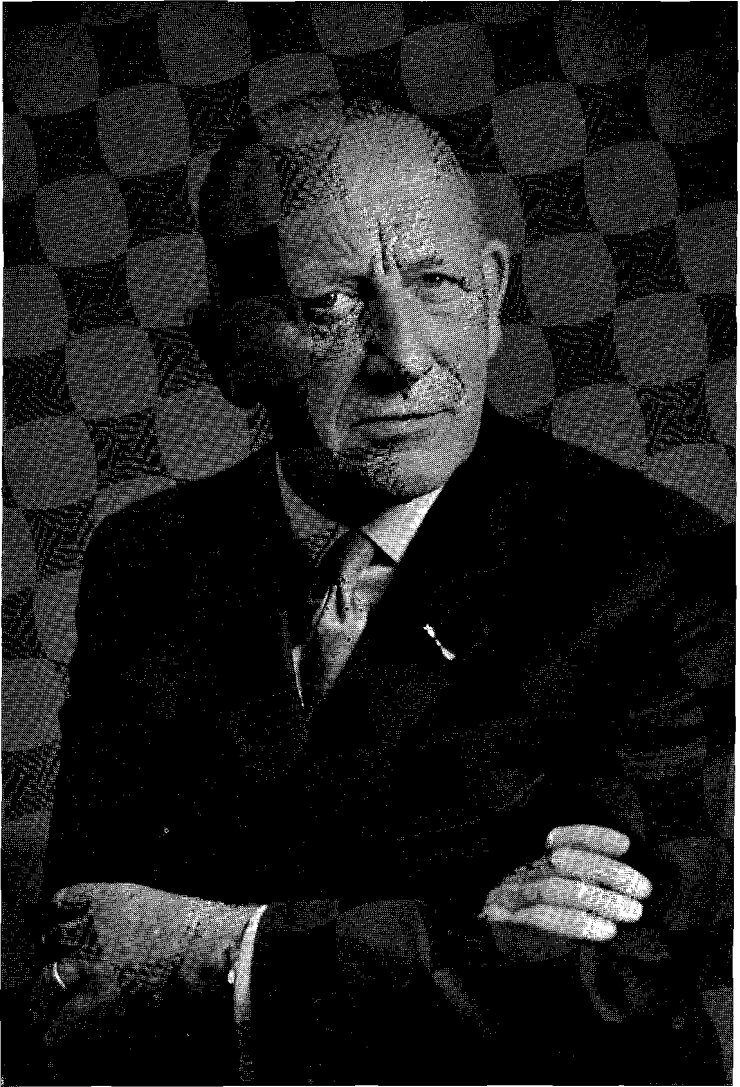
In de oorlogsjaren werd de gunstige ontwikkeling in de tuberculosebestrijding afgebroken, toen een nieuwe explosie van de gevreesde ziekte angstwekkende vormen aannam. Van 1940 tot 1943 steeg in Nederland het sterftcijfer aan longtuberculose met 77%, hetgeen een nog grotere stijging was dan in het beruchte jaar 1918. De toestand in de grote steden was nog veel ernstiger. Ook in Limburg was het besmettingsgevaar vooral in de grotere gemeenten accuut. Hiervoor zij verwezen naar de cijfers in het hoofdstuk De tuberculose in Limburg.

De sterfte aan tuberculose bleek vooral voor de mannen gestegen te zijn. De oorlogsomstandigheden en het voedselgebrek werden blijkbaar door de mannen slechter verdragen dan door de vrouwen, wat men ook in de concentratiekampen heeft waargenomen, waar de mannen een geringere weerstand tegen de ontberingen toonden.¹²⁰ De sterfte aan tuberculose op verschillende leeftijd vertoonde eveneens merkwaardige verschillen. In de oorlog 1914-1918 viel vooral de sterfte onder de jongere leeftijdsgroep in het oog, omdat bij de ouderen meestal geen tuberculose gekonstateerd werd. Gedurende de laatste wereldoorlog heeft de tuberculose-sterfte vooral onder de oudere leeftijdsgroepen de meeste slachtoffers gemaakt. De sterfte onder de kleuters begon in 1945 te stijgen; op de puberteitsleeftijd was de stijging groter dan bij de volwassenen. De oorzaken van de uitbreiding der tuberculose worden algemeen toegeschreven aan de voedselschaarste en aan de ondermijning van het weerstandsvermogen. Speciaal die personen, bij wie als gevolg van een vroegere besmetting het tuberculeus proces nog niet geheel uitgedoofd was, behoorden tot de eerste slachtoffers. Behalve het voedselgebrek, met name het gebrek aan eiwitten, vetten en vitamines, zijn zeker andere factoren

¹²⁰ M. R. Heynsius van den Berg, De toeneming der tuberculose gedurende den oorlog, in Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 1 september 1946, p. 191-196.



Het nieuwe Lidwinapaviljoen, dat in 1938/39 gebouwd werd, met gezicht op de kuurthal.
(M. Koch).



De geneesheer-direkteur IJ. N. Oosterbaan. (M. Koch).

nog van invloed geweest, zoals de psychische spanning en onrust van deze jaren, wat blijkt uit het feit, dat reeds in 1940 het ziektecijfer onmiddellijk begon te stijgen.¹²¹

Het enige lichtpunt in deze situatie was, dat deze enorme stijging viel op een moment, waarop de tuberculosesterfte in Nederland een bijzonder laag peil had bereikt. In de dertiger jaren waren grote successen op dit gebied behaald. De röntgenographie, het bloedonderzoek, de pneumothorax, de verlamming van het middenrif aan een zijde en de operatieve vernauwing van de borstholte (thoracoplastiek) hadden alle tot een doelmatiger behandeling van de ernstige longtuberculose geleid. Het vroegere sanatorium, dat een rustoord voor lichte patiënten wilde zijn, werd steeds meer verdrongen door het sanatorium met het uitgesproken karakter van een klinische inrichting. Door deze nieuwe opzet konden steeds meer ernstige tuberculoselijders in de sanatoria worden geholpen. De resultaten van de sanatoriumverpleging, vooral als zij aangevuld werden met een deskundige vorm van arbeidstherapie, spraken tot de verbeelding. Het leek in die jaren niet uitgesloten, dat de tuberculose als volksziekte in zijn laatste fase was gekomen en dat het einde in zicht was.¹²²

De ontzuierende werkelijkheid leerde echter anders. In deze jaren moest alle beschikbare mankracht worden ingezet om de gevaarlijke tuberculose-explosie zoveel mogelijk in te dammen. Een voordeel was, dat het organisatorisch apparaat – de consultatiebureaux met hun districts-enquêtrices en de wijkzusters enerzijds in samenwerking met de sanatoria anderzijds – in de voorafgaande jaren zodanig was geperfekteerd, dat de strijd ook onder minder gunstige omstandigheden kon worden voortgezet.

Het sanatorium Hornerheide ging nu een drukke tijd tegemoet. Zoveel meer patiënten vroegen om opname, dat het aantal bedden weldra te gering was om aan alle aanvragen te kunnen voldoen. Uitbreidings- en verbeteringsplannen moesten in de oorlog achterwege blijven. Enige ruimten o.a. het dienstbodengebouw, werden vergroot. Het maximum aantal op te nemen patiënten kwam op een totaal van 375 personen. In de oorlogsjaren bleef de bezetting konstant op dit nieuwe maximum maar desondanks was de wachtlijst nog groot. Daarbij kwam een onevenredig groot aantal (soms te) ernstige patiënten.

¹²¹ Idem, p. 95.

¹²² W. Bronkhorst, De toekomst der tuberculosebestrijding in Nederland, in Lering en Leiding, 4e jrg., 1929, p. 542-544.

De noodsituatie uit vroeger tijden was weer teruggekeerd. Ook de ziekenhuizen waren overbezet en niet in staat tuberculose-patiënten verder op te nemen.

De grote bezetting van het sanatorium stelde hoge eisen aan de verpleging en aan de technische en huishoudelijke diensten, die niet naar verhouding konden worden uitgebreid. Het verloop van de bezetting vindt men verder in onderstaande tabel:

Tabel 11. De bezetting van het sanatorium Hornerheide, 1940-1948¹²³

Jaar	Aantal opgenomen patiënten	Aantal ontslagen patiënten	Gemiddelde bezetting	Aantal verpleegdagen
1940	188	211	262	96.114
1941	285	173	317	115.565
1942	169	169	368	134.296
1943	167	162	369	134.829
1944/45	500	496	306	111.868
1946	214	211	373	136.249
1947	240	244	382	139.233
1948	247	233	381	139.409

Uit de cijfers kan men zien, dat het sanatorium constant volledig bezet was en niet aan de grote behoefte van deze kritieke jaren kon voldoen. Na de oorlog ging dan ook de eerste zorg uit naar een uitbreiding van het beddental. In het sanatorium werden vooral meer ernstige patiënten opgenomen; gemiddeld was 85 à 90% van de zieken bedpatiënt, waaronder een vrij groot aantal zware gevallen. Daardoor werd de gemiddelde verpleegduur steeds langer. In de oorlogsjaren was de kuurtijd van de patiënten, die toen ontslagen werden, opgelopen van 14 tot 20 maanden. De jaren 1944 en 1945 zijn in de cijfers samengevat, omdat het sanatorium toen verschillende maanden niet normaal kon functioneren.

In de na-oorlogse jaren kan men de verpleegduur als volgt specificeren, dat van de ontslagen patiënten ruim 30% een verpleegduur had van korter dan één jaar, dat 71% een verpleegduur had korter dan twee jaar en dat 90% een verpleegduur had korter dan drie jaar. Het gemiddelde lag op circa 18 maanden; 10% van de patiënten verbleef toen meer dan drie jaar in Horn. Ongetwijfeld hing dit samen met de zware tuberculeuse aantasting van veel patiënten, voor wie het genezingsproces noodzakelijk lange tijd in beslag nam.

¹²³ Verslag Hornerheide over 1940, 1941, 1942 en over de jaren 1943-1946.

Gedurende de oorlog heeft het sanatorium meermalen onder zeer moeilijke omstandigheden moeten werken. De voorgaande cijfers zeggen weinig over de enorme problemen, die toen werden ondervonden. Dit begon al in het mobilisatiejaar 1939, toen beslag gelegd werd op enige lokalen voor het inrichten van een hulpverbandplaats. In de oorlogsdagen van mei 1940 heeft men daar ook enkele gewonden opgenomen, maar tijdens de gevechten aan de Maas was het niet meer mogelijk gewonden naar Horn te transporteren. Hoewel de rivierovergang de Duitse doortocht enig oponthoud bezorgde door het springen van de Maasbruggen te Roermond, werd het front spoedig geforceerd en bleef het sanatorium op een ongevaarlijke bominslag na voor het oorlogsgeweld gespaard.

Tijdelijk kreeg Horn in februari 1941 de patiënten te herbergen van het sanatorium Maria Auxiliatrix te Venlo, dat door de Duitsers in beslag was genomen; 80 patiënten konden in Horn hun kuur voortzetten, totdat in mei 1941 Maria Auxiliatrix weer vrij werd gegeven. Over de materiële zorgen, die de oorlog meebracht, kon men zich vrij gemakkelijk heenzetten, maar meer moeite kostte de geestelijke aanpassing aan de nieuwe toestand. Gelukkig bleken onder de patiënten slechts weinig aanhangers van de „nieuwe orde” te zijn, die ook al gauw werden geëlimineerd. Door een vernuftige afspraak met de consultatiebureaux kon men verder het sanatorium van landsverraderlijke elementen vrijwaren. Later is nog slechts een enkele maal een N.S.B.-er door de mazen van het net heengeglijpt, toen een al te eenzijdig-menslievende wijkzuster iemand binnensmokkelde, waarvan zij de verkeerde richting pas na binnenkomst bekend maakte. Zij begreep niet, dat zulk een patiënt alle gesprekken beïnvloedde en deze op de oorlog fixeerde en de scheidslijnen alleen maar kon aksentueren. Voor de sanatoriumbevolking was dit in elk geval een ongelukkige situatie. Na twee maanden ging deze onwelkome vreemdeling eigener beweging naar huis terug, omdat hij door zijn omgeving volledig geïsoleerd werd. De eigen huisradio bood een welkome vervanging, toen de officiële omroep ongenietbaar was geworden, hetgeen voornamelijk de verdienste is geweest van de chef technische dienst J. N. J. van Rooyen. Wel dreigden enige konflikten met de bezettende macht, toen zij over deze situatie was ingelicht. Overigens bleef men van veel gehate maatregelen gespaard, waardoor het sanatorium later ook een gezocht toevluchtsoord werd voor onderduikers.

Van rechtstreekse oorlogshandelingen was lange tijd niets te merken, afgezien dan van de nachtelijke vluchten van geallieerde bommenwerpers, die de steden aan de Rijn en in het Roergebied onophoudelijk met bommen bestookten. Bij een aanval op Keulen in de nacht van 30 mei 1942 kwamen per vergissing vele tientallen brandbommen op de oostelijke helft van het terrein terecht. Gelukkig werd geen gebouw geraakt en kon de eigen luchtbeschermingsdienst onder leiding van de heer Van Rooyen en zijn mannen uitbreiding van brand voorkomen.

De fronttijd in de oorlogswinter 1944-1945 werd daarentegen een tijdperk, waarin alle oorlogsgebeurtenissen van de voorafgaande jaren tot onbeduidende kleinigheden werden gereduceerd. In begin september 1944 scheen een spoedige bevrijding nabij, toen lange files Duitse legerauto's en andere voertuigen het sanatorium voorbij trokken om zich achter de Maasbrug terug te trekken. Maar de geallieerde opmars liep vast boven Sittard; na de val van Eindhoven werd de corridor niet verder verbreed dan tot het kanaal Wessem-Nederweert. Toen liep het front vast en lag het sanatorium twee maanden lang, op nauwelijks tien kilometer afstand van de vrijheid, in het Duitse frontgebied. Men was volledig geïsoleerd van de buitenwereld en had geen kans meer gezien de patiënten nog naar elders over te brengen. De bevolking van het sanatorium – patiënten, zusters, personeel en een aantal onderduikers, in totaal zo'n 510 personen – was op zichzelf aangewezen en kon alleen maar hopen op een gelukkige afloop.

De elektrische stroom was uitgevallen. Het water moest met de hand worden opgepompt. De voedselvoorraden waren spoedig uitgeput, maar het Rode Kruis uit Roermond slaagde er in om wekelijks een kar met levensmiddelen naar Horn te sturen. De zusters rooiden aardappelen van de velden in de omgeving, omdat de boeren waren weggetrokken. Toen de verkeersbrug naar Roermond gebombardeerd was, werd de zending nog voortgezet over de spoorbrug. Het lag voor de hand, dat het werk in de röntgenkamer en in het laboratorium geheel stil kwam te liggen. Van het medisch werk bleef weinig meer over. Het sanatorium was hoogstens nog een primitieve verzorgingsinrichting geworden.

Aanvankelijk werd de toestand nog vrij rustig opgenomen. De overgierende granaten en de laag overvliegende geallieerde vliegtuigen veroorzaakten weinig vrees. Dit veranderde echter, toen het sanatorium op 28 oktober 1944 een luchtaanval te doorstaan kreeg. Op het oostelijk gebouwencomplex vielen zeventien bommen; voort-

durend werd ook met boordwapens geschoten. Twee patiënten nl. Gerard Kok uit Roermond en Willie Brandt uit Blerick en de zusters Henrica en Piëtra kwamen hierbij om het leven. Een aantal gewonden werd naar het ziekenhuis in Roermond overgebracht. De ravage was groot: het dienstbodengebouw brandde geheel af; het zusterhuis had zwaar geleden en was onbewoonbaar geworden. Toen diezelfde middag vliegtuigen opnieuw laag kwamen overvliegen, heeft men waarschijnlijk de vergissing ingezien en werd het sanatorium ongemoeid gelaten, maar toen was het vreselijke incident niet meer ongedaan te maken. De patiënten verkeerden sindsdien in grote onrust; voor enkelen was het leven een hel geworden. Enkele schuilkelders en loopgraven werden ingericht, die echter te weinig afweer boden. Van het kuren kwam weinig of niets meer terecht. Vooral in de vrouwenpaviljoens huiscen de meeste patiënten in kelders of in gangen. Aan het geregeld periodiek onderzoek dacht niemand meer; het maken van röntgenopnamen was niet meer mogelijk.

Half november lag het sanatorium onder voortdurend granaatvuur, wat het sein was tot een Engelse aanval. Op de middag van de 15e november werd de Heythuiserweg onder zwaar vuur genomen. De direkteurswoning werd toen door enige voltreffers zwaar getroffen en brandde geheel af. Nadat de geallieerde troepen het kanaal Wessem-Nederweert overgestoken waren, werd op 15 november Heijthuisen bevrijd en bereikten zij op 16 november 1944 Horn. Tegen half twaalf verschenen de eerste Engelse tanks behoedzaam langs de omheining bij het hoofdgebouw, waar zij uiterst verbaasd de juichende menigte patiënten, zusters en personeelsleden gadesloegen.

DE BEVRIJDING

De bevrijding was een feit, maar het leed was nog niet voorbij. De Duitsers hadden zich in noordelijke richting en achter de Maas teruggetrokken, die nu frontlijn werd. Van november 1944 tot 1 maart 1945 lag het sanatorium, hemelsbreed niet meer dan $4\frac{1}{2}$ kilometer van de Maas verwijderd, opnieuw in het frontgebied. De grootste kwelling bleef het granaatvuur. Enige dagen na de bevrijding begonnen de Duitsers vanaf de overkant van de Maas de artillerie-stellingen, die achter het sanatorium stonden opgesteld, onder vuur te nemen. Als die overbevolkte houten gebouwen zouden worden getroffen, dan was de ellende niet te overzien. Onder die omstandigheden was het begrijpelijk, dat patiënten in paniek geraakten en een aantal uit het

sanatorium wegliep. Slechts enkelen gelukte het om elders te worden opgenomen, maar de meesten werden teruggestuurd. Met de Engelse militaire autoriteiten werd besproken, hoe te voorkomen was, dat het sanatorium in de Duitse vuurlinie kwam te liggen. Ook werd de mogelijkheid van evacuatie onder ogen gezien, maar direkt als absoluut onmogelijk afgewezen.

Enkele malen kwamen in deze maanden granaten op het sanatorium-terrein terecht zonder veel schade aan te richten. Zo goed en zo kwaad als het ging trachtte de sanatoriumgemeenschap deze harde maanden door te komen. Het grootste deel van de vrouwelijke patiënten en een klein aantal mannen huisden opeen gepakt permanent in de stookkelders, praktisch de enige afdoende schuilgelegenheid. Daarnaast waren over het hele terrein manshoge schuilloopgraven ingericht, die een regenbedekking hadden. Van een hervatting van het medisch werk of van een regelmatige rustkuur was toen natuurlijk geen sprake meer. Alleen de pneumothorax-behandeling kon nog worden voortgezet.

Verkeer met het overige bevrijde gebied was er niet. Wel kreeg de geneesheer-direkteur verlof die patiënten te ontslaan, die een behoorlijk tehuis hadden in het bevrijd gebied en geen besmettingsgevaar meer veroorzaakten. Sinds september '44 had men geen patiënten meer kunnen ontslaan, zodat Horn steeds meer genezen patiënten herbergde. Toen er weer enige mogelijkheid was om naar huis terug te keren, maakte men daarvan gretig en in ruime mate gebruik; ongeveer de helft van de patiënten keerde naar huis terug.

De laatste februaridagen brachten eindelijk uitkomst, toen een Amerikaans offensief het Duitse front aan de overzijde van de Maas begon op te rollen. Op 1 maart 1945 was Roermond en de hele oostelijke Maasoever bevrijd. Opgelucht kon men weer adem halen en denken aan een terugkeer naar meer normale verhoudingen.¹²⁴

De lotgevallen uit de oorlogsjaren vormen ook voor Hornerheide een droeve episode van materiële verwoesting, geestelijke druk en menselijk leed. Daaronder verborgen liggen een reeks menselijke ervaringen, die niet van deze gebeurtenissen zijn los te denken: levenservaringen als de bijna dagelijkse confrontatie met het naakte bestaan, het gedwongen besef van een waardenhiërarchie, het gevoel van hulpeloosheid en de noodzaak zich aan anderen te moeten toe-

¹²⁴ De lotgevallen van het sanatorium tijdens de oorlogsjaren werden uitvoerig en indringend beschreven door Oosterbaan in Gedenkboek Hornerheide, a.w., p. 44-56.

vertrouwen. Deze primaire gevoelens en reacties, die onder de druk van zulke oorlogsgebeurtenissen tot bewustzijn kwamen, hadden zonder twijfel ook een positieve betekenis in de menselijke beleving. De spanningen, waaronder men in het sanatorium moest leven met name tijdens de lange nachtmerrie van de frontwinter, hebben op deze kleine lotsverbonden gemeenschap een bijzonder stempel gedrukt. Juist in deze barre beproeving bleek ook de karaktervastheid van een aantal rustige en energieke figuren, die zich onder de druk van de omstandigheden niet uit het veld lieten slaan.

Hier moeten we op de eerste plaats noemen de evenwichtige persoonlijkheid van IJ Oosterbaan, die zijn verantwoordelijkheid niet uit de weg ging en in deze moeilijke tijd leiding en vertrouwen wist te geven. Bewonderenswaardig was ook het optreden van de zusters, die gesteund door hun religieuze levenshouding zich niet lieten veront-rusten en hun patiënten met nog meer zorg en toewijding omgaven. Vooral het voorbeeld van de huisoverste Moeder Christeta, die op de avond van 9 mei 1940 als nieuwe overste arriveerde en haar taak onder zware omstandigheden moest verrichten, heeft haar medezusters geïnspireerd.

Het Bestuur en de Commissie van Toezicht hebben eveneens de lasten van de oorlog moedig mee gedragen. In 1942 werden Jhr Mr G. Ruys de Beerenbrouck, de voorzitter van het Limburgse Groene Kruis en tevens voorzitter van Gezond Limburg, en Dr L. van de Meerendonck, vice-voorzitter van het Limburgse Groene Kruis, van Gezond Limburg en voorzitter van de Commissie van Toezicht, als gijzelaars gevangen gezet. Als waarnemend voorzitter trad toen op Johan de Koning, bondsbestuurder van de Limburgse katholieke arbeidersbeweging, die samen met die andere pionier uit de vooroorlogse katholieke arbeidersorganisatie Christoffel Bux de belangen van de gezondheidszorg verdedigde. De figuur van de thans vergeten Johan de Koning (1879-1945) verdient ook in de historie van het sanatorium speciale vermelding. Zijn menselijke kwaliteiten vielen vooral in deze oorlogsjaren in het oog, toen hij al zestien jaar lid van de Commissie van Toezicht was.

Samen met Van de Meerendonck, Moubis, Bux, Linssen e.a. vormde de Commissie een goed team, dat het werk van de tuberculosebestrijding in deze tijd wist veilig te stellen. In de eerste periode na de bevrijding van Hornerheide – van 16 november 1944 tot 1 maart 1945 – toen het gebied boven Sittard tot en met Roermond, evenals het gebied ten oosten van de Maas nog niet bevrijd was, wist voor het eerst weer een

lid van de Commissie van Toezicht tot Hornerheide door te dringen. Dit was Johan de Koning, die op 14 december 1944 vanuit Maastricht door België heen de reis naar Horn gelukt was. Hij was in die tijd, waarin bijna iedereen onbereikbaar was, waarnemend voorzitter van het Limburgse Groene Kruis, secretaris-penningmeester van het Bestuur en secretaris van de Commissie van Toezicht. Nadien heeft hij deze reis naar Hornerheide nog herhaaldelijk gemaakt om brieven en boodschappen over te brengen van de patiënten, die al sinds aanvang september van alle contact met hun familieleden waren verstoken. Deze tochten waren even zovele reële werken van barmhartigheid, waardoor wederzijds veel onrust omtrent elkaars lot werd weggenomen. Vanuit Maastricht zocht hij dan – 65 jaren oud – per fiets in de omgeving zijn contacten op. Voor het laatst was hij op 21 maart in Hornerheide. (De bevrijding op 1 maart van het „overige” Limburg hield nog lang niet in, dat al een voorlopige postdienst tussen Zuid- en Midden-Limburg mogelijk was.) Drie dagen later, op 24 maart 1945 is deze zeer verdienstelijke werker – onderweg naar een van zijn patiënten-kontakt-adressen – op zijn fiets door een Amerikaanse legertruck gegrepen en om het leven gekomen.

Een moeilijke taak was in deze jaren toebedeeld aan rector W. G. Hal-mans, sinds 15 april 1939 belast met de geestelijke zorg voor patiënten en personeel en tot 1950 in deze functie gebleven. Daarnaast mag niet vergeten worden, wat in deze uitzonderlijk zware jaren – en dan vooral in de vijfeneenhalve maand durende fronttijd van medio september 1944 tot ultimo februari 1945 – door het personeel van het sanatorium gepresteerd werd. Tenminste enkele uiterst verdienstelijke figuren onder hen mogen wel met name genoemd worden. Dit waren op de eerste plaats de chef technische dienst J. N. L. van Rooyen (op 1.3.1946 op 61-jarige leeftijd tijdens zijn werk plotseling overleden) en de portier en tevens chef tuindienst A. S. Mooren (in 1952 gepensioneerd en in 1968 op 81-jarige leeftijd overleden) en tenslotte timmerman L. C. Droog (tot in 1951 aan het werk gebleven en in 1952 op 74-jarige leeftijd overleden). Deze drie hoofden van dienst, waarvan de beide eersten vanaf de oprichting en de derde vanaf 1928 in dienst van het sanatorium waren, vormden een volledig met het sanatorium vergroeide „oude garde”, waarop van toepassing was: le garde meurt mais ne se rend pas. De beide eersten woonden in verband met hun taak op het sanatoriumterrein. Zij waren dag en nacht bij de hand, omdat er altijd gevaar dreigde. Alleen al de aanwezigheid van de „oude van Rooyen” met zijn mannen en met zijn materiaal, werkte

altijd geruststellend. Hij verstond de kunst met enkele woorden wat al te vreesachtige patiënten vooral op de damesafdelingen een hart onder de riem te steken. In deze oorlogstijd heeft zich ook de „jonge van Rooyen” als een gewaardeerde figuur doen kennen, een even toegewijde kracht als zijn vader, die hij later als chef van de technische dienst is opgevolgd. Hoewel toen nog niet bij de oude garde onder te brengen, moet hier toch ook naar voren worden geschoven de in de twintiger jaren als aankomende kracht aangestelde H. J. H. Bremmers, die in 1952 chef tuindienst werd, met hart en ziel aan sanatorium, bos en tuin verknocht was, maar aanvang 1968 op 58-jarige leeftijd na een ziekte van enkele maanden overleed.

ONTWIKKELING NA DE BEVRIJDING

Vanaf maart 1945 kwam het sanatorium weer langzaam op gang. Op beperkte schaal was het sanatorium reeds op 23 februari 1945 na een stroomloos tijdperk van vijf maanden op een Belgisch elektriciteitsnet aangesloten, zodat de röntgenkamer en het laboratorium weer in gebruik konden worden genomen. Op de afdelingen kwamen na verloop van tijd ook de meest vreesachtige patiënten weer uit kelders en gangen tevoorschijn en keerden op hun gewone plaatsen terug. Heel geleidelijk kon de oude kuurorde weer hersteld worden, maar het duurde nog verschillende maanden, voordat de bedden weer bezet raakten. Praktisch was Hornerheide tijdens de hele bevrijdingstijd van 18 september 1944 tot mei 1945 voor de meeste tuberculosepatiënten onbereikbaar geweest. Ook konden tal van genezen verklaarde patiënten niet naar huis terugkeren, zodat lange tijd naast een aantal onderduikers in Hornerheide een rondlopende bevolking aanwezig was. Zodra de omstandigheden dit toelieten, heeft deze groep zo snel mogelijk het sanatorium verlaten. Opname van nieuwe patiënten was nog even moeilijk, omdat eerst nog het nodige herstel moest plaats vinden.

Inmiddels was in Limburg de situatie onrustbarend geworden door de geweldige toename van het aantal tuberculoselijders. Vlak vóór de bevrijding waren in Limburg meer dan 2500 patiënten op de consultatiebureaux ingeschreven, terwijl nog een groot aantal onbekend bleef. Een kwart eeuw vooruitgang was in enige jaren teniet gedaan. Plotseling viel men terug tot de toestand van vóór 1920. De tuberculosesterfte steeg in Maastricht in de eerste maanden van 1945 tot 13 per tienduizend inwoners. Uitbreiding van de beddencapaciteit

voor de verpleging van al deze patiënten was dringend noodzakelijk. Men dacht er zelfs over nog een nieuw sanatorium in Limburg te bouwen, zodra de omstandigheden dit zouden toelaten. Voorlopig werden enkele noodsanatoria in gebruik genomen en wel in Heerlen, Vaals en in Steijl. Tot medio 1945 hebben de eerste twee noodverblijven nog dienst gedaan. Toen was Hornerheide weer zover in functie, dat het samen met het andere Limburgse sanatorium Maria Auxiliatrix in Venlo zijn taak kon hervatten. In grote aantallen tegelijk werden nu patiënten opgenomen, vooral toen eenmaal ons land was bevrijd en Horn weer iets gemakkelijker was te bereiken. Op 1 oktober 1945 was het sanatorium weer volledig bezet.¹²⁵

Door het enorme plaatsgebrek waren de sanatoria verplicht een lange wachtlijst aan te leggen. Ook de ziekenhuizen deden al het mogelijke om patiënten op te nemen: ruim 200 patiënten werden in de verschillende Limburgse ziekenhuizen verpleegd. Maar veel zieken moesten noodgedwongen thuis kuren; bijna 4000 gezinnen stonden in de naoorlogse jaren onder toezicht van de districts- en wijkzusters. Het sanatorium Hornerheide werkte onder hoogspanning. Het zilveren jubileum op 7 mei 1946 stond dan ook eerder in het teken van een reveil tot nieuwe aanpak dan dat het een rustig moment van terugblik kon zijn.

Aanvankelijk leefde men in de verwachting, dat met aller inspanning de „oorlogsschade” weldra zou zijn ingehaald en dat het aantal tuberculosepatiënten weer snel zou dalen. Het duurde echter veel langer, voordat de dalende lijn in de sterftecurve van vóór 1940 weer kon worden voortgezet. De na-oorlogse ontwikkeling wordt door de volgende cijfers nog eens geïllustreerd:

Tabel 12. Sterfte aan tuberculose in de provincie Limburg per duizend van de gemiddelde bevolking in de jaren 1939-1949

1939	5.0
1940	4.9
1941	7.0
1942	7.5
1943	8.7
1944 (8 mnd)	9.7
1945	8.5
1946	5.0
1947	4.2

¹²⁵ J. F. R. Philips, 50 jaar sociale gezondheidszorg in Limburg, a.w., p. 139-160.

Het schrikbeeld van de tuberculose bleef nog jaren na de oorlog bestaan. De gevolgen van ondervoeding en slechte woontoestanden met name in de geteisterde gebieden van Noord- en Midden-Limburg hielden het ziektecijfer op hoog peil. Van de overledenen tussen twintig en dertig jaar overleed in deze periode ongeveer 10% aan tuberculose.

De na-oorlogse periode bracht een lange nasleep van de oorlog mee door de voortdurende groei van het aantal – meestal zeer ernstige – tuberculosepatiënten. De jaren 1945 t/m 1948 waren als reactie op de oorlog ook een tijd van bezinning en geestelijke heroriëntatie. Alom werden nieuwe wegen gezocht om de fouten van het verleden te vermijden en een betere maatschappij op te bouwen; een geestdriftige vernieuwingsdrang had zich van velen meester gemaakt; bestaande structuren (ook op het terrein van de gezondheidszorg) werden nu kritisch doorgelicht. Deze radicale mentaliteit dreigde wel eens de maat van het redelijke uit het oog te verliezen door het beproefde aan nieuwe experimenten te willen opofferen. Maar spoedig bracht de nuchtere werkelijkheidszin dit idealisme in de juiste banen terug.

In deze sfeer van geestelijke herbouw was men vooral begerig om lering te trekken uit buitenlandse voorbeelden. Het contact met de bevrijdingslegers had een enorme sympathie voor de Angelsaksische landen opgewekt. Alle informatie over de westerse wereld, waarvan men zoveel jaren verstoken was geweest, werd gretig benut om op de hoogte te komen van de nieuwste ontwikkelingen. Studiereizen werden ondernomen om uit het isolement te raken en een achterstand van jaren zo spoedig mogelijk in te lopen. De hernieuwde kennismaking met het geestesleven, maar ook met het technisch en medisch kunnen van deze landen heeft inderdaad een grote verrijking gebracht, die van blijvende waarde was. De bewuste confrontatie met de cultuur en de wetenschap van deze technisch verder gevorderde landen heeft de mogelijkheid geopend om binnen zeer korte tijd nieuwe vindingen en ervaringen naar eigen vertrouwd patroon toe te passen.

Een zeer concreet en symptomatisch voorbeeld hiervan vinden we op het terrein van de gezondheidszorg en de tuberculosebestrijding. Organisatorisch genoot Nederland een bijzondere reputatie door de hechte opbouw van zijn medische diensten, consultatiebureaux, sanatoria e.d., maar de medische kennis was praktisch op het vooroorlogse niveau blijven staan.

Inmiddels had vooral het microbiologisch speurwerk in Amerika grote

successen geboekt. Sinds Pasteur had ontdekt, dat veel ziekten werden veroorzaakt door micro-organismen, had de wetenschappelijke wereld systematisch naar middelen gezocht om deze uit te schakelen. De ontdekking in 1928 van de penicilline was een opzienbarende vinding, waarvan de werking bij toeval door Alexander Fleming was vastgesteld. Echter pas nadat in 1939 Florey en Chain zich op de bereiding van penicilline hadden toegelegd, werd succes bereikt. In 1941 kon de eerste patiënt worden behandeld met een, zij het nog zeer onvolkomen, preparaat. Onder druk van de oorlogsomstandigheden had een snelle vooruitgang plaats en werd het middel voor massale toepassing geschikt gemaakt. In ons land leerden we de penicilline eerst kennen na de bevrijding. Dokter Oosterbaan vernam eerst iets over dit nieuwe middel eind 1944 van een Amerikaans arts in Maastricht. Spoedig was dit effectieve middel evenwel in ons land volkomen ingeburgerd. Men had hieruit geleerd, hoe sommige micro-organismen een krachtige bestrijding kunnen vormen tegen andere ziekteverwekkende organismen. Op hetzelfde beginsel steunde de even opzienbarende ontdekking van Waksman, die een gelijkwaardig antibioticum ontwikkelde tegen de tuberculose, de streptomycine. Selman Abraham Waksman was in 1888 in de Oekraïne geboren en in 1910 naar de Verenigde Staten geëmigreerd, waar hij eerst landbouwkunde studeerde en vervolgens jarenlang microbiologisch grondonderzoek verrichtte. Hij vond in de bodem een microbe, die hij streptomyces griseus noemde en waarvan hij aannam, dat het een dodende werking had voor andere micro-organismen. Dat er iets dergelijks moest zijn, was al langer verondersteld, omdat men anders niet kon verklaren waarom begraafplaatsen nooit gevaarlijke infectiehaarden werden. Het onderzoek met deze cultuur werd later voortgezet, toen bleek dat penicilline niet tegen alle groepen van bacteriën effectief was. Er moest dus nog een andere microsubstantie worden gevonden en dat werd de streptomycine, die eindelijk het doelmatig tegengif tegen de tuberkelbacil bleek te zijn, waarnaar men tientallen van jaren gezocht had.¹²⁶

Later vond men door chemisch-biologisch speurwerk nog meer antibiotica, o.a. het chloramphenicol, dat een effectief bestrijdingsmiddel bleek te zijn tegen een reeks van bacillen. Al deze ontdekkingen drongen na de bevrijding in ons land door en verwekten groot opzien. Een andere uitvinding, die tijdens de tweede wereldoorlog tot ont-

¹²⁶ Time, nov. 7, 1949, 28-31.

wikkeling was gekomen, was o.m. de schermbeeld-röntgenfotografie, waarvan de consultatiebureaux na de oorlog hebben geprofiteerd en die een ernstige concurrent werd van de z.g. grote röntgenfoto. Dank zij de schermbeeld-fotografie werd ook het massale bevolkingsonderzoek op tuberculose mogelijk, waardoor het opsporen van patiënten enorm kon worden geïntensiveerd. Van verstrekkende invloed op de tuberculosebestrijding is ook geweest de vooruitgang in de thoraxchirurgie, die zich tot een eigen vakgebied ontwikkeld had en sedert de oorlog binnen korte tijd leidde tot het operatief wegnemen van aangetaste longen of longdelen. Deze intrathoracale ingrepen werden mogelijk door een nieuw ontwikkelde narcose-techniek, die onvergelijkbaar veel beter was dan de oudere methoden.

Deze nieuwe geneesmiddelen en behandelingsmethoden werden aanvankelijk in Nederland maar aarzelend beproefd en hadden nog weinig effect in de totale behandelingsmethodiek. Maar desondanks was een nieuwe periode in de tuberculosebestrijding ingeluid, waarvan de consequenties weldra meer spectaculair zouden blijken. In Hornerheide werd in 1947 voor het eerst streptomycine in de behandeling toegepast; in 1948 werd een aanvang gemaakt met de behandeling met het nieuwe geneesmiddel p.a.s. De ervaringen waren buitengewoon gunstig, zodat spoedig op grotere schaal deze medicamenteuze behandelingen werden voortgezet.

Ook de longchirurgie kwam in deze jaren in Hornerheide aan bod, toen op 20 februari 1947 de nieuwe operatiekamer in gebruik kon worden genomen. Al eerder had men behoefte gevoeld om in het sanatorium chirurgische ingrepen uit te voeren, waarvoor men tot dan toe was aangewezen op het ziekenhuis in Roermond. In de oorlogsjaren was al clandestien met de bouw van een operatie-afdeling een begin gemaakt, maar vanwege de tijdsomstandigheden kon men eerst in 1946 het gebouw voltooiën en inrichten. Met de leiding van deze operatie-afdeling werd belast de Roermondse medicus W. J. Landman, die in 1939 daar Finally als chirurg was opgevolgd. In 1947 kreeg hij de gelegenheid zijn kundigheid in Hornerheide te beproeven; in dat jaar verrichtte hij er al 46 operaties. Met enthousiasme volgde hij de nieuwste ontwikkelingen van zijn vakgebied. Na de oorlog specialiseerde hij zich tot longchirurg, en werd hij een van de meest succesvolle beoefenaren in ons land. Opzienbarend was de eerste pneumectomie (het wegnemen van een gehele long), die hij in 1948 verrichtte. Dit was een belangrijke mijlpaal in de historie van het sanatorium, dat nu een nieuwe weg voor zich zag liggen.

In de na-oorlogse jaren bleef nog lang grondslag van de behandeling de streng doorgevoerde bedrustkuur. Een kleine verandering werd ingevoerd, toen de mobilisatieperiode (de laatste fase in de kuur: stoelrust en enige tijd wandelen) werd ingekort, omdat deze afsluitende fase bij bepaalde patiënten onder gunstige omstandigheden ook thuis kon geschieden. Deze maatregel had tot gevolg, dat iets meer patiënten konden worden opgenomen. Veel voordeel werd hierdoor echter niet bereikt, want de gemiddelde verpleegduur bleef aan de hoge kant.

De capaciteit van Hornerheide schoot nog altijd tekort om de talrijke patiënten te kunnen opvangen. De consultatiebureaux in Limburg verwezen veel patiënten met open longtuberculose naar een sanatorium, maar helaas was de plaatsruimte overal zeer beperkt. De wachtlijst van Hornerheide steeg van 36 vlak na de bevrijding tot ruim 100 in 1949. Op het programma stond dan ook een verruiming van de opnamecapaciteit, die in deze jaren slechts gedeeltelijk werd gerealiseerd. In 1946 kreeg het sanatorium van het Rijk drie Zweedse barakken in huurkoop, waarvan één bestemd werd voor de patiënten en de twee andere dienst gingen doen ter vervanging van het verloren gegane gebouw voor het vrouwelijk huishoudelijk personeel. De Zweedse barak, in 1948 voor patiënten in gebruik genomen, werd bestemd voor studerende patiënten (het z.g. studentenpaviljoen). De directeurswoning werd vrij spoedig na de oorlog herbouwd. Verder werden op het sanatoriumterrein nog twee dokterswoningen gebouwd. Ook de zusters kregen meer ruimte ter beschikking, zodat de lidtekens uit de oorlogsjaren spoedig waren uitgewist.

Door deze uitbreiding van de capaciteit steeg de gemiddelde bezetting van het sanatorium van 306 patiënten in 1945 tot 408 in 1949. Deze uitbreiding was geheel in overeenstemming met de landelijke tendens. In Nederland steeg het totaal aantal sanatoriumpatiënten van 4.219 in 1945 tot 5.874 in 1947.¹²⁷ Sedert 1948 werd in Hornerheide ook een begin gemaakt met een kleine afdeling voor de verpleging van kinderen (voorlopig 40 bedden), speciaal voor die kinderen, waarvan gelijktijdig de ouders of andere broers of zusters in Horn werden verpleegd. Maar al deze maatregelen waren toch niet voldoende om aan de vraag tegemoet te komen. De nog steeds stijgende behoefte aan sanatoriumbedden noodzaakte de leiding om in 1949 de bouw van twee nieuwe paviljoens voor te bereiden.

¹²⁷ Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid, 1950.

De verpleegprijzen bleven aanvankelijk nog bescheiden. In november 1945 werd de verpleegprijs voor de volwassenen verhoogd tot drie gulden per dag en op 1 februari 1946 tot f 3,15, welke bedragen echter ver beneden de kostprijs lagen. Verdere prijsverhogingen bleken onvermijdelijk en hadden plaats op 1 januari 1947, op 1 januari 1948 en verder met een vaste regelmaat. Hoewel in de oorlog de uitzending naar sanatoria beter geregeld was door de invoering van de verplichte ziekenfondsverzekering voor werknemers in loondienst, constateerde men desondanks, dat nog altijd velen voortijdig het sanatorium verlieten. Met name deze groep bleef een groot gevaar vormen voor hun omgeving, zodat de strijd verder moest worden voortgezet.

HET EINDE IN ZICHT (1949-1960)

De teruggang van de tuberculose enige jaren na de oorlog was in feite een tendens, die al tientallen jaren tevoren had ingezet, maar door de wereldoorlog onderbroken was. In de eerste jaren na de oorlog bleef aanvankelijk het aantal nieuwe tuberculose-ziektegevallen in Nederland nog onrustbarend groot; overal in het land schoot de beschikbare sanatoriumcapaciteit volstrekt tekort. Men dacht een tijd lang het aantal sanatoriumbedden met nog 2500 te moeten uitbreiden. Maar na enige jaren bleek spoedig, dat geen behoefte aan verdere uitbreiding meer aanwezig was. In plaats van een ondercapaciteit was integendeel in korte tijd een aanzienlijke overcapaciteit aan sanatoriumbedden ontstaan.

Uit de sindsdien opgetreden sterke daling van de tuberculose kwam duidelijk vast te staan, hoe effectief de tuberculosebestrijding was geweest, met name in het opsporen en afdoende behandelen (of veilig stellen) van alle lijdens aan actieve tuberculose. Iedere patiënt immers, die onopgespoord, onbehandeld of onverzorgd in de bevolking achterbleef, was potentieel en vaak ook feitelijk uitgangspunt voor nieuwe ziektegevallen. Het bereikte resultaat kon dan ook alleen bereikt worden, doordat de tuberculosebestrijding onverminderd en massaal haar werkzaamheden had voortgezet.

De teruggang van de tuberculose kan allereerst gedemonstreerd worden aan het afnemen van de tuberculose-sterfte. De cijfers over de na-oorlogse jaren zijn het vermelden waard, omdat daaruit kan worden geconcludeerd, dat geleidelijk de tuberculose als doodsoorzaak nauwelijks meer van betekenis was.

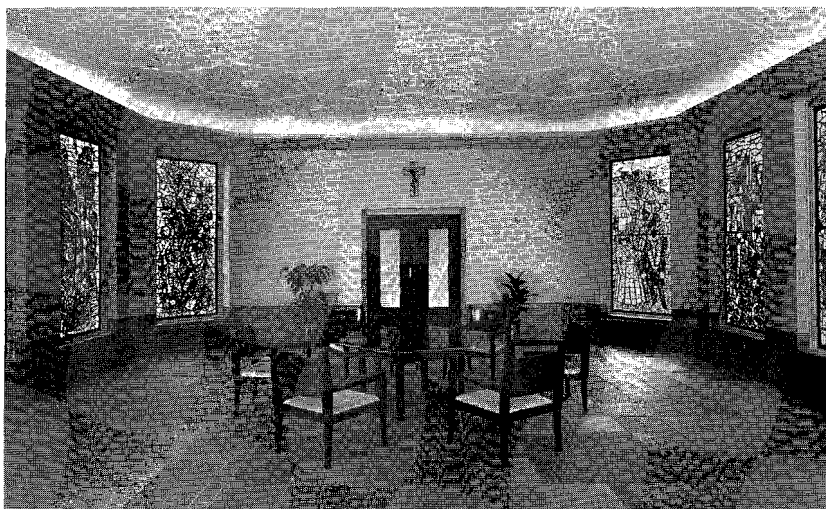
Bij deze cijfers moet worden aangetekend, dat de mortaliteit in 1950 al de helft minder was dan in 1947. De teruggang was iets groter voor de mannelijke bevolking dan voor de vrouwen. Merkwaardig is, dat in Limburg meer sterfte aan longtuberculose voorkwam dan aan andere



In april 1950 bezocht H. M. de Koningin het sanatorium. De rode loper verdween op deze dag onder de sneeuw. (Foto Bureau Het Zuiden).



Officiële opening van twee nieuwe paviljoens op 25 maart 1952 door staatssecretaris Dr P. Muntendam in aanwezigheid van Mgr G. Lemmens. (Foto Bureau Het Zuiden).



De nieuwe representatieve receptiehal werd tesamen met het hoofdgebouw op 28 april 1954 officieel geopend. (M. Koch).

Tabel 13. Het aantal sterftegevallen aan long- en andere vormen van tuberculose in Nederland en in Limburg, in absolute cijfers, 1950-1960¹²⁸

Jaar	Nederland	Limburg
1950	1922	201
1951	1657	175
1952	1178	135
1953	966	84
1954	798	117
1955	717	100
1956	596	121
1957	515	90
1958	482	101
1959	414	91
1960	325	96

vormen van tuberculose, waarvan de daling parallel verliep met de algemene teruggang in tuberculosemortaliteit. Deze heeft zich ook na 1960 voortgezet en bedroeg b.v. in 1966 nog maar 40% van de sterfte in 1960.

Er is een groot verschil te constateren in deze mortaliteitscijfers tussen de jongeren en de ouderen, waarbij de scheidingslijn ongeveer getrokken kan worden bij dertig jaar. Dit hangt samen met het al of niet positief zijn van de tuberculinereactie. Naargelang het aantal besmettingsbronnen verminderde en de kans op een besmetting met tuberkelbacillen kon worden voorkomen, werd met name de kans om reeds op jeugdige leeftijd een tuberculinereactie te krijgen, steeds kleiner. De leeftijd, waarop een positieve reactie min of meer regel is, schoof geleidelijk op naar latere leeftijd. De gevolgen hiervan komen ook aan het licht in het verschil tussen de tuberculose-mortaliteit tussen ouderen en jongeren.

Over het tuberculose-ziektecijfer zijn we eerst ingelicht sedert in de loop van de dertiger jaren de districtsconsultatiebureaux bij de artsen en de bevolking waren ingeburgerd en sedert de oorlog er nagenoeg alle patiënten werden ingeschreven. In de volgende cijfers gaat het om de tuberculosepatiënten, die in een bepaald jaar op een der bureaux als nieuwe gevallen werden ingeschreven. Men ziet uit volgende tabel, dat het aantal nieuwe patiënten van jaar tot jaar verder is afgenomen:

¹²⁸ Sterfte naar doodsoorzaak, leeftijd en geslacht. Gelichtdrukte tabellen c.b.s.

Tabel 14. Het aantal nieuw of opnieuw ingeschreven patiënten lijdende aan longtuberculose in Nederland en in Limburg, in absolute cijfers, 1949-1968¹²⁹

Jaar	Nederland		Limburg	
	absolute cijfers	index	absolute cijfers	index
1949	15.493	100	1.522	100
1950	14.301	92	1.299	85
1951	13.287	86	1.021	67
1952	12.148	78	1.072	70
1953	10.867	70	905	59
1954	8.848	57	842	55
1955	7.424	48	724	48
1956	6.479	42	595	39
1957	6.405	41	578	38
1958	6.116	39	625	41
1959	5.665	37	611	40
1960	4.971	32	513	34
1961	4.575	30	449	30
1962	4.155	27	369	24
1963	3.892	25	333	22
1964	3.308	21	342	23
1965	3.129	20	312	21
1966	3.089	20	274	18
1967	2.550	16,45	211	13,86
1968	2.557	16,49	223	14,65

Uitgangspunt in deze opstelling is het jaar 1949, omdat toen een verbeterde registratiemethode zijn beslag had gekregen. Commentaar bij deze massale daling van het aantal ziektegevallen is nauwelijks nodig. De morbiditeit daalde in Limburg tussen 1949 en 1954 tot minder dan de helft en verminderde van 23,6 per tienduizend inwoners in 1949 tot 6,4 in 1960. Ook de morbiditeit onder de buitenlanders, die in Limburg verbleven, werd heel gering. Hun aandeel in de Limburgse longtuberculose daalde van 8% in 1966 tot 1,8% in 1968.

In de na-oorlogse jaren was de opsporing zeer intensief ter hand genomen o.a. met behulp van schoolonderzoek, bedrijfsonderzoek, massale bevolkingsdoorlichting enz. Het gevaar van plotselinge omvangrijke infecties werd daardoor goeddeels voorkomen. Aansprakelijk voor de gunstige ontwikkeling was, naast de intensivering

¹²⁹ IJ. N. Oosterbaan, De teruggang van de tuberculose in Nederland, in Ziekenfonds-vragen, januari 1958. Dit artikel is een samenvatting van vroegere publikaties (zie noot 130).

van de opsporing, de efficiëntere behandeling van de tuberculosepatiënten tengevolge van de toegepaste operatiemethode en de ontdekking van nieuwe medicamenten.

In de jongere leeftijdsgroepen was de daling nog veel groter dan in de oudere leeftijdsgroepen, zoals uit de volgende tabel blijkt, die een momentopname geeft op een tijdstip (1954), toen de teruggang nog bezig was zich te voltrekken:

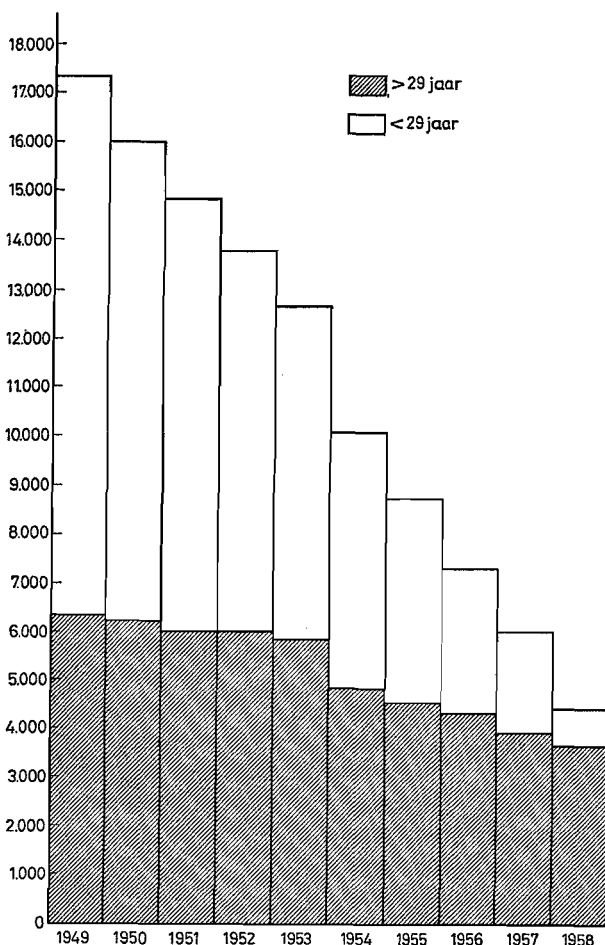
Tabel 15. Daling van de tuberculose in Limburg naar leeftijdsgroep, 1949-1954

Leeftijdsgroep	Tot welk percent t.o.v. 1949 was de morbiditeit in 1954 gedaald?	Tot welk percent t.o.v. van 1949 was de mortaliteit in 1954 gedaald?
0 tot 1 jaar	12%	14%
1 tot 4 jaar	40%	13%
5 tot 14 jaar	52%	24%
15 tot 19 jaar	43%	8%
20 tot 29 jaar	51%	15%
30 tot 39 jaar	81%	34%
40 tot 49 jaar	70%	27%
50 jaar en ouder	76%	45%

Hieruit blijkt, dat in de jongste leeftijd het ziekte- en sterftecijfer nog slechts een fractie bedroeg van 1949, maar dat de daling in de oudere leeftijdsgroepen veel langzamer verliep. In onderstaand diagram is dit nog overzichtelijker in beeld gebracht. De lawine-achtige daling versterkt de indruk, dat binnen de sterk verminderde morbiditeit de jongeren slechts een kleine minderheid vormen en dat de aflopende aard van de tuberculose meebrengt, dat de ziekte steeds meer in de oudere leeftijden geconcentreerd blijft.¹³⁰

Het kwaadaardig karakter van de tuberculose als volksziekte leek uitgebannen. Nederland had omstreeks 1950 al het laagste sterftecijfer aan tuberculose van alle West-Europese landen. Men zou hierin een gevolg kunnen zien van de intensieve opsporing en tuberculosebestrijding, van een meer hygiënische leefwijze, van betere voeding, woontoestanden enz. Toch bleven er nog enige zwarte gebieden over,

¹³⁰ IJ. N. Oosterbaan, De daling van morbiditeit en mortaliteit bij alle vormen van tuberculose in de jaren 1949-1955, in Tegen de Tuberculose, 52e jrg., 1956, nr. 3, p. 48-55. Een beschouwing naar aanleiding van de t.b.c.-morbiditeitscijfers van 1957. Voordracht door IJ. N. Oosterbaan op 16 januari 1959 voor de „sectie sanatoriumdirecties” te Utrecht. In Tegen de tuberculose, jrg. 55, blz. 49-59 en 70-79.



Grafiek 2. Tuberculose morbiditeit in Nederland

zoals het noordelijk deel van Limburg, het aangrenzende Oost-Brabant en het land van Maas en Waal – niet toevallig juist de sociaal minst ontwikkelde streken van ons land – waar de ziekte nog lang voortwoekerde.¹³¹ Men moest derhalve nog steeds op zijn *qui vive* blijven om de behaalde winst niet verloren te laten gaan.

¹³¹ J. van der Lee, *Epidemiologische aspecten in verband met de mortaliteit en morbiditeit aan tuberculose in deze eeuw*, in *Tegen de Tuberculose*, jrg. XLIX, sept.-okt. 1953, nr 5.

Ten gevolge van de vermindering van het aantal tuberculosepatiënten zou het aantal verpleegden in de sanatoria sterk zijn gedaald, als niet juist in deze jaren een steeds groter percentage van de nieuw ontdekte gevallen naar sanatoria was uitgezonden. Daardoor bleef aanvankelijk het verschijnsel van dreigende onderbezetting aan het oog onttrokken. In 1949 werd ongeveer 39% van de patiënten met actieve t.b. in een sanatorium opgenomen; na 1950 steeg dit tot ruim de helft van alle nieuwe ziektegevallen. De gemiddelde verpleegduur bedroeg in deze jaren in Nederland nog circa 17 maanden. Het aantal thuis-verpleegde patiënten gaf een scherpe daling te zien, nl. 64% van het totaal in 1947, 54% in 1950 en 40% in 1956.¹³²

In 1950 werd in Nederland een plan voor de naaste vijf jaar opgesteld, waarin men uitging van de gedachte, dat, zoals gezegd, het aantal sanatoriumbedden met 2500 zou moeten stijgen. Maar in 1952 kwam men al tot de conclusie, dat er helemaal geen behoefte aan uitbreiding meer was. Het jaarlijks aantal sanatoriumopnamen was in absolute cijfers belangrijk afgenomen.¹³³ Er volgde een korte periode van evenwicht tussen behoefte en capaciteit, waarna vrij snel het probleem van de lege sanatoriumbedden ontstond. In plaats van een ondercapaciteit was nu een overcapaciteit ontstaan, waardoor bijna alle instellingen in exploitatiemoelijkheden geraakten. Men kon immers de financiële tekorten in verband met deze leegloop niet blijvend opvangen door een verhoging van de verpleegprijs, ook al zou het wel gewenst zijn reservebedden ter beschikking te blijven houden. Het aantal sanatoriumbedden had men na de oorlog in snel tempo uitgebreid en bereikte een maximum van 9.100. Enige jaren bleef dit aantal gehandhaafd, maar toen waren dringend maatregelen vereist om tot een vermindering te komen. Eind 1957 waren al negentien sanatoria in ons land met in totaal 1.100 bedden verdwenen. Maar dit waren voornamelijk kleinere instellingen. De resterende 41 sanatoria hadden

¹³² Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid, 1950.

¹³³ Rapport inzake onderbezetting der sanatoria, uitgebracht door de sanatorium-commissie, ingesteld door de Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen, gestencild verslag 1956, 33 p.

Aanvullend rapport inzake het probleem der leegstaande sanatoriumbedden, uitgebracht door de coördinatie-commissie o.l.v. IJ. N. Oosterbaan op 29 november 1957. (In deze coördinatiecommissie hadden zitting de Stichting „Het Nederlands Ziekenhuiswezen”, de Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen, de sectie sanatorium-directies van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose, de Kon. Ned. Centr. Ver. tot bestrijding der tuberculose en de Stichting Nederlandse Sanatorium Verzekering).

met hun 7.700 bedden nog een veel te grote reservecapaciteit. Vooral de neutrale sanatoria hadden een grote leegloop, maar ook de vijftien katholieke sanatoria – waarvan de grootste waren het sanatorium Klokkenberg (540), Berg en Bosch (530), Hornerheide (480) en Dekkerswald (380) – moesten het probleem van omschakeling onder ogen zien.

Men verwachtte destijds, dat het aantal opnamen tot de helft zou teruglopen. Maar deze vermindering ging nog veel sneller in zijn werk, toen nieuwe behandelingsmethoden op grote schaal werden toegepast, waardoor de verpleegduur korter werd en een veel snellere doorstroming plaats had. Het probleem van onderbezetting en onbezette ruimten versnelde het proces van reorganisatie. Verschillende sanatoria hadden reeds een nieuwe doelstelling gezocht, met name verschillende instellingen in het Gooi. Na 1958 moesten nog meer sanatoria omschakelen om een débâcle te vermijden.

Niet alle inrichtingen waren evenwel geschikt om naast tuberculosepatiënten nog andere zieken in verpleging te nemen, afgezien van de vraag of een dergelijke versnippering van de vroegere sanatoriumcapaciteit over talrijke kleine inrichtingen wel doelmatig was. Richtinggevend voor de toekomst van de katholieke sanatoria was een rapport, dat in 1956 werd uitgebracht inzake de onderbezetting der sanatoria door de sanatoriumcommissie, ingesteld door de vereniging van katholieke ziekenhuizen. Hierin werd de weg gewezen naar nieuwe mogelijkheden, die gedeeltelijk elders al in praktijk waren gebracht.¹³⁴ Dit proces heeft zich inmiddels in vrij korte tijd voltrokken. Een aantal sanatoria is omgeschakeld op verpleging van chronische patiënten, revalidatie e.d. Het aantal bestaande instellingen werd sterk ingekrompen, terwijl sommige sanatoria door hun bouw, accommodatie en inrichting nog enige paviljoens voor de verpleging van tuberculosepatiënten in stand hielden. Dit was ook het geval met het sanatorium Hornerheide, dat op de eerste plaats nog een vrij groot achterland bezat en op de tweede plaats door zijn paviljoensysteem de mogelijkheid bezat om verschillende verpleegeenheden gescheiden naast elkaar te exploiteren.

UITBREIDING VAN DE GEBOUWEN

Inmiddels had het Limburgse sanatorium een bewogen tijd achter de rug. Rond 1950 scheen alles er nog op te wijzen, dat Hornerheide

¹³⁴ IJ. N. Oosterbaan, *De teruggang van de tuberculose in Nederland*, a.w.,

decennia lang dienst zou moeten doen en dat de beschikbare ruimte niet uitgebreid genoeg zou kunnen zijn. Dit blijkt het beste uit de bedrijvige bouwactiviteit in de eerste helft van de 50-er jaren.

Op een der paviljoens werd begin 1950 een verdieping gebouwd, bestemd voor de verpleging van zieke zusters. In hetzelfde jaar werd het hoofdgebouw uitgebreid met een vleugel voor directeurskamer, inwonende assistenten en voor de medische bibliotheek; tevens werd de observatie- en operatieafdeling in de andere vleugel met 14 kamers vergroot. Tussen 1950 en 1953 werden verder nog twee assistentenwoningen gebouwd en in 1958 een derde woning.

De belangrijkste uitbreiding had plaats, toen in 1952 twee nieuwe paviljoens gereed kwamen, die elk plaats boden aan 70 patiënten. Daarmee was Hornerheide een van de grootste sanatoria van ons land geworden. Een klein gedeelte van de nieuwbouw diende ter vervanging van oude gebouwen, maar de totale beddenscapaciteit steeg nu tot 500 bedden. Op 25 maart van dat jaar had de opening plaats en werden aanstonds de gebouwen in gebruik genomen. Deze paviljoens waren iets anders van opzet: zeer lang met weinig diepte, met aan de voorkant afgescheiden open beddenhallen voor ongeveer tien bedden. Er werd enige ruimteverwarming in de hallen aangebracht voor de bezoekers; voor de patiënten fungeerde een elektrisch verwarmde deken als warmtebron. Het tot de beddenhallen reikende bos, afgewisseld met lagere beplanting, bood beschutting tegen regen en wind. Om de bezwaren van de paviljoenbouw enigszins te ondervangen, werden de gebouwen onderling verbonden door overdekte open gangen.¹³⁵ Deze nieuwe paviljoens kregen de namen van Ariëns en Poels, zoals ook de andere gebouwen langzamerhand een eigen naam hadden gekregen (zo bestond o.a. al een Maria- en Lidwinapaviljoen). Een van de oude paviljoens kreeg de naam Reinildapaviljoen en werd na een grondige vernieuwing in gebruik genomen voor vrouwelijke patiënten. Ook een van de andere gebouwen van oudere datum, dat de naam Aloysius-paviljoen was gaan dragen, kreeg een degelijke opknappbeurt. De beschikbare accommodatie werd daardoor aanzienlijk verbeterd. Deze modernisering ging nog verder in 1956 en 1957, toen twee andere oude houten paviljoens aan de beurt kwamen; zij kregen een betere indeling, doordat de ervoor gebouwde hallen bij de zaalruimte werden getrokken. In elk van deze paviljoens waren nu zes

¹³⁵ IJ. N. Oosterbaan, *Uitbreiding sanatorium Hornerheide, in Tegen de Tuberculose*, jrg. XLVIII, mei-juni, 1952 nr 3.

kamers met telkens zes bedden aan de voorkant beschikbaar en nog enige éénpersoonskamers aan de achterzijde. In 1958 onderging ook het uit 1928 daterende stenen paviljoen – gevolg van de „tegendraadse dag” – (zie blz. 67) een soortgelijke verbouwing met een iets andere indeling van de verpleegruimten.

Ook de technische diensten werden aan de nieuwe situatie aangepast. De watercentrale werd belangrijk verbeterd en de chef technische dienst kreeg een dienstwoning binnen het sanatoriumterrein. In 1955 werd de portiersloge in gebruik genomen. Alle verpleegruimten, die vroeger niet of nauwelijks verwarmd waren, werden in 1957 op de centrale verwarming aangesloten, die van kolen op olie was overgeschakeld. Door het aanbrengen van schuiframen kon het open voorfront van de paviljoens geheel of gedeeltelijk worden afgesloten. De strenge eis van open luchtkuur, die vroeger ook in de winter voor de verpleging gold, werd door deze verbouwingen enigszins gemilderd. Een verdere fase in de bouwplannen werd afgesloten, toen in 1954 een tweede verpleegstershuis gereed kwam.

Al deze plannen werden ontworpen en uitgevoerd onder leiding van architect C. M. van Moorsel (1892-1962) te Voorburg, die van 1936 tot en met 1955 alle verbouwingen, modernisering en uitbreidingen heeft uitgevoerd. Hij genoot een bijzondere reputatie vanwege zijn ervaring met de sanatoriumbouw en was o.m. een van de bouwmeesters van het in 1932 nieuw gebouwde sanatorium Berg en Bosch te Bilthoven. Ook Hornerheide heeft in zijn meest dynamische periode van zijn voortreffelijke eigenschappen geprofiteerd.

Een voorlopige afronding van de bouwactiviteiten werd bereikt met de verruiming en verfraaiing van het hoofdgebouw, dat in de loop der jaren bij de andere gebouwen wat achterop dreigde te raken. Er werd vóór het bestaande gebouw in 1954 een nieuw voorfront in steen opgetrokken, in welke ruimten de administratie werd ondergebracht. Een grote royale hal vormde de verbinding met het oudere gedeelte, dat nu uitsluitend ten dienste kwam van de medische afdelingen. Deze hal werd kostbaar verfraaid, toen het zilveren jubileum van de geneesheer-directeur als aanleiding werd aangegrepen om in deze receptie-hal op kunstzinnige manier de dankbaarheid tot uitdrukking te brengen voor het vruchtbare werk, dat in Hornerheide was verricht: Charles Eijck ontwierp zes grote glas-in-lood ramen, Dolf Wong bracht de plafondversiering aan, een aparte meubilering verrijkte het geheel, terwijl aan de wand een plattegrond in scrafito een beeld gaf van de gebouwen en terreinen. Met enige plechtigheid werd deze

decoratieve receptiehal in 1955 in gebruik genomen, die sindsdien de dank van de patiënten en medewerkers tot uitdrukking brengt en herinnert aan de onvermoeibare strijd tegen de tuberculose.

...MAAR DALING VAN HET AANTAL PATIËNTEN

Deze periode van expansie werd vrij abrupt beëindigd. In de tweede helft van de vijftiger jaren moest men plotseling na een periode van hoogspanning terugschakelen naar een kleinere bezetting en ging het patiëntenbestand net zo hard achteruit als het aanvankelijk was gestegen. Verhoudingen, die onderhand gestabiliseerd leken o.a. wat betreft accommodatie, bedden capaciteit, verpleegduur, behandeling enz. schenen hun geldigheid te verliezen. Duidelijk blijkt dit uit de cijfers omtrent de patiëntenbeweging in de laatste twintig jaren:

Tabel 16. Het aantal opgenomen patiënten, de gemiddelde bezetting en het aantal verpleegdagen in het sanatorium Hornerheide, 1949-1970¹³⁶

Jaar	Opgenomen patiënten	Gemiddelde bezetting	Aantal verpleegdagen
1949	331	408	148.881
1950	275	425	155.147
1951	270	432	157.589
1952	332	454	166.187
1953	326	482	176.083
1954	308	480	175.232
1955	274	468	170.832
1956	293	430	157.099
1957	312	380	138.840
1958	376	350	127.948
1959	313	342	124.825
1960	271	289	105.664
1961	250	261	95.214
1962	221	204	74.442
1963	216	189	68.936
1964	222	189	69.321
1965	182	157	57.332
1966	175	140	51.176
1967	140	114	41.786
1968	135	110	40.355
1969	159	100	36.471
1970	101	78	28.579

¹³⁶ Deze gegevens zijn steeds uitvoerig in de periodieke jaarverslagen opgenomen. De cijfers over 1969 en 1970 werden nog niet eerder gepubliceerd.

Sprekender dan in deze tabel kan de daling van de tuberculose, zoals die in Hornerheide tot uiting kwam, nauwelijks weergegeven worden. Men ziet hierin, hoe het jaar 1953 min of meer het maximum aangeeft en hoe sindsdien de cijfers met een vaste regelmaat verminderen. De capaciteit was in 1953 tot circa 500 bedden uitgebreid, waarvan tien jaar later nog niet de helft bezet was. De daling openbaarde zich het eerst in de vermindering van het aantal verpleegdagen, wat samenhangt met de kortere verpleegduur als gevolg van de gewijzigde behandelingsmethode. De nieuwe situatie werd daarna ook zichtbaar in de afnemende bezetting, die sedert 1962 gemiddeld lager was dan het aantal opnamen.

Tot 1965 bleef het aantal opgenomen patiënten nog betrekkelijk hoog, wat door bijzondere oorzaken wordt verklaard. Naar verhouding werden namelijk steeds meer ziektegevallen in Hornerheide opgenomen; over de jaren 1948 t/m 1952 was de opnamefrequentie zelfs in Limburg het hoogst van heel het land (10.1 per tienduizend bij de n.s.v. verzekerden). Daarbij kwam, dat het aantal patiënten met primaire tuberculose sterker was gedaald dan het aantal lijdens aan niet-primaire tuberculose. Deze eerste soort was goedaardig en noodzaakte niet onmiddellijk tot sanatoriumverpleging; deze patiënten behoorden doorgaans tot de groep, die thuis had gekuurd. Maar langzamerhand werd de primaire tuberculose een zeldzaam verschijnsel. Met de daling van het ziektecijfer werd de aard van de ziekte ernstiger. Ongeveer 32% van de patiënten, die in 1952 in een Nederlands sanatorium verbleven, had al eerder gekuurd, hetgeen dus wijst op een hoge frequentie van het recidivisme.¹³⁷

In Hornerheide werden over deze gehele periode van jaar tot jaar steeds ernstiger patiënten opgenomen, wat ook verklaart, waarom de verpleegduur ondanks de grote veranderingen in de therapie nog zo lang bleef. Door de enorme inspanningen, die men zich jarenlang getroost had om door middel van het massale bevolkingsonderzoek en het periodiek onderzoek op scholen, bedrijven, gestichten, instellingen enz. nieuwe patiënten op te sporen, konden veel gevaarlijke infectiebronnen worden geïsoleerd door uitzending naar een sanatorium. Hieruit blijkt de dubbele functie van het sanatorium, zowel in preventief als curatief opzicht. In bijzondere gevallen, zoals met de gerepatrieerden uit Indonesië, de Hongaarse vluchtelingen en in latere

¹³⁷ M. Russchen, Enige cijfers en beschouwingen over sanatoriumpatiënten, in Tegen de Tuberculose, jrg. XLIX, nov. dec.-1953, nr 6.

jaren de buitenlandse gastarbeiders, hadden zulke maatregelen een bijzonder gunstig effect en kon het ziektecijfer steeds verder blijven dalen. Het gevolg was wel, dat de sanatoria hun taak verzwaard zagen door de ernst van de ziektegevallen, die er werden opgenomen.

Opmerkelijk is verder de veranderde samenstelling van de patiënten naar geslacht en leeftijd. Er had een toenemende vergrijzing plaats, doordat de oudere patiënten als groep in omvang gelijk bleven en met de vermindering van de bezetting dus een steeds groter aandeel op het totaal vormden. In 1953 was slechts 5% van het aantal opgenomen patiënten 60 jaar of ouder; in 1963 was hun aandeel tot 25% gestegen en sindsdien vormen zij meer dan een derde van het totaal. Daarentegen is de opname uit de leeftijdsgroep van 20 t/m 59 jaar meer dan gehalveerd. De daling in de leeftijdsgroep van 0 t/m 19 jaar zou nog groter zijn geweest, als er geen buitengewone factoren in het spel waren gekomen. Toen namelijk in 1963-'64 Maria Auxiliatrix als sanatorium was opgeheven en tot verpleeghuis was omgeschakeld, moest Hornerheide iets meer jeugdige patiënten opvangen.

Verder ontstond in Hornerheide een groot mannenoverschot, omdat tweemaal zoveel mannen als vrouwen werden opgenomen. Dit correspondeert met de landelijke morbiditeitscijfers, die b.v. voor de jaren 1964-66 aangeven, dat het aantal nieuw ontdekte tuberculosepatiënten voor bijna twee derde uit mannen bestond en slechts voor iets meer dan een derde uit vrouwen. In de oudere leeftijden is de verhouding voor de mannen nog ongunstiger; in de groep boven 60 jaar trof men in Horn drie à vier maal zoveel mannen als vrouwen aan.

Toen de bezetting van het sanatorium verminderde, had men de gelegenheid benut om de huisvesting van de patiënten aanzienlijk te verbeteren. De grote verpleegeenheden waren nu omgebouwd tot kleinere ruimten, die veel aantrekkelijker waren ingericht. De paviljoens van vroeger waren herschapen tot gezellige sfeervolle eenheden met een vrijere opstelling, met een huiselijke wandversiering en met een breed uitzicht op de bosrijke omgeving, waardoor men zich niet meer in de sfeer van het ziekenhuis waande. Deze maatregelen kwamen de verpleging beslist ten goede.

Ook aan de omgeving werd grote aandacht besteed. De eentonigheid van de stram in het gelid staande dennen wist men op een prettige manier te doorbreken door de bosaanplanting te variëren met andere boomgroepen en met verschillende struiken, heesters en planten. De aanleg, beplanting en onderhoud van het terrein had plaats door de

eigen tuindienst, vaak naar rechtstreekse aanwijzingen van IJ Oosterbaan, die veel liefde had voor deze mooie bosrijke omgeving. In 1949 en 1951 werd aan de west- en aan de zuidzijde nog een strook terrein aangekocht o.a. in verband met de uitbreiding van de gebouwen. Ook hier werden jonge dennen aangeplant. In 1954 nam het sanatorium een weg langs de zuidkant over, waaraan de woningen voor de drie artsen en de rector waren gelegen. Dit was de weg, waarlangs op 16 november 1944 de eerste Engelse militairen met hun tanks het sanatorium kwamen bevrijden; vandaar dat deze weg nog steeds Bevrijdingsweg heet. Nadat deze weg eerst op kosten van het sanatorium was verhard, droeg de gemeente Horn deze in eigendom aan Hornerheide over. In 1960-1961 gelukte het om langs deze „Eigen Weg” nog enkele aansluitende percelen grond te kopen, waardoor het terrein kon worden afgerond. In 1962 legde Provinciale Waterstaat een groot parkeerterrein aan langs de Heythuiserweg.

Het accent in deze periode was niet meer zozeer gericht op een uitbreiding van ruimten, maar beoogde vooral de inrichting van het geheel een fraaier en doelmatiger aanzien te geven. De outillering van de gebouwen was aanzienlijk verbeterd en de technische en medische apparatuur belangrijk vernieuwd. Voor de patiënten bood dit het voordeel, dat men daardoor meer mogelijkheden had gekregen om verpleegeenheden te vormen van zieken, die bij elkaar pasten, wat vooral met het oog op de gewijzigde samenstelling van de patiënten van belang was. Bovendien kwamen deze veranderingen tegemoet aan de eisen van de gewijzigde therapie.

THERAPIE

In de therapie van de sanatoria hebben zich in de vijftiger jaren enorme veranderingen voltrokken, meer in het bijzonder in de medicamenteuze en chirurgische therapie, die een revolutie in de tuberculosebehandeling brachten. Van de grootste betekenis was de ontwikkeling van de chemotherapie. Met nieuwe geneesmiddelen als streptomycine, P.A.S. en I.N.H., latere middelen als E.M.B. en R.M.P. had men machtige bestrijdingswapens in de hand gekregen, terwijl de vroegere bezwaren van toxiciteit en resistentie steeds meer werden ondervangen. De betekenis van de chemotherapie is tenslotte veel groter gebleken en voor veel meer patiënten van belang dan de chirurgische therapie. Ook de operatieve behandeling van longtuberculose heeft een grote

omwenteling teweeg gebracht. De resectietherapie heeft de collaps-therapie in belangrijke mate verdrongen. In 1952 bestond al meer dan de helft van alle gevallen, die een actieve behandeling ondergingen, uit resectie, waarvan 84% in de vorm van segmentectomie of lobectomie en 16% in de vorm van pneumectomie. Een kwart van alle Nederlandse sanatoriumpatiënten onderging toen een ectomie.¹⁸⁸ Opmerkelijk is de snelle verbetering, die met deze operatieve behandeling werd bereikt. In de eerste jaren na de oorlog moesten vaak grote delen van de long worden weggenomen. Er waren toen nog betrekkelijk veel - vroeger ongeneeslijk verklaarde - patiënten, waarvan de longen volledig waren aangetast (destroyed lungs), die nu operatief konden worden geholpen. In latere jaren, toen deze soort patiënten grotendeels behandeld waren, kon men volstaan met ectomieën van doorgaans kleiner longgedeelten.

Hornerheide heeft in deze ontwikkeling mede voorop gestaan, omdat het sedert 1950 een tijdlang een voor Limburg exclusieve kliniek voor longziekten is geweest, waar regelmatig twee middagen per week longoperaties werden uitgevoerd. Aanvankelijk waren dit nog veelal oudere chirurgische verrichtingen als extrapleurale pneumothorax, thoracoplastiek, middenrifverlamming, strengdoorbranding enz. Sedert ± 1950 begon op de eigen operatie-afdeling van Hornerheide de resectie het hoofdbestanddeel te vormen van de longoperaties: in de periode 1948-1953 hadden 449 intra-thoracale ingrepen bij longtuberculose en andere ziekten plaats; in de jaren 1954-1958 was dit aantal tot 768 gestegen en van 1959-1968 daalde dit weer tot 585. Het aantal resecties is sindsdien steeds verder verminderd.

Verder zijn in de jaren 1954-1963 nog 142 andere operaties verricht. Er werden bovendien ook verschillende patiënten met extra-pulmonale tuberculose ter behandeling in Hornerheide opgenomen, waarvan in de jaren 1949-1959 bijna de helft werd behandeld door middel van chirurgisch ingrijpen. Dit waren voornamelijk operaties van urogenitale tuberculose, en van operaties aan de wervelkolom en aan de gewrichten, die meestal tot volledig herstel leidden. Halverwege de vijftiger jaren begonnen de voornamelijk diagnostische ingrepen bij longziekten: Daniëlsbiopsie (192) en sinds 1963 medivastinoscopie (137). Deze laatste operatie dankt men vooral aan de daarin gespecialiseerde chirurg Kortlandt.

In de zestiger jaren is het aantal operatieve ingrepen in Hornerheide

¹⁸⁸ M. Russchen, Enige cijfers en beschouwingen over sanatoriumpatiënten, a.w.

beduidend verminderd. Dit komt in de eerste plaats omdat de operatieve therapie als behandelingsmethode thans naar de achtergrond is gedrongen en de moderne antibiotica in de behandeling zijn gaan overwegen en in beginnende gevallen chirurgisch ingrijpen overbodig maken. Bovendien zijn er minder operaties nodig door de sterke terugloop van het aantal – vooral ernstige en verwaarloosde – tuberculosepatiënten. Tenslotte worden longoperaties thans ook in andere Limburgse ziekenhuizen uitgevoerd, zodat in Hornerheide, dat vroeger min of meer een tijdlang een monopolie had, nog maar zeldzaam longoperaties worden verricht. Deze vermindering is zo sterk geweest, dat zelfs de operatiezuster momenteel grotendeels een andere functie heeft gekregen.

De operatieve en klinische behandelingen werden uitgevoerd door een team van specialisten, die naar behoefte incidenteel of geregeld in het sanatorium werkzaam waren. In deze werkgroep hebben vooraanstaande plaatsen ingenomen de chirurg Landman, de patholoog-anatoom van der Zalm en de beide latere Nijmeegse hoogleraren W. Brinkman voor bronchoscopieën en J. Crul voor narcose. Het zou te ver voeren – wegens de duur en wisseling van hun medewerking – allen te noemen, die in Hornerheide hierbij betrokken waren. De verantwoordelijkheid voor diagnose en selectie voor bepaalde ingrepen en andere therapeutische handelingen, voor zover het tuberculose en longaandoeningen van andere aard betreft, berustte in laatste instantie bij de geneesheer-direkteur en zijn medische staf, bestaande uit een wisselend aantal artsen.

De nieuwe behandelingsmethoden betekenden niet, dat de bedrustkuur werd afgeschaft, want deze gold nog steeds als de basis voor elke verdere behandeling. De longoperaties en de antibiotica hebben echter de kuur veel effectiever gemaakt, zodat de duur van de ziekte kon worden ingekort. Het proces van volledig herstel volgt thans veel sneller en kan gedeeltelijk ook thuis worden afgerond. Toch is ook na de wijzigingen in de tuberculose-behandeling de verpleegduur gemiddeld nog vrij lang in vergelijking met die van andere ziekten.

De gemiddelde verpleegduur voor alle patiënten (inclusief een groot percentage – 18% – dat de kuur voortijdig afbrak en derhalve het gemiddelde van de kuurtijd drukt) was in 1954 anderhalf jaar. In 1969 was het exacte gemiddelde 8,7 maanden; in 1970 tenslotte 8,4 maanden. Globaal mag men dus concluderen, dat de verpleegduur met de helft gedaald is.

Maar in vergelijking met vroeger zijn nog veel overeenkomsten in de

gemiddelde verpleegtijd blijven bestaan. In 1949 duurde een volledige kuur voor $12\frac{1}{2}\%$ van de patiënten van zes maanden tot één jaar en in $23\frac{1}{2}\%$ van alle gevallen van één jaar tot anderhalf jaar. Opmerkelijk is, dat vijf jaar later bij een geheel andere behandelingsmethode deze zelfde gemiddelde verpleegduur nog voor 30% resp. 24% van de patiënten geldt. Er waren dus wel meer patiënten, die met een verpleging van zes maanden tot een jaar konden volstaan. Een bekorting is voornamelijk gekomen voor die groep patiënten, die vroeger langer dan anderhalf jaar moest kuren. Gemiddeld bracht toen 30% van de patiënten een periode van anderhalf tot drie jaar in Hornerheide door. Het percentage van deze groep daalde tot minder dan de helft (14% in 1958). Dienovereenkomstig gestegen is de kuurtijd, die hooguit zes maanden belooft, wat vroeger uitzondering was (7 à 8%) en thans voor bijna een kwart van de patiënten de gemiddelde verblijfsduur is. Tenslotte is er nog de betrekkelijk kleine groep, die langer dan drie jaren moest kuren, waarvan de toestand in al deze tijd weinig verbetering onderging. Rond 1950 was dit ongeveer 10% van het totaal. Ondanks alle revolutionaire veranderingen in de tuberculose-behandeling is deze groep nog altijd 9% van het totaal. Dit laatste hangt ook samen met het feit, dat het sanatorium geconfronteerd werd met zeer ernstige patiënten, zoals reeds werd aange-
stipt. Niet minder dan 35% van alle patiënten behoorden tot de zware

Tabel 17. Medische resultaten sanatorium Hornerheide, 1948-1958

	1949-1951	1956-1958
<i>Lichte gevallen</i>		
practisch hersteld	30%	71%
aanmerkelijk verbeterd	26%	13%
stationair	44%	15%
verslechterd	—	1%
<i>Meer ernstige gevallen</i>		
practisch hersteld	34%	78%
aanmerkelijk verbeterd	33%	19%
stationair	33%	1%
verslechterd	1%	1%
<i>Zware gevallen</i>		
practisch hersteld	63%	62%
aanmerkelijk verbeterd	22%	26%
stationair	7%	2%
verslechterd	8%	10%

gevallen, waarbij een of meer cavernen konden worden aangetoond en steeds positief sputum werd gevonden. Het aantal meer ernstige gevallen (zonder duidelijke cavernen, maar met zwak positief sputum bij onderzoek) varieerde van 35% tot 50% in deze jaren. Op het einde van deze periode begonnen de lichte gevallen weer toe te nemen. De medische resultaten dienen we naar de aard van de ziektegevallen af te meten. Een indruk van deze resultaten geeft tabel 17.

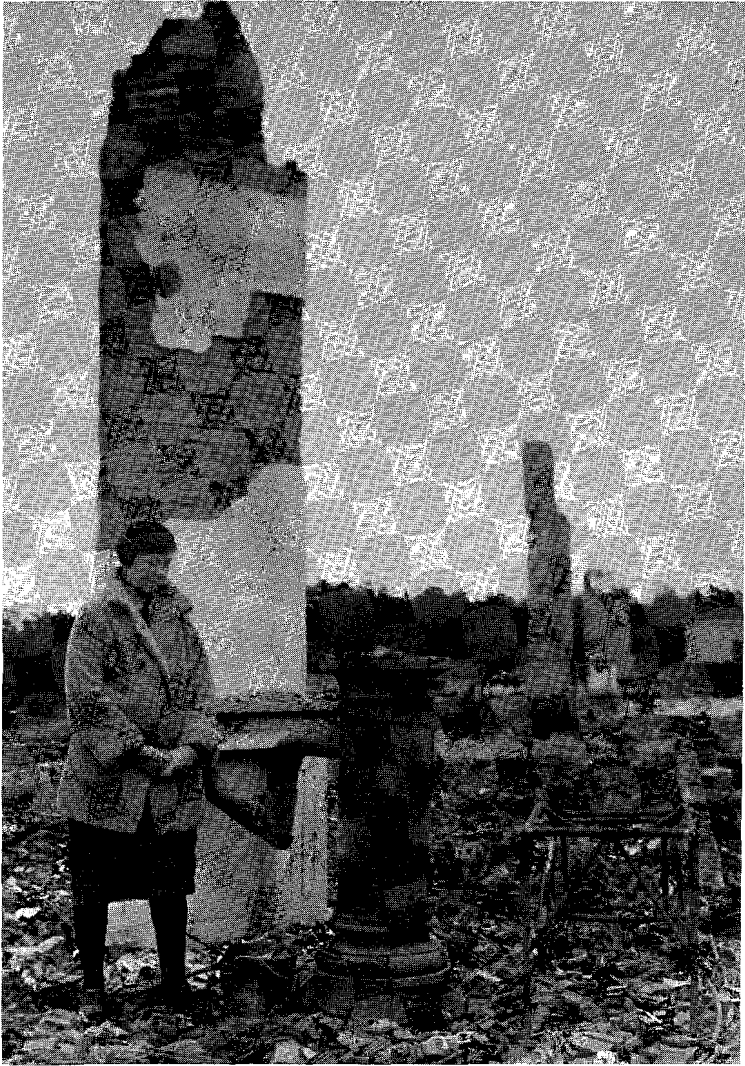
Uit dit overzicht blijkt, dat in korte tijd vooral de lichte en de meer ernstige patiënten een grote vooruitgang boekten. Met name de groep van de ontslagen patiënten, die nagenoeg geheel hersteld het sanatorium verlieten, werd belangrijk groter. Opvallend is, dat daarentegen bij de zware patiënten minder vooruitgang kon worden geboekt, waar ook de moderne therapeutische middelen het herstelproces niet merkbaar konden verbeteren. In het algemeen stemmen deze cijfers echter tot grote tevredenheid, omdat immers van de ontslagen patiënten 85% à 90% negatief sputum had.

Dank zij het versneld herstel en de verkorting van de gemiddelde verpleegduur kon een snellere doorstroming van de patiënten worden bereikt, maar dit effect ging gedeeltelijk weer verloren, doordat een steeds groter percentage van de nieuw ontdekte tuberculosegevallen naar Hornerheide werd uitgezonden.

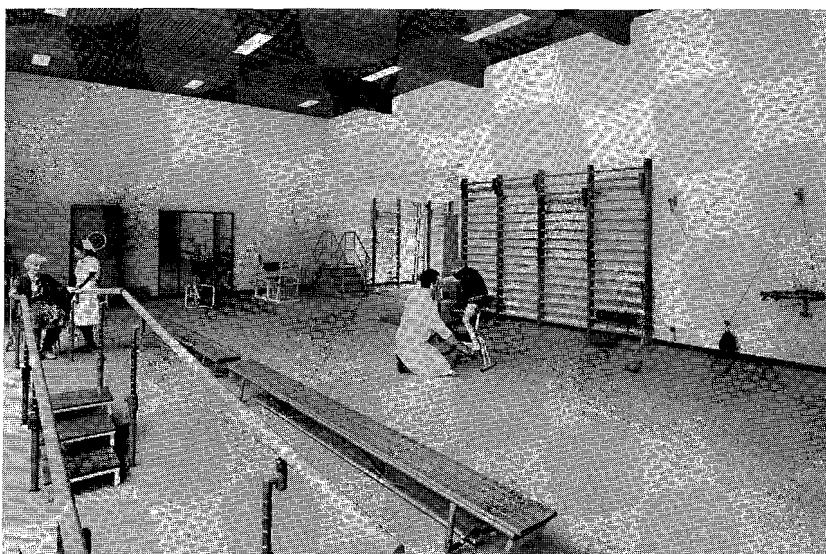
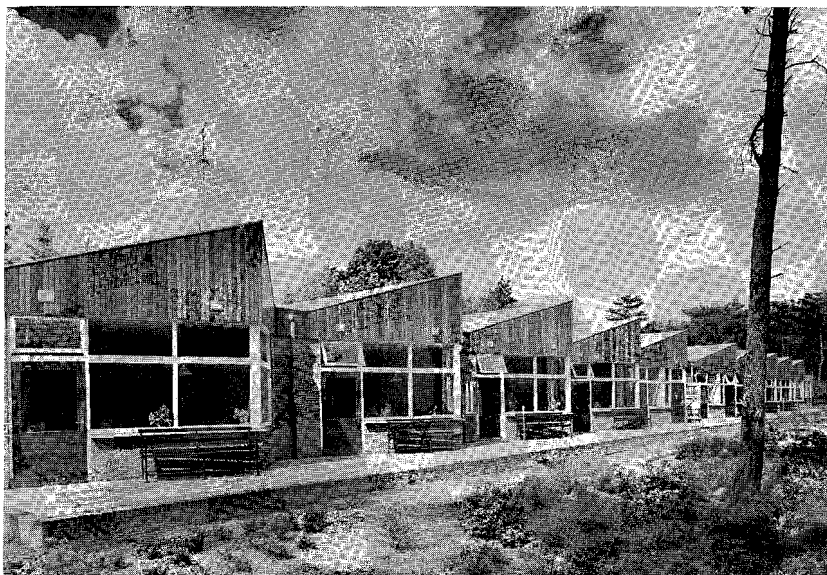
VERPLEEGPRIJS

Financiële problemen speelden bij de opname nauwelijks een rol meer. Sinds de invoering van de ziekenfondswet voor de werknemers in loondienst werden 75% van de kosten van sanatoriumverpleging vergoed. Aanvullende verzekering was in collectief verband mogelijk bij de Nederlandse Stichting voor Sanatorium-Verzekering (N.S.V.) waarbij de meeste werknemers vrijwillig waren aangesloten. Ook de particuliere ziektekostenverzekeringen behelsden doorgaans een dekking tegen de kosten van sanatoriumverpleging. Een opname in een sanatorium behoefde dan ook niet vaak meer op financiële bezwaren af te stuiten en zelfs in deze gevallen maakten de ondersteuningsfondsen toch soms nog een uitzending mogelijk.

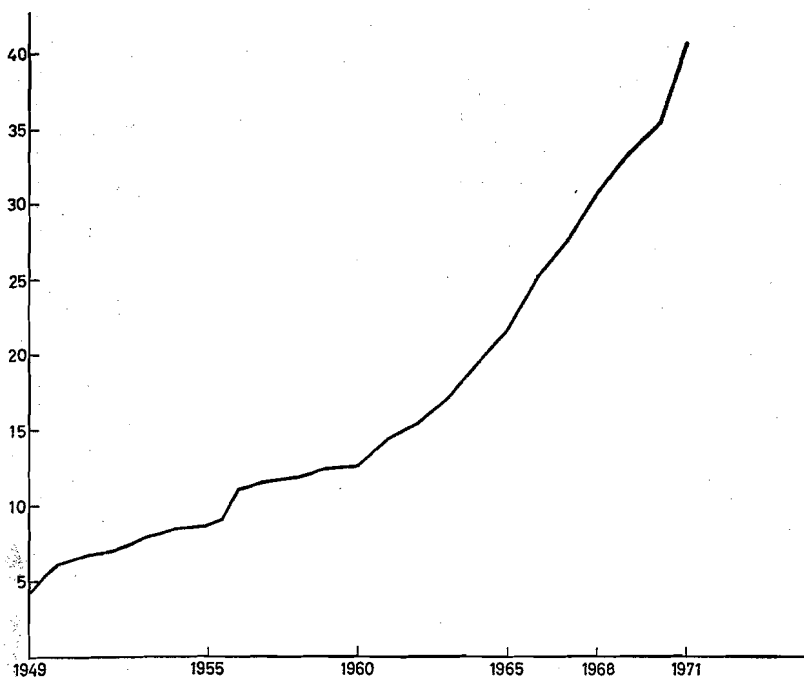
Zo ontstond de paradoxale situatie, dat in een tijdvak, waarin de verpleegtarieven met komeetachtige vaart omhoog schoten, deze hogere kosten toch geen belemmering meer waren. Omtrent de stijging van de tarieven geeft de volgende grafiek een duidelijk beeld:



Op 6 maart 1927 bleef van een houten paviljoen na een brand niet veel meer over.
(Foto Bureau Het Zuiden).



Het nieuwe verpleegtehuis, dat op 18 november 1967 officieel werd geopend. Beneden een blik op de moderne fysieke therapie, zoals die in dit verpleegtehuis wordt toegepast. (M. Koch).



Grafiek 3. Verpleegprijzen (3e klas) van het sanatorium Hornerheide in gulden

Toelichting bij deze opvallende serie tariefsverhogingen kan hier achterwege blijven. De discussies omtrent de huidige kosten van de medische voorzieningen zijn immers voldoende bekend. Onloochenbaar bestaat er in elk geval een direct verband tussen de tariefstijging en de steeds grotere personeelsuitbreiding. Ondanks het geringer aantal patiënten werd de personeelsbehoefte voortdurend groter, vooral toen naast het sanatorium andere verpleegafdelingen ontstonden.

PERSONEEL

In 1956 bedroeg het aantal personeelsleden in totaal 219, waaronder 70 zusters-religieuzen, 40 leken-verpleegsters en leerlingen en 50 huis-houdelijke helpsters. Dit betekent een gemiddelde van één personeelslid op twee patiënten. In de jaren rond 1960 bleef het personeel onge-

veer stabiel, maar daalde het aantal patiënten, zodat toen ongeveer de verhouding was één personeelslid op 2.7 patiënten. In de laatste jaren is het totale personeel weer gestegen tot \pm 250, wat een verhouding geeft van één personeelslid per elke patiënt. Het aantal religieuzen liep zeer sterk terug, daalde van 70 in 1956 tot 57 eind '64 en bedraagt thans 44. Het lekenelement in de verpleging is steeds groter geworden. Begonnen met enkele verpleeghulpen (4) in 1948 groeide het aantal verpleegsters, leerling-verpleegsters, verpleeghulpen en leerling-hulpen tot 33 (waaronder 5 mannen) in 1954 en tot 211 einde 1969. De leiding van het sanatorium heeft in de afgelopen jaren getracht in de behoefte aan lekenverpleegsters ook zelf te voorzien. Tot 1953 bestond er nog slechts een eigen tweejarige opleiding tot „verpleeghulp”, maar sinds dat jaar is het sanatorium door het Rijk erkend als opleidingsinstelling voor het diploma A ziekenverpleging met beperking tot het eerste leerjaar van deze driejarige cursus, welk eerste leerjaar in Hornerheide over twee jaren werd gespreid. Sinds deze erkenning kon men jaarlijks een tiental hiervoor geslaagden afleveren, die daarna in een ziekenhuis hun opleiding gingen voortzetten. Toen men naast de opleiding tot ziekenverpleegster een eenvoudiger cursus, eveneens door het Rijk erkend, voor ziekenverzorgster in het leven riep, kwam deze tweejarige opleiding in de plaats van de vroegere opleiding ziekenverpleging A. Degenen, die enkel de oude opleiding (van vóór 1953) gevolgd hadden, kregen in 1963 een bijscholing van een jaar tot ziekenverzorgster. De huisvesting van het groeiend aantal verplegenden kostte nogal wat hoofdbreken. In 1951 richtte men een voorlopig tweede gebouw in, dat in 1954 werd vervangen door het nieuwe tweede verpleegsterstehuis.

Bij de genezing van tuberculosepatiënten hangt veel af van de kwaliteiten van het modern geschoold verplegend personeel. Het gedrag en het geestelijk evenwicht van dit soort langdurige zieken is soms zeer labiel en behoeft naast de gewone verzorging ook een gunstige psychische begeleiding om het genezingsproces te bevorderen.¹³⁹ De

¹³⁹ Over de psychologische begeleiding van tuberculosepatiënten zie:

Dr W. Bronkhorst, Het psychisch moment bij de behandeling van de longtuberculose. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van buitengewoon hoogleraar in de longziekten aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, 6 december 1948, Utrecht 1948.

R. J. van Helsdingen, De psychologie van de tuberculosepatiënt. (Mogelijkheden van psychotherapie). Proefschrift Rijksuniversiteit Leiden, Amsterdam 1951.

De literator Hans Berghuis, die vijf jaar in Horn doorbracht, schreef in 1953 een roman

uiterlijke omstandigheden waren in Hornerheide optimaal: de weldadige stilte, die er heerst, de tintelende boslucht rond de paviljoens, die tussen het groen liggen verscholen, de rust van de natuur, waar de patiënt vanuit zijn bed zelfs de dartelende eekhoortjes kan bespieden, dit waren zonder twijfel uiterst gunstige factoren. Maar die rust kan meermalen benauwend werken, als de patiënt teveel op zijn ziekte is geconcentreerd. Het eigen genezingsproces blijft dan het denken beheersen.

Elke maand wachtte de patiënt weer met spanning op de uitslag van het sputum- bloed- urine- en röntgenonderzoek. Nog sterker leefde hij toe naar het driemaandelijks hoofdonderzoek, waarbij hij van de directeur vernam, of er enige vooruitgang in zijn toestand was gekomen. Op zulke momenten vervult de verpleegster een psychologisch belangrijke rol, als zij de patiënt kan leren zijn aandacht op iets anders te richten om in zijn lot te leren berusten. Gelukkig heeft Hornerheide steeds beschikt over een voortreffelijk team van religieuzen en leken-verpleegsters, die hun taak in dit opzicht hebben verstaan.

ONTSPANNING EN SCHOLING

Na 1950 waren ook meer mogelijkheden aanwezig om de patiënten een gedifferentieerde vorm van afleiding en ontspanning te bezorgen. Iedere patiënt heeft een koptelefoon, aangesloten op centrale radio-uitzendingen, waarvoor men zelf vaak het programma kan samenstellen. De zieken hebben eigen clubs, zoals een muziek- schaak- en leesclub. Lange tijd verscheen er een eigen periodiek Hornoscoop, dat door de patiënten werd volgeschreven, als er geschikte redacteuren aanwezig waren. In 1957 werd een tweede radiolijn aangelegd, waardoor elk bed twee verschillende koptelefoonaansluitingen kreeg. Een nieuw en enorm gewaardeerd ontspanningsmedium werd de televisie. De eerste twee toestellen kreeg men ten geschenke van de A.V.R.O. als resultaat van de „schoen van Backhuis“-actie. De volgende twee toestellen schonk het Limburgse Groene Kruis. Geleidelijk aan kreeg elke afdeling zijn eigen toestel. Verder werden 's winters geregeld films vertoond op een scherm vóór de beddenhal. Uitstekende gezelschappen waren jaarlijks te gast om toneel- muziek- en cabaret-

„Pleidooi voor een zondaar“, die zijn ontstaan dankt aan zijn sanatoriumervaring, waarin hij zich op de diepste levenswaarden baseerde.

uitvoeringen te geven, waarbij zelfs Toon Hermans niet ontbrak. In de Carnavalstijd bracht Prins Carnaval uit Roermond met zijn gevolg een bezoek aan Hornerheide.

Ook buiten de sfeer van de ontspanning kwamen er belangrijke veranderingen voor de patiënten. Sinds 1951 geeft de beroepskeuzeadviseur van het Gewestelijk Arbeidsbureau in overleg met de sanatoriumartsen adviezen omtrent beroeps- en omscholingsmogelijkheden. Dit was een belangrijke vooruitgang in vergelijking met vroeger, toen men alleen bepaalde bezigheden en beroepen kon afraden. Veel patiënten kunnen nu hun sanatoriumtijd al vruchtbaar maken door het volgen van schriftelijke cursussen, die door de beroepskeuzeadviseur worden voorgesteld en door het Rijk bekostigd worden. In de jaren 1954-1958 volgden 76 patiënten deze cursussen, waarbij ook de welfare-leidsters hun medewerking verleenden.

De eerste welfare-werkster Mej. G. Brus was in 1952 door de Stichting De Zonnebloem in Hornerheide aangesteld en bleek een bijzonder goede kracht te zijn. Betrekkelijk laat werd van katholieke zijde met dit werk begonnen, maar de ontwikkeling verliep voorspoedig. Begin 1953 werd een tweede en eind '54 een derde leidster aangesteld. Het welfare-werk gaf richting en uitbreiding aan wat vroeger bezigheidstherapie genoemd werd; het leidt de gedachten af en doet de patiënten zich weer nuttig voelen.

Met ingang van 1 oktober 1953 werd in het sanatorium een B.L.O.-school geopend voor jeugdige patiënten van 6 tot 17 jaar. Hoofd van deze school werd de heer K. Droog, die al vanaf 1949 les had gegeven, maar nu naast zich kreeg een onderwijzer en onderwijzeres. Begonnen werd met 48 leerlingen. Resultaat van het onderwijs was, dat de leerlingen van de lagere school na hun ontslag uit het sanatorium geen enkele achterstand hadden, als ze op hun eigen school terugkwamen. Na dit succes werd het onderwijs nog uitgebreid met een opleiding voor middenstandsdiploma (43 geslaagden in de jaren 1955-58), met een opleiding voor steno en reclameschrift en hulp bij vakstudie. Toen het aantal jeugdige patiënten steeds verder ging dalen, heeft men met hulp van het Ministerie de B.L.O. school nog enige jaren mogen voortzetten, maar in augustus 1970 moest de school bij gebrek aan leerlingen worden opgeheven.

Uit al deze initiatieven en pogingen blijkt het streven van het sanatorium om de patiënten niet alleen hun gezondheid terug te geven, maar ook hun terugkeer in de maatschappij zo goed mogelijk voor te bereiden. Deze verbreding van de doelstelling, aangevuld door een

goede nazorg van de ontslagen patiënten, heeft gunstig bijgedragen tot het uiteindelijke resultaat.

MANNEN VAN VERDIENSTE

Wanneer we deze laatste periode van de tuberculosebestrijding overzien, dan valt het moeilijk elk van de afzonderlijke facetten op hun waarde te schatten, die tot deze gewonnen strijd hebben geleid. Noch minder kan men de verdiensten voor dit resultaat aan ieder persoonlijk toekennen, zelfs niet voor de beperkte kring van het sanatorium Hornerheide. Toch zou het onbillijk zijn stilzwijgend voorbij te gaan aan de betekenis van enige figuren, die het werk van Hornerheide hebben geschraagd. Op het gevaar af anderen te vergeten willen we hier op de eerste plaats noemen de geneesheer-direkteur IJ. Oosterbaan, die ook na de oorlog de personifikatie was van het vruchtdragend werk, dat in Horn verricht werd. Zowel bij zijn jubileum op 1 juli 1954 als bij zijn afscheid in juli 1963 hebben ontelbaar velen de gelegenheid aangegrepen om hem hun erkentelijkheid te tonen. Grote achting en sympathie genoot hij zowel in de kring van bestuur en naaste medewerkers als ook onder patiënten, oud-patiënten en personeelsleden vanwege zijn vele kwaliteiten, die hij in Horn ontplooidde als kundig arts en medisch team-leider, als energiek bouwheer en organisator, die zijn leiding al die bijna 34 jaar heeft gekenmerkt. Ook na zijn pensionering is hij het sanatoriumwerk met grote belangstelling blijven volgen (waarvan deze studie o.m. de sporen draagt). Sinds 1958 was hij tevens direkteur van het sanatorium en verpleegtehuis Maria Auxiliatrix in Venlo, wat hij tot medio 1969 is gebleven. Ook in de Commissie van Toezicht en Advies trof men verschillende markante figuren aan, waarbij als eerste is te noemen Dr L. G. J. A. van de Meerendonk (1885-1955), die vanaf de oprichting van het sanatorium lid en vanaf 1926 tot aan zijn dood voorzitter van deze Commissie was. Hoewel hij nog in talrijke andere functies voor de volksgezondheid werkzaam was, o.a. als voorzitter van het Limburgse Groene Kruis, had Hornerheide zijn uitgesproken voorkeur. Een andere medewerker van het eerste uur in deze Commissie was Ir F. B. J. M. Moubis (1880-1960), Inspecteur Volksgezondheid (m.b.t. volkshuisvesting) en later Hoofdingenieur-Direkteur van het Ministerie van Volkshuisvesting, die evenals Dr van de Meerendonk Bosschenaar van geboorte was en samen met hem 34 jaar lang zitting had in

de Commissie, van 1927 tot 1955 als ondervoorzitter. Vooral zijn technische en bouwkundige adviezen zijn voor Hornerheide van veel waarde geweest. Door de hele historie van het sanatorium treft men steeds weer de namen van Van de Meerendonk en Moubis aan.

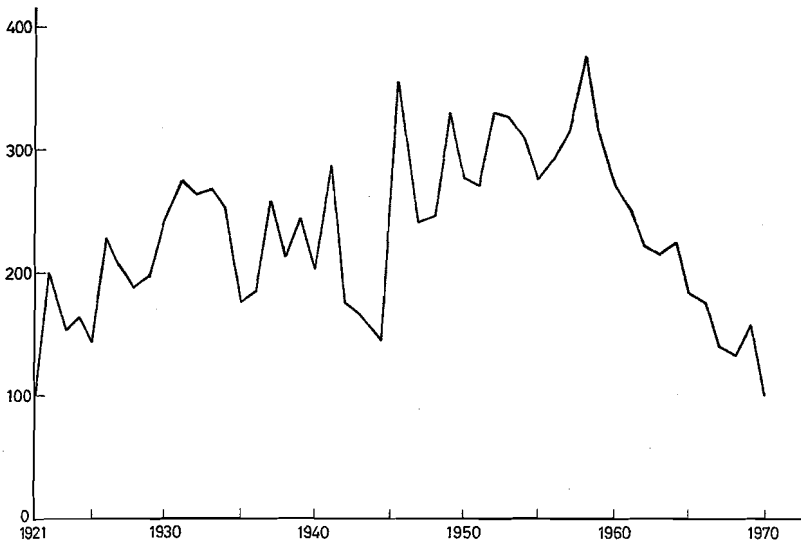
Een ander opvallend lid van de Commissie was Chr. Bux (1886-1963), jarenlang voorzitter van de Provinciale Commissie voor de tuberculosebestrijding en enthousiast pleitbezorger van het sanatorium Hornerheide. Hij was een echte man van het volk, bezat een scherp verstand en een groot doorzettingsvermogen. In Limburg gold hij terecht als de man van de organisatie tuberculosebestrijding. Ondanks zijn maatschappelijke carrière (tot lid van Gedeputeerde Staten) bleef hij de eenvoudige Limburger, die het hart op de rechte plaats had. In sociale bewogenheid stond hij overigens niet alleen. Een vaste plaats in de Commissie had ook W. Linssen (1893-1960), aanvankelijk aalmoezenier van sociale werken in Maastricht en in Weert en later pastoor-deken te Echt, die lid was van 1927 tot 1960.

Na de oorlog traden twee andere personen op de voorgrond, aan wie het sanatorium veel verschuldigd is, namelijk Mr Dr Th. W. F. Speetjens, thans voorzitter van Gezond Limburg, welke functie hij eerst bekleedde in de Commissie van Toezicht en Advies, en Mr W. J. H. M. Merckelbach, die tot 1961 voorzitter was van Gezond Limburg. Hij was tevens lid van de juist genoemde Commissie van Toezicht en Advies en bleef dit tot het tijdstip, waarop de gewijzigde statuten van kracht werden in 1968. In deze na-oorlogse jaren met hun grote moeilijkheden – aanvankelijk wegens de uitbreiding en later wegens de inkrumping en omschakeling van Hornerheide – hebben zij een daadkrachtig beleid helpen uitstippelen.

Voor Hornerheide heeft in een ander opzicht veel betekend de gewaardeerde rector Drs Rob Salomons (1909-1968), die in Amsterdam was geboren, priester werd van het Roermondse diocees, vervolgens in Rome muziek had gestudeerd en sedert 1950 in het sanatorium de godsdienstige zorg had voor patiënten en personeel. Daarnaast gaf hij les aan het groot seminarie in Roermond en was hij leraar aan het Conservatorium in Maastricht. Velen heeft hij in deze jaren door zijn woord, zijn liturgische dienst en door zijn menselijk optreden beïnvloed. De godsdienstige verzorging van de protestantse patiënten berustte van 1947 tot op heden bij Ds J. Mager, Nederlands Hervormd Predikant in Roermond.

De persoonlijke inzet van het bestuur en de medische staf, van het verplegend personeel en van de technische en administratieve dienst

was symptomatisch voor de krachtsinspanning, die in deze laatste fase van de bijna gewonnen strijd geleverd werd. Het levensgevaarlijk karakter van de tuberculose is in het laatste decennium vrijwel geweken. Alleen voor een beperkter aantal patiënten is thans nog behandeling in een sanatorium of ziekenhuis noodzakelijk; een toenemend aantal patiënten kan thuis worden verpleegd. Plotselinge haarden van t.b.c.-besmetting kunnen zich ook in de toekomst nog wel eens openbaren, maar zullen dan toch nooit meer dan randstoringen zijn. Een tijdperk van een halve eeuw is hiermee afgesloten. Het sanatorium Hornerheide vervulde daarin voor Limburg een uiterst waardevolle functie. Deze wordt afsluitend nog eens in beeld gebracht in de grafiek van het aantal sanatoriumopnamen. In deze vijftig jaren werden ruim elfduizend patiënten voor kortere of langere tijd in Horn verpleegd, waar zij herstel voor hun gezondheid vonden. Een gevaarlijke volksziekte is momenteel bedwongen. Indien de huidige daling van negen procent per jaar aanhoudt, zal over een aantal jaren de ziekte volledig zijn verdwenen.



Grafiek 4. Opname tuberculose-patiënten in het sanatorium Hornerheide, 1921-1970

HET LAATSTE DECENNIUM: DE MAASLAND-KLINIEK

In de beheerscommissie van het sanatorium kwam na 1955 steeds opnieuw het probleem aan de orde of het sanatorium zich niet op het vervullen van andere taken moest voorbereiden. Aanleiding daartoe was de duidelijke teruggang van de tuberculose, hetgeen zich in 1957 demonstreerde in de 100 leegstaande bedden. In eerste instantie gingen de gedachten uit naar een gedeeltelijke omschakeling tot revalidatiecentrum. Men veronderstelde daarbij, dat Midden-Limburg in korte tijd een dichtbevolkt gebied zou worden, als eenmaal de Staatsmijn Beatrix in Herkenbosch in exploitatie was. De plotselinge kolencrisis ten gevolge van de omschakeling op andere energiebronnen ontnam echter aan de gedachte van een mijngebied in Midden-Limburg iedere grond. Dit betekende, dat ook het plan tot oprichting van een revalidatiecentrum van de baan geraakte.

Na langdurig beraad en na overleg met de Inspectie Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad werd besloten over te gaan tot verpleging en behandeling van langdurig zieke patiënten. Een gedeelte van het sanatorium werd nu bestemd tot interne afdeling algemeen ziekenhuis voor die langdurig zieke interne patiënten, voor wie – tijdelijk of blijvend – klinische observatie of behandeling nodig is, maar voor wie verpleging in een verpleegtehuis (nog) niet of niet meer noodzakelijk moet worden geacht.

In 1960 werd de officiële erkenning verkregen door de Ziekenfondsraad voor de op te richten interne ziekenhuisafdeling. Het vroegere Berchmanspaviljoen werd tot ziekenhuisafdeling verbouwd en in 1960 konden al de eerste patiënten in deze afdeling worden opgenomen. In 1961 had de officiële opening plaats en was de afdeling volledig bezet met chronisch interne patiënten, die specialistische begeleiding nodig hebben. De kliniek ziet er na de verbouwing geheel modern uit, is ruim en licht geworden en bevat enkele éénpersoonskamers, een aantal kamers voor vier patiënten en nog enige kamers voor zes

patiënten. De interne kliniek dient tevens als observatiekliniek van het verpleegtehuis.

De ontwikkeling van deze afdeling verliep als volgt.

Tabel 18. De patiëntenbeweging in de interne kliniek, 1960-1970

Jaar	Aantal opnamen	Aantal verpleegdagen	Gemiddelde verpleegduur
1960	16	737	46
1961	167	8.442	51
1962	261	11.282	43
1963	334	11.314	34
1964	267	9.063	34
1965	258	8.289	32
1966	255	9.003	35
1967	247	8.721	35
1968	193	9.529	49
1969	160	6.500	41
1970	130	4.530	35

De gemiddelde bezetting bleef nagenoeg konstant (± 25). Over de gehele periode was er een vrouwenoverschot onder de patiënten van de interne kliniek. Verder constateert men enige teruggang in het aantal opnamen in verband met de neiging om meer patiënten in het verpleegtehuis op te nemen.

Een ander gedeelte van het sanatorium werd bestemd tot verpleegtehuis voor die langdurige zieken, die nog niet of niet meer voor ziekenhuisopname in aanmerking komen, maar die thuis niet verpleegd kunnen worden. Voor deze patiënten moest ook een revalidatieafdeling beschikbaar komen met ruimten voor massage, fysieke therapie en bezigheidstherapie. De eerste opname in het verpleegtehuis had plaats op 14 november 1962, maar aanvankelijk moest het aantal bedden op deze afdeling nog beperkt blijven, omdat het Ariëns paviljoen nog niet volledig vrijgemaakt kon worden. Het duurde nog tot 1967, voordat dit paviljoen na de nodige strubbelingen helemaal was verbouwd. Maar toen was ook een doeltreffend ingericht geheel ontstaan met veertien ruime zit-slaapkamers met in totaal een omvang van 100 bedden. Aan weerszijden van het beddencomplex is de fysieke therapie gesitueerd. Aan de ene zijde bevindt zich de droge therapie met grote oefenzaal en ruimte voor oefeningen met behulp van instrumenten (fietsen, zweefband, tractie-apparatuur e.d.), waarnaast de paraffinekeuken en drie massage-boxen met bestralingsapparatuur.

Aan de andere zijde is de natte therapie ondergebracht met loopbad, wisselbaden en kolkbaden. Bovendien is hier nog een grote ruimte waarin de arbeids- en bezigheidstherapie tot ontwikkeling wordt gebracht.

De officiële opening van dit gebouw had plaats op 18 november 1967, bij welke gelegenheid de talrijke genodigden zich konden overtuigen, welk voortreffelijk complex hier tot stand was gebracht. De ontwikkeling van deze afdeling verliep over deze jaren als volgt:

Tabel 19. De patiëntenbeweging in het verpleegtehuis, 1962-1970

Jaar	Aantal opnamen	Aantal verpleegdagen	Gemiddelde verpleegduur
1962	16	433	27
1963	78	9.816	126
1964	74	12.838	173
1965	93	14.603	157
1966	76	14.742	194
1967	115	18.836	164
1968	113	31.403	278
1969	108	34.125	316
1970	141	42.519	302

Als derde onderdeel kwam tot de Maaslandkliniek te behoren de al langer als zelfstandige afdeling van het sanatorium bestaande kliniek voor longziekten, die in 1948 was opgericht als observatie- en behandelingscentrum voor die chronische longziekten, die niet aan tuberculose leden. Deze kleine afdeling was niet ontstaan als gevolg van bewust overleg en planning, maar eigenlijk „vanzelf”, doordat de consultatiebureaux patiënten naar Horn verwezen voor een klinisch onderzoek, als de diagnose poliklinisch niet voldoende duidelijk kon worden gesteld. Deze patiënten verbleven dan in de longkliniek ter observatie. Een eventuele resectie-operatie van deze patiënten had tot 10 maart 1951 plaats in het ziekenhuis in Roermond. Sinds deze datum verrichtte de chirurg W. J. Landman in Hornerheide alle longoperaties zowel van sanatoriumpatiënten als van de patiënten van de longkliniek, zoals resecties wegens tumor en proef-thoraco-tomieën, wegens bronchusafwijkingen en wegens andere infra- of extra-pulmonale afwijkingen. Dit aantal operaties liep geleidelijk op tot een gemiddelde van ongeveer 150 per jaar. Deze longkliniek was samen met een isolatie-afdeling ondergebracht in het hoofdgebouw, maar fungeerde daar als zelfstandige afdeling. Door samenwerking van verschillende

specialisten, die in de operatie-afdeling werkzaam waren en door de benutting van de aanwezige apparatuur konden in dit longcentrum veel patiënten worden geholpen, die niet aan tuberculose leden. Vanwege de steeds grotere betekenis van deze kliniek voor longziekten kreeg men in 1967 de beschikking over een eigen gedeelte van het verpleegtehuis. In het Mgr Savelberg-paviljoen werden sindsdien patiënten ondergebracht met chronische niet-tuberculeuse longaandoeningen. Deze verpleegtehuisafdeling en de klinische afdelingen van het longcentrum vormen thans een zelfstandig onderdeel van de Maaslandkliniek, onder leiding van de chef-longarts. De ontwikkeling sinds 1949 verliep volgens onderstaand overzicht:

Tabel 20. De patiëntenbeweging in de longkliniek, 1949-1970

Jaar	Opgenomen patiënten	Aantal verpleegdagen	Gemiddelde verpleegduur
1949	105	491	4,6
1950	132	838	6,3
1951	172	1.895	11,0
1952	127	1.393	10,9
1953	129	1.589	12,3
1954	139	1.711	12,3
1955	163	2.414	14,8
1956	169	2.721	16,1
1957	170	2.528	14,9
1958	142	2.262	15,9
1959	133	3.338	25,0
1960	166	3.376	20,3
1961	192	3.785	19,7
1962	242	6.417	26,5
1963	231	7.035	30,5
1964	236	6.562	27,8
1965	230	6.703	29,1
1966	252	7.510	29,8
1967	228	7.386	32,4
1968	252	8.911	35,4
1969	229	9.209	40,2
1970	179	8.328	46,5

Aanvankelijk was de gemiddelde observatieduur slechts enkele dagen, maar geleidelijk steeg deze tot ongeveer 14 dagen voor een kortdurende observatie en tot bijna 5 maanden voor patiënten, die langer in observatie en/of behandeling werden genomen. De gemiddelde bezetting steeg de laatste jaren tot ongeveer 25. Opvallend is het mannen-

overschot in de longkliniek in tegenstelling tot het verpleegtehuis, waar veel meer vrouwen worden verpleegd. De longkliniek is duidelijk nog in ontwikkeling, hetgeen blijkt uit het gestegen aantal behandelde patiënten.

In verband met de reorganisatie van het sanatorium en de oprichting van nieuwe afdelingen had men de vaste medische staf omstreeks 1960 moeten uitbreiden. Als hoofd van de interne afdeling algemeen ziekenhuis trad op 23 mei 1960 in dienst J. G. M. van Esser, die echter slechts korte tijd in Hornerheide bleef en na twee jaar vertrok als nieuw benoemd geneesheer-direkteur van het ziekenhuis in Roermond. Opvolger in deze vacature werd de internist H. J. A. M. Bongaerts, die op 1 april 1962 zijn werk in Horn begon. Hoofd van de fysieke therapie werd de physio-therapeut G. E. Meun.

Op 1 april 1963 werd Oosterbaan op 67-jarige leeftijd ontslag verleend als geneesheer-direkteur, nadat hij nog gedurende twee jaren na het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd het sanatorium Hornerheide had gediend. Na zijn heengaan werd een tweehoofdige directie met de leiding belast. De nieuw benoemde internist H. J. A. M. Bongaerts werd benoemd tot geneesheer-direkteur, in het bijzonder verantwoordelijk voor de medische, hygiënische en verpleegkundige taak. Daarnaast werd de administrateur F. Verbruggen benoemd tot economisch directeur speciaal voor wat betreft de financiële, economische en administratieve werkzaamheden. Deze laatste promotie was de bekroning van een carrière van een man, die zijn loopbaan op 1 juli 1940 in Horn als sekretaris van de directie was begonnen en wiens kwaliteiten ondanks zijn persoonlijke bescheidenheid niet onopgemerkt waren gebleven. Hij genoot het volledige vertrouwen van de geneesheer-direkteur, wiens vertrouwensman hij was in alle financiële en economische aangelegenheden. Tijdens zijn dertigjarige werkzaamheid heeft hij enige jaren zijn arbeid moeten onderbreken, omdat het landsbelang dit van hem eiste. Op het einde van de oorlog was hij als actief verzetsstrijder gedwongen onder te duiken. De hoge onderscheidingen, die hem na de oorlog ten deel vielen, deden iets beseffen van zijn moedige verzetsactiviteiten in die tijd. Na de oorlog deed hij als reserve-officier twee jaar dienst in Indonesië. Daarna hielp hij zowel de uitbreiding als de reorganisatie van het sanatorium tot een goed einde brengen.

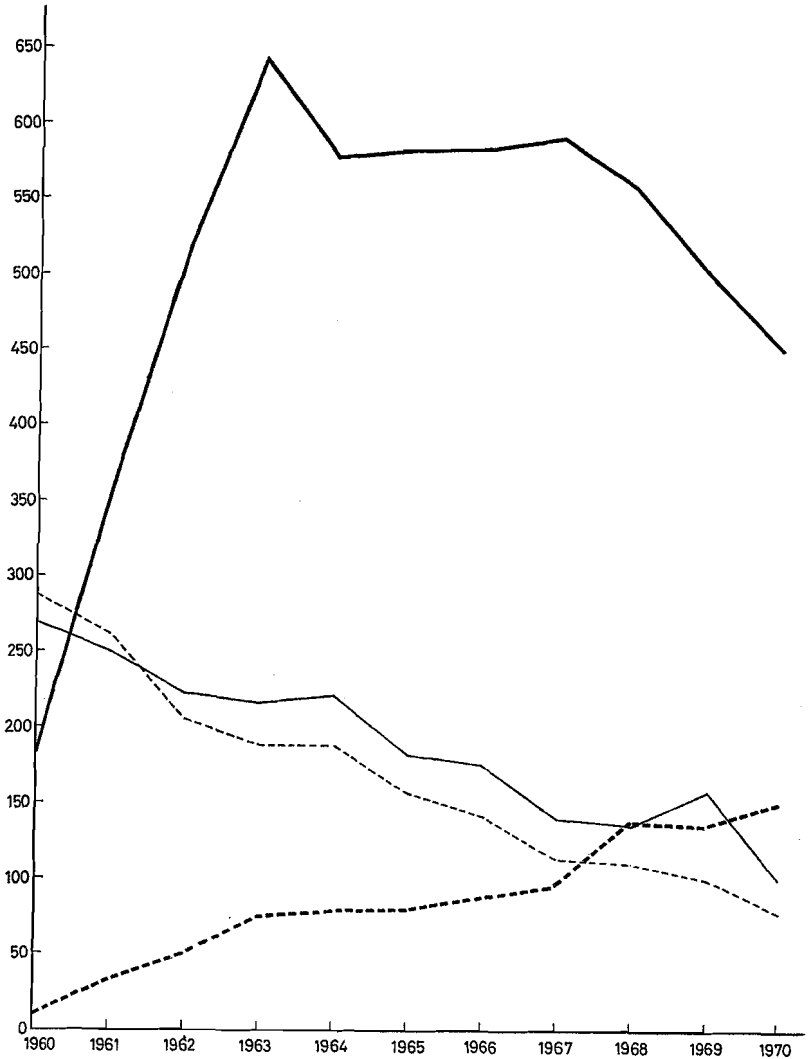
Tot hoofd van de afdeling sanatorium en van de kliniek voor longziekten werd m.i.v. 1 april 1963 benoemd de longarts Dr P. Rouing,

die sedert 1 november 1960 als chef de clinique Oosterbaan al terzijde had gestaan. Verder zijn als vaste longartsen aan Hornerheide verbonden P. M. Broekman en Mevr. D. J. de Bot-Buurman.

In verband met de reorganisatie moest een langdurig en kostbaar bouwprogramma worden uitgevoerd om verschillende paviljoens voor hun nieuwe bestemming geschikt te maken. Twee paviljoens, het Maria- en Lidwinapaviljoen, blijven gereserveerd voor de opname van tuberculosepatiënten, al zullen deze ruimten niet steeds geheel worden benut. Deze gebouwen werden aan de eisen van de tijd aangepast. Ook voor de dienstruimten had de omschakeling gevolgen. De woning van de vroegere geneesheer-direkteur werd ingericht en geschikt gemaakt als woongelegenheden voor 14 verpleegsters. Voor de leerling-verpleegsters ontstond een betere huisvesting binnen het terreincomplex. Uitgevoerd werd verder o.a. de bouw van een mortuarium, uitbreiding van dienstwoningen, aanpassing van de keukens en de vernieuwing van de verpleegsters-mensa. De warmtevoorziening werd belangrijk verbeterd met het in gebruik nemen van een nieuw ketelhuis.

In de loop van de afgelopen tien jaar heeft deze ingrijpende reorganisatie zich bijna geheel voltrokken. In de volgende grafiek is in beeld gebracht, hoe sedert 1960 het aantal opnamen en de gemiddelde bezetting van het sanatorium steeds verder terugliep en hoe de afdelingen van de Maaslandkliniek op gang begonnen te komen. Maar deze inloop bood nog op lange na geen compensatie voor de vrijgekomen sanatoriumkapaciteit. Dit kon ook moeilijk anders, niet alleen in de beginfase, maar ook op de lange duur, omdat de Maaslandkliniek anders van aard en opzet is. De inrichting van het sanatorium eiste aanzienlijk minder ruimte per patiënt, minder m² oppervlakte per bed dan in de Maaslandkliniek, waar in verband met de ziekte-aard van de patiënten aanmerkelijk meer behandel- en leefruimte nodig is, d.w.z. beduidend meer m² oppervlakte per bed. De chronische zieken en verpleegtehuispatiënten, vaak van oudere leeftijd, vorderen in de regel meer ruimte, meer zorg en meer verpleging dan de vroegere tuberculosepatiënten.

In de nieuwe opzet heeft de Maaslandkliniek niet alleen behoefte aan meer ruimte, maar vraagt ook een grotere personeelsbezetting op grond van de intensievere begeleiding van deze zieken. In de toekomst zal deze verandering nog duidelijker worden, als een nieuwe



Grafiek 5. Het aantal opnamen en de gemiddelde bezetting in het sanatorium Horneheide en de Maasland-kliniek in de jaren 1960 t/m 1968

- opnamen sanatorium
- - - - gemiddelde bezetting sanatorium
- opnamen Maasland-kliniek
- - - - gemiddelde bezetting Maasland-kliniek

afdeling voor de verpleging van psychisch gestoorde bejaarden ter hand wordt genomen. De oprichting van een verpleegtehuis voor deze categorie zal als volgend onderdeel van de Maaslandkliniek weldra zijn gerealiseerd.

Daarmee zal dan de moeizame periode van omschakeling, die niet zonder problemen en tegenslagen verliep, tot een gelukkig einde zijn gebracht. Tevens is dit meteen een nieuw begin van activiteit, een gelukkige voortzetting van de oude doelstelling op een verbreed vlak van de volksgezondheid. Daardoor is het mogelijk gebleken het bestaande complex van Hornerheide op een gezonde financieel-economische basis verder te blijven exploiteren. De Stichting Gezond Limburg, die vroeger alleen de uitzending en verpleging van tuberculoselidmers tot doel had, heeft thans haar werkkerrein met de suggestie van haar naam meer in overeenstemming gebracht en fungeert sedert de statutenwijziging van 18 september 1968 rechtstreeks als bestuur van een stichting, die nieuwe wegen zoekt om tegemoet te komen aan de noden van de lijdende mensheid.

BIJLAGE I

GENEESKUNDIGEN EN ARTSEN IN LIMBURG

Gemeente	1870	1900	1920
Mook	J. Giesbers		
Gennep	H. J. H. Giesbers E. P. van den Hurk	A. H. Hermans	A. H. Hermans H. Stiemens A. Hermans
Venray	J. A. H. Rousseau, plattelandsheelmeester	A. W. A. Ellerbeek A. J. J. Janssen	A. J. J. Janssen E. D. Struben L. J. P. Batenburg J. H. Lubberman H. Heijmans
Horst	H. W. A. Peters	H. F. Koning	H. M. H. A. Strijbosch L. J. J. M. van de Meerendonk
Sevenum	J. J. Lungen, plattelandsheelmeester		
Helden	J. T. van den Anker, plattelandsheelmeester	J. T. van den Anker, idem	J. H. H. Joosten
Kessel	F. S. Beckman		B. G. J. N. Deuling
Venlo	C. A. Blumenkamp A. A. E. Goossens J. P. H. van de Loo H. A. H. Wolters	J. S. Ch. Pichal M. J. Th. H. X. Weijnen J. M. V. G. Dubois L. W. P. Janknecht H. A. M. H. Receveur	J. M. V. G. Dubois L. W. P. Janknecht H. M. A. H. Receveur A. H. Janssen O. K. M. Wolters J. Rentmeester J. A. Romeijn C. L. A. van der Weyden C. Wreesmann
Blerick			
Tegelen			
Roermond	W. J. Leurs J. H. L. Schieffer Ch. H. G. H. Leurs J. A. H. Haffmans A. J. Moulin L. H. W. Hennus	Ch. H. G. H. Leurs L. H. W. Hennus Dr P. A. M. H. Quaedvlieg Th. W. H. Paulussen A. J. A. Haffmans	Th. W. H. Paulussen L. Stijns F. E. F. H. Geelen Dr H. Hoyng Dr J. Duquesne R. Wiggelendam A. Wong Lun Hing

Gemeente	1870	1900	1920
Heel			Dr E. Verstraelen
Heythuisen	A. H. Otten	J. D. Smits	J. D. Smits
Thorn	P. F. T. Houben		E. H. H. M. Houben
Nederweert	A. S. Seijens	G. W. J. H. Schmidt	G. W. J. H. Schmidt
Weert	J. van Moll	M. F. Vrancken	M. F. Vrancken
	H. M. Adriaans	J. Peeters	J. M. H. E. Roebroeck
	G. A. Beelen, plattelandsheelmanneester	T. W. Tiesselink, plattelandsheelmanneester	J. Peeters
Echt	M. M. A. H. Sonnen	M. M. A. H. Sonnen	Dr R. F. J. Sonnen
	J. H. Trost, plattelandsheelmanneester		A. J. A. B. Stijns
Susteren	A. S. S. van Trotsenburg, plattelandsheelmanneester		
Sittard	F. C. de Borman	H. D. Klinkenbergh	P. Th. Joosten
	H. Hemmers	P. Th. Joosten	J. A. E. Schoenmaekers
	H. J. Weustenraad, plattelandsheelmanneester		F. Heijmans
	M. J. Kribs, idem		A. L. Ch. Garé
Urmond			J. Blanken
Beek	J. H. O. Spronck, plattelandsheelmanneester	H. J. Beckers	H. J. Beckers
Schimmert	T. Tiesselinck, plattelandsheelmanneester		
Meerssen	A. Oidtmán	A. Oidtmán H. A. Molema	H. A. Molema J. H. P. Walraven H. H. J. Pinckers
Maastricht	J. Tans	F. E. Fouquet	Dr A. M. Vrijens
	W. P. Wijnans	L. P. A. Schols	Dr M. H. J. Ruland
	R. W. Meersch	Dr A. M. Vrijens	L. J. Nijst
	J. W. Germain	L. T. van Kleef	Fr J. W. Indemans
	H. H. Batta	Dr E. Schreinemacher	Dr M. H. H. Roebroeck
	J. H. J. Schreinemacher	Dr J. J. L. van der Horn	Dr J. P. G. van der Meer
	F. E. Fouquet	van den Bos	G. C. F. Rombouts
	J. T. H. Dumoulin	H. Z. Woltersom	A. H. M. Schmedding
	J. A. Nijst	L. E. Bachelier	H. M. H. J. E. Hoeberechts
		Dr M. H. J. Ruland	M. J. Th. H. Weijnen
		L. J. Nijst	Dr E. A. J. M. Sträter
		Dr J. W. M. Indemans	P. A. M. J. Scholts
		Dr M. H. M. Roebroeck	J. L. C. Overbosch
		N. Schrijver	M. Eerdmans
		G. Ch. F. Rombouts	Dr L. A. M. J. Schaepkens
		G. L. J. van der Noordaa	van Riepmst
		J. A. M. J. van Leent	A. L. M. Muskens
			H. S. E. Burgers
Valkenburg	W. J. Geilkerken	E. H. Herman	E. M. H. van Aubel
		J. A. P. de Bruyn	

Gemeente	1870	1900	1920
Nuth	L. F. Kerckhofs		S. L. J. M. Mekel F. C. A. de Wever J. H. Starmans
Heerlen	J. J. Jaegers P. L. Molz, plattelandsheermeester	F. M. J. de Wever	F. M. J. de Wever F. Beckers Dr E. Hustinx Dr C. Meuleman J. A. M. J. van Leent M. W. A. Widdershoven A. J. H. M. Direken A. W. H. J. Welters F. B. M. B. Schiphorst A. H. J. Hentzen J. H. A. Hoelen E. C. H. M. Heilersfeld J. M. L. Jansen J. Everts
Hoensbroek			L. H. J. Th. van Aubel
Brunsum			F. Stoffels
Schaesberg			Dr W. H. Cals A. H. M. Willemse
Eijgelshoven			C. J. M. Willemse
Kerkrade	J. J. Ackens L. H. Keulen	L. H. Keulen	A. Schmier G. Widdershoven H. L. Th. C. M. Donders P. M. Retera
Simpelveld			G. J. F. Buijsrogge
Vaals	F. L. G. Kaempfer, plattelandsheermeester	J. H. Blankstein	J. L. Schouteten R. Ploem
Gulpen	W. Ackens R. H. Vrijens	Dr J. H. H. Ackens	Dr J. H. H. Ackens
Eijsden	H. M. Piters, plattelandsheermeester		L. Ph. Pinckers

Bron: Provinciale Almanak van Limburg, 1870, 1900 en 1920.

BIJLAGE II

<i>Artsen in Limburg</i>	1930	1950	1970				
			Totaal	I	II	III	IV
Amby	—	I	Bij Maastricht				
Amstenrade	I	I	2	2			
Arcen en Velden	—	I	3	2			
Beek	2	3	10	5		2	3
Beesel	—	I	I	I			
Belfeld	—	—	I	I			
Bergen	I	3	2	I			I
Berg en Terblijt	—	—	I	I			
Bocholtz	—	I	I	I			
Borgharen	—	—	I	I			
Born	—	I	2	2			
Broekhuizen	—	I	—				
Brunssum	3	7	24	8	II	I	4
Bunde	—	I	3	I		2	
Cadier en Keer	—	—	2	I		I	
Echt	2	3	5	4		I	
Elsloo	—	I	2	2			
Eijgelshoven	I	I	4	3			I
Eijsden	I	2	4	3		I	
Geleen	3	7	40	10	12	15	3
Gennep	4	7	5	4			I
Geulle	—	—	I	I			
Grathem	—	—	I	I			
Grevenbicht	I	I	I	I			
Gronsveld	—	—	4	I		I	2
Grubbenvorst	—	—	2	I			I
Gulpen	2	2	2	2			
Haelen	—	—	2	I		I	
Heel en Panheel	I	—	6	I		4	I
Heer	I	2	4	3			I
Heerlen	25	64	123	32	50	33	8

	1930	1950	1970				
			Totaal	I	II	III	IV
Helden	1	2	6	4		1	1
Herten	-	-	2	1		1	
Heythuisen	1	2	4	3		1	
Hoensbroek	3	4	12	8	2	1	1
Horn	3	4	5	1	4		
Horst	2	3	5	3	2		
Hulsberg	-	-	2	1			1
Hunsel	-	-	2	1			1
Kerkrade	10	11	35	15	12	4	4
Kessel	1	1	1	1			
Klimmen	-	3	1	1			
Limbricht	-	1	3	2			1
Linne	-	-	1	1			
Maasbracht	-	1	1	1			
Maasbree	-	1	1	1			
Maasniel	-	2	Bij Roermond				
Maastricht	27	52	124	31	55	27	11
Margraten	-	-	1	1			
Meerlo	-	1	1	1			
Meerssen	2	2	7	4		2	1
Melick Herkenbosch	-	1	2	2			
Merkelbeek	-	-	1	1			
Meijel	-	1	2	2			
Mheer	-	-	1	1			
Mook	1	1	2	2			
Montfort	-	-	1	1			
Munstergeleen	-	1	1	1			
Nederweert	1	2	5	4			1
Neer	-	1	-				
Nieuwenhagen	1	3	3	3			
Nieuwstadt	-	-	1	1			
Nuth	2	2	7	5		1	1
St. Odiliënberg	1	1	-				
Oirsbeek	-	1	1	1			
Ottersum	-	-	3	1		2	
Posterholt	-	-	1	1			
Reuver	-	-	2	2			
Roermond	8	18	40	12	20	6	2
Roggel	-	-	1	1			
Schaesberg	1	2	12	7	1	3	1
Schimmert	-	1	2	1		1	
Schinnen	1	1	2	1		1	
Schinveld	-	1	2	2			
Sevenum	-	2	3	2			1

	1930	1950	1970				
			Totaal	I	II	III	IV
Simpelveld	1	1	3	2			I
Sittard	6	16	68	8	39	10	II
Spaubeek	-	-	2	1		1	
Stein	1	2	3	3			
Stevensweert	-	-	1	1			
Stramproy	-	2	2	2			
Susteren	1	1	3	3			
Swalmen	1	1	3	3			
Tegelen	2	5	15	7	6	1	I
Thorn	1	1	2	1			I
Ubach over Worms	1	1	2	2			
Ulestraten	-	-	1	1			
Urmond	-	1	1	1			
Vaals	2	2	3	3			
Valkenburg	1	2	8	3	1	3	I
Venlo	12	34	59	15	29	14	I
Venray	8	12	37	6	25	3	3
Vlodrop	-	-	1	1			
Voerendaal	1	1	4	4			
Weert	4	8	30	10	18	2	
Wittem	-	1	1	1			
Wijlré	-	1	1	1			
Wijnandsrade	-	-	1			1	

- I = Huisartsen
 II = Specialisten
 III = Artsen in dienstverband
 IV = Overige artsen

Bron: Geneeskundig Jaarboek voor Nederland, 1930, 1950 en 1970.

BIJLAGE IIA

Specificatie van de in Limburg werkende artsen per 15 maart 1971.

Huisartsen

- 205 huisartsen zonder apotheek.
- 125 apotheekhoudende huisartsen.

Specialisten

- 20 anaesthesisten.
- 7 cardiologen (w.o. 1 specialist hart- en vaatziekten).
- 44 chirurgen (w.o. neuro-orthopeden en plastisch chirurgen).
- 20 gynaecologen.
- 13 huidartsen.
- 42 internisten.
- 26 kinderartsen.
- 17 keel- neus- en oorartsen.
- 19 longartsen (w.o. Districts-Consultatie-Bureau-artsen en longartsen van de mijnen).
- 14 oogartsen.
- 23 röntgenologen.
- 7 urologen.
- 51 zenuwartsen (w.o. 16 psychiaters).
- 2 arts-biochemicus.
- 5 bacteriologen.
- 6 patholoog-anatomen.
- 3 revalidatie-artsen.
- 2 reumatologen.

Overige artsen

- 30 schoolartsen, alsmede 3 die buiten de provincie wonen.
- 52 ziekenhuisassistenten in opleiding.
- 18 artsen, werkzaam in ziekenhuizen.
- 17 directeuren van ziekenhuizen en verpleegthuizen (=directeur-geneesheer).
- 46 bedrijfsartsen en G.G.D.-artsen.
- 44 controlerend artsen.
- 14 militaire artsen.
- 21 vrouwelijke artsen, die Consultatie bureaux doen of echtgenoten helpen in praktijk.
- 1 geriater-somatiek.
- 7 diversen.

Verzamelstaat:

330 huisartsen, w.o. 13 boven 70 jaar, slechts part-time praktiserend.

322 specialisten.

249 artsen in andere functies.

901 artsen.

Bron: Geneeskundige Inspectie Limburg. Ambtelijke mededeling.

N.B. Het verschil in aantal tussen de tabel per 1-1-1970 en de gegevens van de Geneeskundige Inspectie vloeien deels voort uit het tijdelijk verblijf van een aantal artsen in Limburg als assistent in ziekenhuizen en als militair arts. Deze zijn zelden in het Geneeskundig Jaarboek als zodanig vermeld.